



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ  
ΚΛΙΝΙΚΗ**

**&**

**ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«Ψυχοπαθολογία, Εικόνα Εαυτού και Μαθησιακό Προφίλ παιδιών και εφήβων με  
Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια. Ο ρόλος του Οικογενειακού και Σχολικού  
Περιβάλλοντος»

Αργυρώ – Ειρήνη Παππά

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2015









**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ  
ΚΛΙΝΙΚΗ**

**&**

**ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«Ψυχοπαθολογία, Εικόνα Εαυτού και Μαθησιακό Προφίλ παιδιών και εφήβων με  
Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια. Ο ρόλος του Οικογενειακού και Σχολικού  
Περιβάλλοντος»

Αργυρώ – Ειρήνη Παππά

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2015



«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».





**Ημερομηνία αίτησης της κ. Παππά Αργυρώς-Ειρήνης: 19-5-2005**

**Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 596<sup>α</sup>/12-12-2006**

**Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:**

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Κωλέττης Θεόφιλος Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας

**Ημερομηνία ορισμού θέματος: 30-3-2007**

*«Ψυχοπαθολογία, εικόνα εαυτού και μαθησιακό προφίλ παιδιών & εφήβων με νευροκαρδιογενή συγκοπτικά επεισόδια –Ο ρόλος του οικογενειακού κα του σχολικού περιβάλλοντος».*

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 781<sup>α</sup>/29-9-2015**

1. Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Κωλέττης Θεόφιλος Καθηγητής Καρδιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
3. Υφαντής Θωμάς Καθηγητή Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Βλάχος Αντώνιος Επίκουρος Καθηγητής Παιδοκαρδιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Τατσιώνη Αθηνά Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Τσιμιχόδημος Βασίλειος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Πετρικής Πέτρος Λέκτορας Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 30-11-2015

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Πασχόπουλος Μηνάς**

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

**Η Γραμματέας του Τμήματος**

**ΚΑΠΠΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**





## Αφιέρωση

*Στον πατέρα μου*



## Ευχαριστίες

Η απόφαση αυτής της διαδρομής ήταν σύμφωνα με τις συγκυρίες μεγάλη και ξεκίνησε χάρη στη στήριξη και τη συμπαράσταση ανθρώπων που παραμένουν ακόμη και σήμερα δίπλα μου. Θα ήθελα ειλικρινά να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Θωμά Υφαντή, Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, όταν άνοιξε με γενναιοδωρία την πόρτα και με καλωσόρισε στην ερευνητική του ομάδα. Η βοήθεια και η συστηματική εποπτεία του έδινε κάθε φορά την ανατροφοδότηση που μου έλειπε ενώ χωρίς τη βοήθεια, την κατανόησή του και την αμέριστη συμπαράστασή του σε κάθε επίπεδο η Διατριβή δεν θα είχε ολοκληρωθεί με επιτυχία. Επίσης, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον κ. Θεόφιλο Κωλέττη, Καθηγητή Καρδιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και την πολύτιμη βοήθειά του με το δείγμα της μελέτης και τον κ. Βενετσάνο Μαυρέα Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την αποδοχή του να αποτελεί μέλος της τριμελούς επιτροπής της ερευνητικής μου προσπάθειας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Θεοφάνη και Κωνσταντίνα, που με ηθικά και υλικά μέσα στήριξαν όλη αυτήν την προσπάθεια. Ήταν ειλικρινά δίπλα μου με κάθε δυνατό τρόπο. Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στον σύζυγό μου, Πέτρο, που χωρίς την αγάπη και την συμπαράστασή του καμία προσπάθεια δεν είναι ποτέ αρκετή.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. Γενικό μέρος.....	1
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή .....	2
1.1. Το συγκοπτικό επεισόδιο .....	2
1.2. Συγκοπτικά Επεισόδια σε παιδιά .....	3
1.2.1. Επιδημιολογία .....	3
1.2.2. Αιτιολογία συγκοπτικών επεισοδίων .....	5
1.2.3. Παθοφυσιολογία της νευροκαρδιογενούς συγκοπής .....	6
1.2.4. Διάγνωση – Μέσα αξιολόγησης .....	7
1.2.5. «Ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια .....	8
1.3. Ψυχιατρικές νόσοι και «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια .....	9
1.3.1. Ο μηχανισμός των συγκοπτικών επεισοδίων στην ψυχιατρική νόσο .....	18
1.3.2. Διαγνωστική αξιολόγηση για τυχόν ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια.....	19
1.3.3. Ψυχολογικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια .....	20
1.3.4. Θεραπεία .....	22
B. Ειδικό Μέρος.....	24
Κεφάλαιο 2. Σκοπός και συνεισφορά της έρευνας.....	25
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία της έρευνας .....	28
3.1. Περιγραφή του Δείγματος.....	28
3.1.1. Δείγμα σύγκρισης.....	28
3.1.1.1. Δοκιμασία ανάκλισης (Head up Tilt-table testing - Εικόνα 1) .....	29
3.1.2. Δείγμα ελέγχου .....	30
3.1.3. Κριτήρια αποκλεισμού .....	31
3.2. Περιγραφή των Εργαλείων.....	31
3.3. Διαδικασία Χορήγησης των ερωτηματολογίων .....	48
3.4. Θεραπεία και επανεκτίμηση .....	52
3.5. Στατιστική επεξεργασία .....	54
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα .....	56
4.1. Χαρακτηριστικά του δείγματος – Δημογραφικά Στοιχεία .....	56
4.2. Καταθλιπτικά συμπτώματα και σχετιζόμενοι παράγοντες κατά τη φάση της πρώτης εκτίμησης .59	
4.3. Συγκοπτικά Επεισόδια, κατάθλιψη και ψυχολογικές παράμετροι του δείγματος (ασθενείς – υγιείς) κατά τη φάση της επανεκτίμησης .....	66
4.4. Σύνοψη των κυριότερων αποτελεσμάτων της μελέτης .....	74
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση.....	76

5.1. Ψυχιατρική νόσος και Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια σε ενήλικες και παιδιά .....	78
5.2. Βελτίωση ψυχολογικού προφίλ σε ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια της επανεκτίμησης .....	84
5.3. Υποτροπιάζουσα συγκοπή και βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων .....	87
5.4. Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας .....	90
Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα .....	93
Περίληψη.....	96
Summary in English .....	100
Βιβλιογραφία .....	103
Παράρτημα I.....	118
Παράρτημα II.....	127



## **Α. Γενικό μέρος**

## Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

### 1.1. Το συγκοπτικό επεισόδιο

Συγκοπή (συν + κόπτω = διακόπτω) ή αλλιώς Συγκοπτικό Επεισόδιο ορίζεται ως η αιφνίδια και προσωρινή απώλεια της συνείδησης λόγω ισχαιμίας συνοδευόμενη από απώλεια του ορθοστατικού τόνου και από αυτόματη ανάνηψη χωρίς την ανάγκη ηλεκτρικής ή φαρμακευτικής καρδιοανάταξης (Karoor και συν. , 1985, Rossen και συν. 1943, Lieshout και συν. 2003).

Η ισχαιμία προκαλείται από αιφνίδια διακοπή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας από καρδιακά ή εξωκαρδιακά αίτια. Έτσι, η διαγνωστική προσπέλαση του συγκοπτικού επεισοδίου συχνά αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό γιατρό, ο οποίος θα πρέπει να συνδυάσει τις πληροφορίες από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τις γενικές και εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις, προκειμένου να καταλήξει στο ορθό συμπέρασμα.

Το συγκοπτικό επεισόδιο είναι σύνηθες και ευθύνεται για ποσοστό 1% - 6% των εισαγωγών στα νοσοκομεία, καθώς και για το 3% των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Day και συν., 1982).

Σε ορισμένες περιπτώσεις του Συγκοπτικού Επεισοδίου προηγούνται πρόδρομα συμπτώματα όπως ζάλη, ναυτία, εφίδρωση, αδυναμία και διαταραχές της όρασης, τα οποία προειδοποιούν για την επικείμενη εκδήλωση συγκοπής. Συχνά, ωστόσο, η απώλεια της συνείδησης λαμβάνει χώρα χωρίς προειδοποίηση. Η ακριβής εκτίμηση της διάρκειας των συγκοπτικών επεισοδίων σπάνια επιτυγχάνεται. Ωστόσο, τα τυπικά συγκοπτικά επεισόδια είναι σύντομα σε διάρκεια. Η πλήρης απώλεια της συνείδησης στην αγγειοπνευμονογαστρική συγκοπή δεν διαρκεί συνήθως περισσότερο από 20 δευτερόλεπτα, με μέση διάρκεια του επεισοδίου τα 12 δευτερόλεπτα (Lempert και συν. 1994). Ωστόσο, σπάνια, ένα Συγκοπτικό Επεισόδιο μπορεί να διαρκεί και περισσότερο φτάνοντας ακόμη να διαρκεί ως και αρκετά λεπτά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η διαφορική διάγνωση μεταξύ της συγκοπής και

άλλων αιτίων απώλειας της συνείδησης μπορεί να είναι δύσκολη (Hoefnagels και συν.1991).

Στο επίπεδο αυτό είναι σημαντικό και αναγκαίο να διαχωριστεί το συγκοπτικό επεισόδιο από άλλες παθολογικές καταστάσεις. Μερικές φορές είναι δύσκολο να διευκρινιστεί αν ένα επεισόδιο απώλειας της συνείδησης είναι συγκοπτικό ή επιληπτικό. Ο αποπροσανατολισμός μετά το επεισόδιο, η αργή επανάκτηση των αισθήσεων και η απώλεια της συνείδησης για περισσότερο από 5 λεπτά συνηγορούν σε επιληπτικό επεισόδιο. Η απώλεια συνείδησης που γίνεται απότομα μετά από άσκηση, πόνο, βήχα, ούρηση, αφόδευση ή άλλο εκλυτικό παράγοντα συνηγορεί υπέρ ενός συγκοπτικού επεισοδίου (Hoefnagels και συν. 1991).

Ο μόνος τρόπος να αποσαφηνιστεί ένα τέτοιο επεισόδιο είναι η άμεση παρατήρηση κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας ανάκλισης (Tilt Test) ή μέσω ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος - Η.Ε.Γ. (Pushra Yadav and al, 2003).

## **1.2. Συγκοπτικά Επεισόδια σε παιδιά**

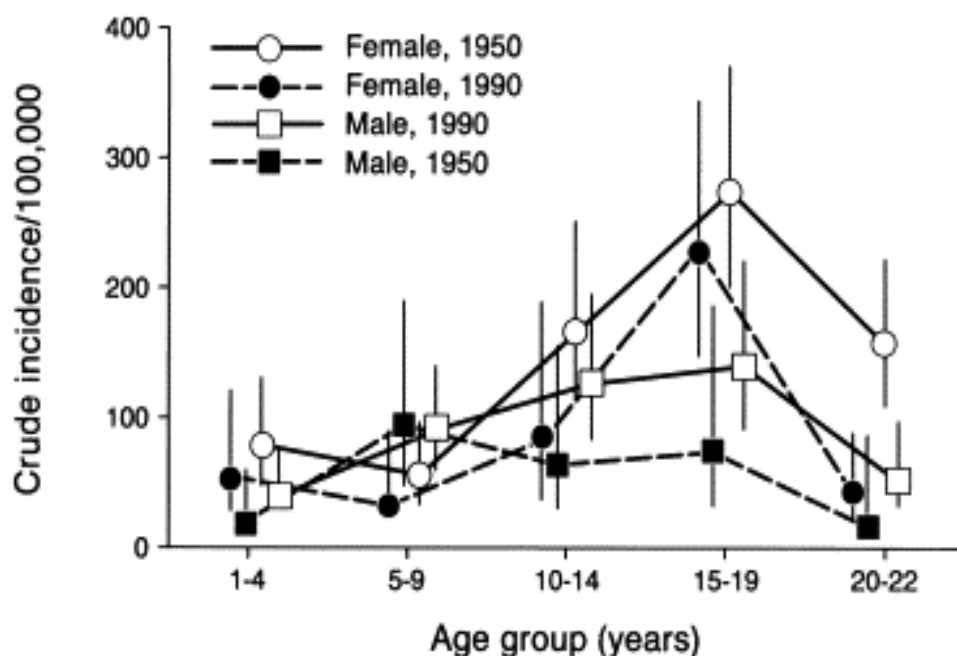
### **1.2.1.Επιδημιολογία**

Τα Συγκοπτικά Επεισόδια σε παιδιά και εφήβους είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, λόγω της ευμεταβλητότητας της συμπεριφοράς τους, της πολλαπλής ορολογίας και των ιατρικών καταγραφών με ανακριβή διαγνωστικό κώδικα. Στη βάση αυτή έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες μελέτες για Συγκοπτικά Επεισόδια σε παιδιά, ενώ τα επιδημιολογικά στοιχεία από ανάλογες μελέτες είναι, επίσης, λιγοστά.

Ωστόσο, έχει αναφερθεί ότι το 15% - 20% των παιδιών έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας (McHarg και συν. 1997, Gutgesell και συν. 1997, Ozme και συν. 1993, Lewis και συν. 1999). Πριν την ηλικία των 6 ετών το Συγκοπτικό Επεισόδιο είναι σπάνιο, εκτός κι αν αφορά σε

ασθενείς που πάσχουν από επιληψία, σύνδρομο κατακράτησης της αναπνοής και πρωτογενείς καρδιακές αρρυθμίες.

Στην επιδημιολογική μελέτη του Driscoll (Driscoll και συν. 1997) εμφάνισης συγκοπτικών επεισοδίων σε παιδιά που πραγματοποιήθηκε με δείγμα ασθενών παιδιών που αξιολογήθηκαν για συγκοπή κατά τη διάρκεια μιας αρχικής πενταετούς περιόδου (1950 - 1954) και μιας πιο πρόσφατης πενταετούς περιόδου (1987 - 1991), βρέθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης συγκοπτικών επεισοδίων ήταν υψηλότερη στα κορίτσια (89.8 και 166.3/100.000) από ό, τι στα αγόρια (47.8 and 92.9/100.000) για τις δύο περιόδους αντίστοιχα. Και στα δύο φύλλα, το ποσοστό εμφάνισης συγκοπτικών επεισοδίων έφτανε στα ανώτερα επίπεδα μεταξύ του 15ου και 19ου έτους, με τα κορίτσια της ηλικίας αυτής να παρουσιάζουν εξαιρετικά μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης συγκοπτικών επεισοδίων από τα αγόρια της ίδιας ηλικίας (Σχήμα 1).



### 1.2.2. Αιτιολογία συγκοπτικών επεισοδίων

Οι αιτίες των συγκοπτικών επεισοδίων μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες :

- νευροκαρδιογενείς
- καρδιογενείς
- μη καρδιογενείς

Στους παιδιατρικούς ασθενείς η παρουσία νευροκαρδιογενούς συγκοπτικού επεισοδίου είναι η συνηθέστερη σε σχέση με την παρουσία καρδιογενούς και μη καρδιογενούς συγκοπτικού επεισοδίου με αναφερόμενο ποσοστό συχνότητας 61-71% (Driscoll και συν. 1997, Pratt και συν. 1989, Guillemineault και συν. 1995). Χαρακτηρίζεται από αιφνίδια απώλεια του αγγειοκινητικού τόνου με συνακόλουθη συστηματική υπόταση (αγγειοδιασταλτική αντίδραση) συνοδευόμενη από έντονη βραδυκαρδία ή ασυστολία (καρδιοανασταλτική αντίδραση). Οι περισσότεροι παιδιατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν μια μεικτή εικόνα αποτελούμενη από έντονη συστηματική υπόταση συνδεδεμένη με παράδοξη βραδυκαρδία, παρόλο που μερικοί ασθενείς εκδηλώνουν υπεροχή της αγγειοδιασταλτικής ή καρδιοανασταλτικής αντίδρασης. Τα μεγαλύτερα παιδιά και τα παιδιά με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια συχνά αναφέρουν πρόδρομα συμπτώματα όπως ήπια κεφαλαλγία, δυσχέρεια στην αναπνοή, ζάλη, ταχυπαλμία, εμβοές, πόνο στο στήθος και μυρμηκιάσεις στο σώμα. Τα περισσότερα επεισόδια λαμβάνουν χώρα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε όρθια στάση, είτε κατά τη διάρκεια παρατεταμένης ορθοστασίας είτε μετά από απότομη εναλλαγή από την καθημερινή στην όρθια στάση (Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope - Update 2004). Το αγγειοδιασταλτικό ή αλλιώς νευροκαρδιογενές συγκοπτικό επεισόδιο μπορεί να έχει και συναισθηματική διάσταση. Πολλοί ασθενείς, λόγω χάρη, περιγράφουν καταστάσεις όπως τη θέαση του αίματος ή τη δημόσια ομιλία ως εκλυτικούς παράγοντες του επεισοδίου. Η απώλεια συνείδησης τυπικά δεν διαρκεί περισσότερο από 1-2 λεπτά. Αν ο ασθενής επιστρέψει στην όρθια στάση πολύ γρήγορα, η απώλεια συνείδησης μπορεί να επαναληφθεί,

στοιχείο το οποίο θα μπορούσε να είναι κατατοπιστικό, αφού η παρατεταμένη διάρκεια του επεισοδίου είναι συχνά ενδεικτική άλλης διάγνωσης.

Ένα άλλο σπάνιο αλλά επικίνδυνο για τη ζωή συγκοπτικό επεισόδιο στα παιδιά είναι εκείνο που ανάγεται σε καρδιογενή αίτια. Σημαντικές καρδιογενείς αιτίες στα παιδιά περιλαμβάνουν:

- i) αιμοδυναμικά αίτια, όπως στένωση αορτής, υπερτροφική καρδιομυοπάθεια, πνευμονική υπέρταση (Johnson, 1971)
- ii) δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, όπως νευρομυϊκή ασθένεια, διατακτική καρδιομυοπάθεια, οξεία μυοκαρδίτιδα
- iii) Αρρυθμίες, όπως υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή ταχυκαρδία, σύνδρομο LQT (Leitch και συν. 1992, Alboni και συν. 1993)

Τέλος, μια σειρά διαταραχών που αποτελούν τις λεγόμενες μη καρδιογενείς αιτίες συγκοπτικών επεισοδίων είναι δυνατόν να ομοιάζουν με Συγκοπτικά Επεισόδια σε ορισμένα από τα οποία παρατηρείται απώλεια της συνείδησης αλλά με ένα μηχανισμό διαφορετικό από την ολική υποαιμάτωση του εγκεφάλου. Παραδείγματα τέτοιων διαταραχών είναι η επιληψία, διάφορες μεταβολικές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένης της υποξίας και της υπογλυκαιμίας) και η δηλητηρίαση.

### **1.2.3. Παθοφυσιολογία της νευροκαρδιογενούς συγκοπής**

Η παθοφυσιολογία των νευροκαρδιογενών συγκοπτικών επεισοδίων φαίνεται ότι ακολουθεί ένα κοινό μονοπάτι πολλών υποκινούμενων ερεθισμάτων. Η εγκεφαλική ισχαμία προκύπτει από την αιφνίδια μείωση της καρδιακής παροχής, η οποία είναι αποτέλεσμα αγγειοκινητικών μεταβολών ή/και μείωσης του καρδιακού ρυθμού. Διάφοροι περιστασιακοί παράγοντες μπορούν να εκλύσουν αυτή την αντίδραση, στους οποίους περιλαμβάνονται το ζεστό περιβάλλον, το άγχος, η απότομη έκπληξη, η λήψη αίματος, ο περιορισμένος χώρος. Αυτή η απάντηση οφείλεται στην αστάθεια του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος που οδηγεί σε

περιφερική αγγειοδιαστολή συμπεριλαμβανομένης της διάτασης του φλεβικού δικτύου. Οι ασθενείς με Συγκοπτικά Επεισόδια λιποθυμούν και έρχονται σε ύπτια θέση, κάτι το οποίο επαναφέρει τον ασθενή στην προηγούμενη κατάσταση (Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope - Update 2004).

#### **1.2.4. Διάγνωση – Μέσα αξιολόγησης**

Για κάθε ασθενή ο σημαντικότερος σκοπός της αξιολόγησης είναι να αποκλειστεί κάθε ενδεχόμενη σοβαρή αιτία που θα μπορούσε να συνηγορεί σε μια ιάσιμη νευρολογικής φύσεως αιτιολογία πρόκλησης των συγκοπτικών επεισοδίων.

Το πιο σημαντικό μέρος της αξιολόγησης είναι ένα λεπτομερές ιστορικό που αναφέρεται στις συγκεκριμένες συνθήκες που οδήγησαν στο συγκοπτικό επεισόδιο, τα σχετικά συμπτώματα και οι λεπτομέρειες της προ-συγκοπτικής φάσης, της συγκοπτικής και της μετά-συγκοπτικής φάσης τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τους μάρτυρες του επεισοδίου, αν αυτό είναι δυνατόν. Επίσης, είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και της οικογένειας του για να αποκλείσουμε σχετικές καρδιακές ή επιληπτικές ασθένειες ( Hoefnagels και συν. 1991, Martin και συν. 1984, Kapoor και συν. 1995, Sheldon και συν. 2002, Alboni και συν. 2001, Calkins και συν. 1995, Wieling και συν. 2001).

Κάθε ασθενής που έχει παρουσιάσει συγκοπτικό επεισόδιο περνά από μια σειρά εξετάσεων, αφού πολλές από τις αιτιολογίες των περισσότερων καρδιακών ή μη καρδιακών νοσημάτων παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ευρήματα. Έτσι, λοιπόν, η διάγνωση γίνεται σε πρώτη φάση με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και με το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Εάν το ιστορικό, η φυσική εξέταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα, τότε συχνά δεν απαιτούνται άλλες εξετάσεις.

Περαιτέρω καρδιολογική εκτίμηση απαιτείται αν παρουσιάζονται:

- 1) προερχόμενο από φυσική άσκηση συγκοπτικό επεισόδιο
- 2) πόνος στο στήθος που προηγήθηκε του επεισοδίου
- 3) μη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς

Στο πλαίσιο του καρδιολογικού ελέγχου θα γίνουν υπερηχογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, Holter καρδιάς 24ώρου, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη για την ανακάλυψη και εκτίμηση τυχόν αρρυθμιών ή και στεφανιογραφία για την ανακάλυψη στεφανιαίας νόσου που αποτελεί υπόστρωμα για την εκδήλωση αρρυθμιών. Επίσης, εργαστηριακές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο και αν κριθεί αναγκαίο αξονική τομογραφία (CT) και μαγνητική τομογραφία (MRI) εγκεφάλου (Wong, 2005).

Η πρώτη αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε οριστική ή πιθανή διάγνωση της αιτιολογίας των συγκοπτικών επεισοδίων, είναι δυνατόν, όμως, και να μην οδηγήσει σε διάγνωση, οπότε και τα επεισόδια χαρακτηρίζονται ως ανεξήγητα.

#### **1.2.5. «Ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια**

Ποικίλες μελέτες από το 1980 και μετά έδειξαν ότι συχνά η αιτιολογία των συγκοπτικών επεισοδίων δεν γίνεται γνωστή (Silverstein και συν. 1982, Day και συν. 1982, Karoor και συν. 1990). Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν στην έρευνα νέων διαγνωστικών μοντέλων για την αξιολόγηση των ανεξήγητων συγκοπτικών επεισοδίων.

Στους ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια η πιθανότερη διάγνωση είναι εκείνη της Νευροκαρδιογενούς συγκοπής, η οποία αξιολογείται μέσω της δοκιμασίας ανάκλισης (Tilt test) και της μάλαξης του καρωτιδικού κόλπου. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας ανάκλισης (Tilt test) ο ασθενής ξαπλώνει σε ύπτια θέση πάνω στο ειδικό κρεβάτι και του τοποθετούνται 15 απαγωγείς ηλεκτροκαρδιογραφήματος και αυτόματο πιεσόμετρο. Ο ασθενής στη συνέχεια προσέρχεται σε κλίση 80 μοιρών για περίπου 20 λεπτά, ενώ καταγράφονται η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός ανά διαστήματα. Αν ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα συγκοπτικού επεισοδίου, το ειδικό κρεβάτι επανέρχεται αμέσως από το γιατρό στην ύπτια θέση (Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope - Update 2004).



Ως θετική συμπτωματολογία αναφέρονται ελαφριά κεφαλαλγία, ζάλη, φλεβοκομβική βραδυκαρδία, κομβική βραδυκαρδία και ασυστολία. Ως υπόταση ορίζεται μια συστολική πίεση μικρότερη των 70 mmHg με συχνά μη μετρήσιμη διαστολική πίεση. Η επιστροφή του ασθενούς στην ύπτια θέση οδηγεί στην γρήγορη μείωση των συμπτωμάτων, με επιστροφή στον φυσιολογικό ρυθμό. Οι ασθενείς συνήθως παραπονούνται ότι νιώθουν κουρασμένοι και αδύναμοι.

### **1.3. Ψυχιατρικές νόσοι και «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια**

Ένας τομέας στον οποίο πρόσφατα στράφηκε η προσοχή είναι ο ρόλος των ψυχιατρικών διαταραχών στην αιτιολογία των «ιατρικώς ανεξήγητων» συγκοπτικών επεισοδίων.

Τα κριτήρια του DSM-IV (DSM – IV, 1994) και της δέκατης αναθεώρησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10, 1990) συμπεριλαμβάνουν τη Συγκοπή ως κλινικό εύρημα της σωματοποίησης, του άγχους και της προσβολής πανικού, καθώς επίσης και της κατάχρησης ουσιών. Το ICD-10 συμπεριλαμβάνει τη ζάλη στα συμπτώματα της σωματοποιητικής διαταραχής (F45.3) και της γενικευμένου άγχους διαταραχής (F41.1) και κατηγοριοποιεί το ψυχογενές συγκοπτικό επεισόδιο με άλλες συγκεκριμένες νευρωτικές διαταραχές (F48.8). Τόσο το DSM-IV όσο και το ICD-10 συμπεριλαμβάνουν τη ζάλη, τον ίλιγγο ή τη λιποθυμία στα διαγνωστικά κριτήρια της προσβολής πανικού (F41.0). Επιπλέον, οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη συνήθως αναφέρουν κάποιο είδος καρδιοπνευμονικής νόσου ή άλλα σωματικά συμπτώματα στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η Συγκοπή. Τέλος, η χρόνια και υπέρμερτη χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη συγκοπής ή επιληπτικών κρίσεων, οι οποίες είναι δύσκολο να διαχωριστούν από τα Συγκοπτικά Επεισόδια (Karoor, 1995). Η ορθοστατική υπόταση και η γαστρεντερική αιμορραγία είναι κάποιες από τις παρενέργειες του αλκοόλ που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε Συγκοπή. Η χρήση κοκαΐνης και οπιοειδών είναι, επίσης, πιθανό να οδηγήσουν σε συγκοπή ως αποτέλεσμα της

τοξίκωσης, της χρήσης αλκοόλ σε συνδυασμό με άλλες ουσίες και με αντιδράσεις απόσυρσης (Karoor, 1998)

Συγκεντρωτικά και σύμφωνα με τα παραπάνω οι ακόλουθες ψυχιατρικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με τα «ψευδοσυγκοπτικά» επεισόδια:

### **I. Σωματοποιητική Διαταραχή**

Το συγκοπτικό επεισόδιο είναι μια γνωστή εκδήλωση Σωματοποιητικής Διαταραχής. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται πριν την ηλικία των 30 ετών και διαγιγνώσκεται με βάση ένα μεγάλο αριθμό συμπτωμάτων που ανάγονται σε ιστορικό πολλών σωματικών ενοχλημάτων τα οποία επιμένουν για μια περίοδο αρκετών ετών και έχουν ως αποτέλεσμα την αναζήτηση θεραπείας ή σημαντική έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας, ενώ όλα τα παρακάτω κριτήρια θα πρέπει να πληρούνται για να τεθεί η διάγνωση:

- Τέσσερα συμπτώματα Πόνου: Ιστορικό άλγους σε τουλάχιστον 4 διαφορετικές περιοχές ή λειτουργίες (π.χ. κεφαλή, άκρα, στήθος, ορθό, κατά την περίοδο, την ερωτική πράξη, την ούρηση κ.λ.π.)
- Δύο συμπτώματα από το γαστρεντερικό : π.χ. ναυτία, αναγωγές, έμετος πλην της κήσεως, διάρροια, δυσανεξία διαφόρων τροφών κ.λ.π.
- Ένα σύμπτωμα από τη σεξουαλική λειτουργία: π.χ. σεξουαλική αδιαφορία, διαταραχές στύσης ή εκσπερμάτισης, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, μεγάλη απώλεια αίματος κατά την περίοδο, έμετοι κατά την διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης κ.λ.π.
- Ένα "ψευδονευρολογικό" σύμπτωμα: Αυτό πρέπει να υποδηλώνει κάποια νευρολογική κατάσταση αλλά να μην περιορίζεται απλά σε άλγος π.χ. διαταραχές ισορροπίας, πάρεση, εντοπισμένη αδυναμία, δυσκολία κατάποσης, αίσθημα κόμβου στο λαιμό, αφωνία, διπλωπία, τύφλωση, κώφωση, σπασμοί, αμνησία, απώλεια συνείδησης εκτός της λιποθυμίας.

Ταυτοχρόνως θα πρέπει να πληρείται και ένα από τα ακόλουθα:

- Μετά από την κατάλληλη διερεύνηση τα συμπτώματα αυτά δεν μπορούν να ερμηνευθούν πλήρως από κάποια άλλη γνωστή παθολογική κατάσταση ή από την χρήση κάποιας ουσίας (π.χ. φαρμάκου, ναρκωτικών, αλκοόλ κ.λ.π.).
- Όταν συνυπάρχει κάποια γενική παθολογική κατάσταση, τα σωματικά ενοχλήματα ή η επακόλουθη λειτουργική έκπτωση είναι υπερβολικά και δεν δικαιολογούνται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τα παρακλινικά ευρήματα.

Τέλος τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν δεν πρέπει να είναι προϊόν προσποίησης ή υπόκρισης (όπως στην πλασματική διαταραχή ή την προσποίηση).

## **II. Γενικευμένου Άγχους Διαταραχή**

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από

A. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία), που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες για 6 τουλάχιστον μήνες, για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως δουλειά ή σχολική επίδοση).

B. Το άτομο το βρίσκει δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον κάποια συμπτώματα παρόντα τις περισσότερες μέρες για τους τελευταίους 6 μήνες).

Από τα παρακάτω μόνον ένα απαιτείται για να τεθεί η διάγνωση για παιδιά.

1. εσωτερική ανησυχία ή νιώθει τεντωμένος(η) ή «σ' αναμμένα κάρβουνα»
2. εύκολη κόπωση
3. δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο
4. ευερεθιστότητα
5. μυϊκή τάση
6. διαταραχή του ύπνου (δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος)

Δ. Ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται σε στοιχεία μιας Διαταραχής του Άξονα Ι, π.χ. το άγχος ή η ανησυχία δεν αφορά το να έχει το άτομο μια Προσβολή Πανικού (όπως στη Διαταραχή Πανικού), το να νιώσει αμήχανα δημοσίως (όπως στην Κοινωνική Φοβία), το να μολυνθεί (όπως στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή), το να είναι μακριά από το σπίτι του ή τους στενούς συγγενείς (όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού), το να βάλει βάρος (όπως στην Ψυχογενή Ανορεξία), το να έχει πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα (όπως στη Σωματοποιητική Διαταραχή) ή το να έχει κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως στην Υποχονδρίαση) και το άγχος και η ανησυχία δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια Διαταραχής Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες.

Ε. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας Διαταραχής της Διάθεσης, κάποιας Ψυχωτικής Διαταραχής ή κάποιας Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης

Τα συγκοπτικά επεισόδια μπορεί να αποτελούν εκδήλωση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής προδιαθέτοντας αγγειοκινητικά ή νευρολογικά σύνδρομα. (DSM-IV, 1994)

### **III. Διαταραχή Πανικού**

Το επεισόδιο πανικού περιλαμβάνει αίσθημα επικείμενου θανάτου και σωματικά συμπτώματα τα οποία εξελίσσονται ραγδαία και τρομοκρατούν τους ασθενείς. Τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση ενός επεισοδίου πανικού απαιτούν τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω συμπτώματα να είναι αιφνίδια και να κορυφώνονται μέσα σε 10 λεπτά της ώρας. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, έντονος τρόμος, αίσθημα ασφυξίας, πόνος ή

δυσφορία στο θώρακα, ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση, αίσθημα ζάλης ή λιποθυμίας, αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποίηση, φόβος απώλειας του ελέγχου, φόβος θανάτου, παραισθησίες, ρίγη ή αίσθημα ζέστης. Το συγκοπτικό επεισόδιο μπορεί να είναι εκδήλωση της διαταραχής πανικού (DSM-IV, 1994)

#### **IV. Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή**

Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, μιλάμε για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανιστούν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και σηματοδοτούν μία αλλαγή από την προηγούμενη ψυχική κατάσταση που συνοδεύεται από κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας:

(1) καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθημάτων ή κενού) ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Σημείωση: στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

(2) σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης (ανηδονία) για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα (που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική περιγραφή είτε από παρατηρήσεις τρίτων). Χαρακτηριστική είναι η μείωση της σεξουαλικής διάθεσης

(3) σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή του βάρους σώματος πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα. Σημείωση: Στα παιδιά, εξετάζεται η αδυναμία να κερδίσουν το αναμενόμενο βάρος.

(4) αϋπνία (συχνά πρωινή - πρωίμη αφύπνιση) ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα

(5) ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν κάθε ημέρα (μπορεί να γίνει αντιληπτό από τρίτους αλλά δεν αποτελεί μόνο υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας ή νωθρότητας)

(6) κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα

(7) αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής σχεδόν κάθε ημέρα

(8) μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα (είτε από υποκειμενική αναφορά είτε ως παρατήρηση από τρίτους)

(9) επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας

Τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να μην οφείλονται σε πένθος από την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα συμπτώματα να παραμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή να χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

#### **V. Κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών**

Η κατάχρηση αλκοόλ και ο αλκοολισμός μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια της συνείδησης, η οποία είναι δύσκολο να διαχωριστεί από ένα συγκοπτικό επεισόδιο (Karoor 1995).

Η ορθοστατική υπόταση και η γαστρεντερική αιμορραγία είναι επιπλοκές του αλκοολισμού που μπορεί να προκαλέσουν ένα συγκοπτικό επεισόδιο. Η χρήση κοκαΐνης, οπιοειδών και άλλων παραισθησιογόνων μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε συγκοπτικό επεισόδιο ως αποτέλεσμα της τοξίκωσης, της αλληλεπίδρασής τους με αλκοόλ ή με άλλα φάρμακα, αλλά και ως αποτέλεσμα αντιδράσεων απόσυρσης (Karoor et al, 1998) .

Κατά το DSM-IV (DSM-IV, 1994) τα ακόλουθα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για τον ορισμό της κατάχρησης από ουσίες

A. Δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον 1 από τα παρακάτω σε διάστημα 12 μηνών:

1. υποτροπιάζουσα χρήση, με αποτέλεσμα την αποτυχία εκπλήρωσης βασικών υποχρεώσεων στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι
2. συνεχιζόμενη λήψη, παρ' όλες τις αρνητικές κοινωνικές ή διαπροσωπικές συνέπειες
3. υποτροπιάζουσα χρήση σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνο
4. υποτροπιάζοντα προβλήματα με το νόμο

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούσαν ποτέ τα κριτήρια της εξάρτησης γι' αυτήν την ουσία

Τέλος, τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται κατά DSM – IV (DSM-IV, 1994) για την εξάρτηση έχουν ως ακολούθως:

Δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω σε διάστημα 12 μηνών:

1. Ανοχή (ένα από τα ακόλουθα):

A. Περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης ίδιας ποσότητας ουσίας

B. Ανάγκη για αυξημένες ποσότητες ουσίας για την επίτευξη επιθυμητού αποτελέσματος

2. Στέρηση (ένα από τα ακόλουθα):

A. Χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία

B. Λήψη ίδιας ή παρόμοιας ουσίας για την αποφυγή στερητικού συνδρόμου

3. Διάθεση υπερβολικού χρόνου για την απόκτηση της ουσίας, τη χρήση, ή την ανάνηψη από αυτήν

4. Παραίτηση από κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις λόγω χρήσης ουσίας

5. Συνέχιση χρήσης, παρά την επίγνωση των αρνητικών σωματικών ή ψυχολογικών συνεπειών

6. Αδυναμία διακοπής ή ελέγχου λήψης της ουσίας, παρά την επίμονη επιθυμία,

7. Διάρκεια λήψης και ποσότητες μεγαλύτερες από την αρχική πρόθεση του ατόμου

Πέρα από τις συγκεκριμένες ψυχιατρικές νόσους το άγχος και η ανησυχία είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση συγκοπτικών επεισοδίων (Engel GL και συν. 1978, Sledge WH και συν. 1978).

Σε σύνδεση με τα παραπάνω δυο μελέτες έχουν αξιολογήσει το ρόλο της ψυχιατρικής νόσου στους ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια.

Σε μια μελέτη 72 ασθενών με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια (Linzer και συν. 1990) που απευθύνθηκαν σε ψυχιάτρους, μια ή περισσότερες διαγνώσεις αναφέρονταν σε ψυχιατρικές νόσους σε 17 ασθενείς (24%). Αυτές οι διαγνώσεις περιελάμβαναν διαταραχή πανικού σε 9 ασθενείς (13%), μείζονα κατάθλιψη σε 6 ασθενείς (8%), και μείζονα κατάθλιψη και προσβολή πανικού σε 2 ασθενείς (3%). Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις έγιναν από ψυχιάτρους με βάση το σύστημα αξιολόγησης DSM-III-R (APA DSM-III-R, 1987). Στη μελέτη αυτή οι ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» συγκοπτικά επεισόδια πιθανώς οφειλόμενα σε ψυχιατρικές νόσους πιο συχνά παραπονούνταν για έναν αριθμό πρόδρομων συμπτωμάτων όπως ήπια κεφαλαλγία, δυσχέρεια στην αναπνοή, ζάλη, ταχυπαλμία, εμβοές, πόνο στο στήθος και μυρμηκιάσεις στο σώμα. Κατά την επανεκτίμησή τους το 90% των ψυχιατρικών ασθενών που συμμορφώθηκαν με τη θεραπεία παρουσίασαν ύφεση της συμπτωματολογίας των ψευδοσυγκοπτικών επεισοδίων, ενώ οι ασθενείς που δεν συμμορφώθηκαν με τη θεραπεία παρουσίασαν ύφεση κατά 50%.

Σε μια άλλη μελέτη 414 ασθενών (Karoor και συν. 1995) με Συγκοπτικά Επεισόδια που συμπλήρωσαν το DIS (Diagnostic Interview Schedule), για συγκεκριμένες ψυχιατρικές νόσους, 80 (20%) πληρούσαν τα κριτήρια μιας τουλάχιστον ψυχιατρικής νόσου. 163 ασθενείς (39,3%) από την ομάδα αυτή είχαν Συγκοπτικά Επεισόδια άγνωστης αιτιολογίας εκ των οποίων 24.5% είχαν διαγνώσεις σχετικές με ψυχιατρικές νόσους ή κατάχρηση αλκοόλ και άλλων παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι διαγνώσεις περιελάμβαναν Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή σε ποσοστό



8.6%, Μείζονα Κατάθλιψη σε ποσοστό 12.2%, Διαταραχή Πανικού 4.3% και εξάρτηση από το αλκοόλ 9.2%.(Πίνακας 1).

Στη μελέτη αυτή οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα «συγκοπτικά» επεισόδια (≥4 επεισόδια τον τελευταίο χρόνο) και να έχουν πρόδρομα συμπτώματα. Στον έναν χρόνο οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαγνώσεις είχαν υποτροπιάζοντα Συγκοπτικά Επεισόδια σε ποσοστό 35% ενώ 15% ήταν το ποσοστό στους ασθενείς χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές. Οι ασθενείς με δυο ή περισσότερες ψυχιατρικές νόσους είχαν 50% ποσοστό παρουσίασης υποτροπιαζόντων συγκοπτικών επεισοδίων σε ένα χρόνο.

**Πίνακας 1: Ψυχιατρικές διαγνώσεις σε ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια (Καροο και συν. 1995)**

	Σύνολο Ασθενών (n=414)		Ασθενείς με συγκοπτικά επεισόδια άγνωστης αιτιολογίας (n=163)	
	N	%	N	%
<b>Οποιαδήποτε Διάγνωση μέσω DIS*</b>	82	19.8	40	24.5
<b>Σωματοποίηση</b>	4	0.7	3	1.8
<b>Διαταραχή Πανικού</b>	8	1.9	7	4.3
<b>Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή</b>	30	7.3	14	8.6
<b>Μείζων Κατάθλιψη</b>	41	9.9	20	12.2
<b>Κατάχρηση Ουσιών</b>	2	0.5	2	1.2
<b>Εξάρτηση από αλκοόλ</b>	27	6.5	15	9.2
<b>Κατάχρηση αλκοόλ</b>	2	0.5	1	0.6
<b>Οποιαδήποτε ψυχιατρική διάγνωση **</b>	58	14.0	28	17.2
<b>Οποιαδήποτε διάγνωση σχετική με το αλκοόλ</b>	30	7.3	15	9.2

\* DIS: Diagnostic Interview Schedule  
\*\* Ασθενείς με μια ή περισσότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις

### 1.3.1. Ο μηχανισμός των συγκοπτικών επεισοδίων στην ψυχιατρική νόσο

Οι μέχρι σήμερα μελέτες διερεύνησης της σχέσης των ψυχιατρικών νόσων με τα Συγκοπτικά Επεισόδια, έχουν κάνει τις ακόλουθες υποθέσεις:

1. Η ψυχιατρική νόσος θα μπορούσε να παρουσιάζει συνοσηρότητα χωρίς να προκαλεί ή να προδιαθέτει σε ένα συγκοπτικό επεισόδιο. Αυτό δεν είναι πολύ πιθανό, αφού το ποσοστό υποτροπής των συγκοπτικών επεισοδίων στους αξιολογηθέντες ασθενείς ήταν μικρότερο στη μια μελέτη (Linzer και συν. 1990) και η ψυχιατρική νόσος ήταν ένας σημαντικός παράγοντας υποτροπιαζόντων συγκοπτικών επεισοδίων στην άλλη μελέτη (Karoor και συν. 1995). Επιπλέον, το συγκοπτικό επεισόδιο είναι ένα γνωστό σύμπτωμα πολλών ψυχιατρικών νόσων. Έτσι, τα στοιχεία προτείνουν μια σχέση ανάμεσα στην ψυχιατρική νόσο και τα Συγκοπτικά Επεισόδια που εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενούς.
2. Η ψυχιατρική νόσος μπορεί να προκαλέσει συγκοπτικό επεισόδιο. Στους ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια οι ψυχιατρικές νόσοι είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν συγκοπτικό επεισόδιο. Είναι γνωστό ότι ο φόβος, το άγχος, η ανησυχία, και ο συναισθηματικός φόρτος προδιαθέτουν σε νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια. Επιπλέον, το συγκοπτικό επεισόδιο χωρίς αιμοδυναμικές αλλαγές είναι σύνηθες στη Σωματοποιητική Διαταραχή. Πολλοί μηχανισμοί, ανάμεσα τους η ορθοστατική υπόταση, οι κρίσεις και οι αρρυθμίες μπορεί να προκαλέσουν Συγκοπτικά Επεισόδια σε συνδυασμό με κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Έτσι, ευλογοφανείς μηχανισμοί υπάρχουν για πολλές ψυχιατρικές νόσους, οι οποίες θα μπορούσαν να προκαλέσουν σε αυτούς τους ασθενείς Συγκοπτικά Επεισόδια.
3. Ίσως υπάρχει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση ανάμεσα στο συγκοπτικό επεισόδιο και τις ψυχιατρικές διαταραχές. Έχει βρεθεί ότι το άγχος μπορεί να προκαλέσει υπερκοιλιακές ή κοιλιακές αρρυθμίες και ξαφνικό θάνατο (Lown και συν. 1980). Έτσι, η προδιάθεση για αρρυθμίες είναι ένας άλλος πιθανός

μηχανισμός συγκοπτικού επεισοδίου, παρ' όλο που δεν υπάρχει σαφής απόδειξη γι' αυτό στη βιβλιογραφία.

4. Υπάρχει και μια υπόθεση η οποία υποστηρίζει ότι κάποιες ψυχιατρικές νόσοι οφείλονται στα Συγκοπτικά Επεισόδια. Αυτός ο συνδυασμός είναι μάλλον απίθανος για τους ασθενείς με διαταραχή σωματοποίησης, αλλά η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η μείζων κατάθλιψη θα μπορούσαν να αναπτυχθούν σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια των οποίων η αιτιολογία παραμένει άγνωστη .

### **1.3.2. Διαγνωστική αξιολόγηση για τυχόν ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια**

Η διαγνωστική αξιολόγηση για τυχόν ψυχιατρικές διαταραχές είναι αναγκαία στους ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια. Ο πληθυσμός στους οποίους πρωταρχικά αναφέρεται είναι νέοι άνθρωποι με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια οι οποίοι δεν έχουν άλλα συγκεκριμένα συμπτώματα. Οι διαγνώσεις μπορούν να γίνουν χρησιμοποιώντας το DSM-IV (Mullrow και συν. 1995, Spitzer και συν. 1994).

Οι ασθενείς περνούν τη δοκιμασία ανάκλισης (Tilt Test) κατά τη διάρκεια της οποίας προκαλείται αναπαραγωγή των συμπτωμάτων χωρίς αιμοδυναμικές αλλαγές (Grubb και συν. 1992). Εάν έχει αποκλειστεί το ενδεχόμενο επιληπτικής κρίσης, τότε η πιο πιθανή εξήγηση είναι η παρουσία ψυχογενούς ψευδοσυγκοπτικού επεισοδίου. Παρ' όλο που αυτή η περίπτωση είναι ασυνήθιστη, η διάγνωση ενός ψυχογενούς συγκοπτικού επεισοδίου μπορεί να γίνει κάτω από αυτές τις συνθήκες. Η δοκιμασία ανάκλισης δεν προτείνεται για τη διάγνωση του ψυχογενούς συγκοπτικού επεισοδίου, αφού η συγκεκριμένη διαταραχή διαγιγνώσκεται καλύτερα μέσα από τη συνέντευξη του ασθενούς από έναν ψυχίατρο. Η δοκιμασία ανάκλισης είναι δυνατόν να δείξει θετικά αποτελέσματα σε διαταραχές πανικού και

αγχώδεις διαταραχές, αφού οι διαταραχές αυτές συχνά προδιαθέτουν ένα νευροκαρδιογενές συγκοπτικό επεισόδιο.

### **1.3.3. Ψυχολογικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια**

Το νευροκαρδιογενές συγκοπτικό επεισόδιο αγγίζει το 29% των συγκοπτικών επεισοδίων (Day και συν. 1982) και αφορά σε όλες τις ηλικίες. Οι ασθενείς με Συγκοπτικά Επεισόδια έχει αναφερθεί ότι βιώνουν μια σημαντικά χαμηλή ζωής, όμοια με την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή από χρόνια οσφυαλγία ( Linzer και συν. 1991, 1994).

Η ποιότητα ζωής φαίνεται να μειώνεται με την αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων και υπάρχουν στοιχεία έκπτωσης σε όλες τις αναφερόμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και πιο συγκεκριμένα, σε επίπεδο κινητικότητας, συνήθων δραστηριοτήτων και φροντίδας του εαυτού (Rose και συν. 2000). Ο παράγοντας αυτός που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής είναι αναστρέψιμος και βελτιώνεται μέσα σε 6 μήνες, όταν η συχνότητα των επεισοδίων μειώνεται, όπως ακριβώς συμβαίνει όταν γίνεται εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη (Sheldon και συν. 1996).

Οι ασθενείς με Συγκοπτικά Επεισόδια παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές, ειδικά άγχος και κατάθλιψη (Karoor και συν. 1995, Linzer και συν. 1991, Kouakam και συν. 2002, Shaffer και συν. 2001). Οι ασθενείς αυτοί ίσως φοβούνται τα Συγκοπτικά Επεισόδια και τις αρνητικές συνέπειες της τυχόν κατάρρευσής τους και μπορεί να αποδιοργανώνονται τελείως από την κατάσταση τους (McGrady και συν.1996). Πληροφορίες για το περιεχόμενο των προσυγκοπτικών σκέψεων προέρχονται από μια μελέτη σε πιλότους της αμερικανικής πολεμικής αεροπορίας που είχαν βιώσει συγκοπτικό επεισόδιο (Sledge και συν. 1978). Οι σκέψεις περιελάμβαναν πρόβλεψη σχετικά με πιθανή σωματική ή ψυχολογική ζημία, αντιδράσεις άλλων ανθρώπων για το επεισόδιο, φόβο ότι οι άλλοι θα γελάσουν μαζί τους ή ότι θα ντροπιαστούν. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι ένιωθαν ανίκανοι

να αποφύγουν την απειλητική αυτή κατάσταση. Η εκδήλωση των σωματικών συμπτωμάτων των πιλότων ήταν τελικώς απώλεια της συνείδησης, ενώ το αίσθημα ζέστης και ζάλης μπορεί επίσης να αποτελούσε προμήνυμα και φόβο λιποθυμίας.

Τα συμπτώματα της συγκοπής και της αγχώδους διαταραχής ομοιάζουν και έτσι η εκδήλωση του φόβου ίσως ενισχύσει τα φυσιολογικά σημάδια που σχετίζονται με τη συγκοπή και οδηγήσει σε αύξηση του φόβου που συνδέεται με το συγκοπτικό επεισόδιο (Rapee και συν. 1992).

Κάποιες μελέτες προτείνουν ότι οι συνυπάρχουσες ασθένειες, ο αριθμός των συγκοπτικών επεισοδίων, η διάρκειά τους και ο τραυματισμός που οφείλεται στη λιποθυμία δεν σχετίζονται με την εξουθένωση του ασθενούς που προέρχεται από το συγκοπτικό επεισόδιο (Linzer και συν. 1994). Οι ψυχολογικοί παράγοντες ίσως παίζουν κάποιο ρόλο στην έκπτωση που παρουσιάζει ο ασθενής με Συγκοπτικά Επεισόδια, όπως ομοίως συμβαίνει και σε ασθενείς με άλλες χρόνιες νόσους όπως είναι ο χρόνιος πόνος (Waddell και συν. 1993) και η στηθάγχη (Lewin και συν. 1999). Μελέτες αναφέρουν (Kennedy και συν. 1986), ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι πιο συχνές στις γυναίκες και στις ομάδες μικρών ηλικιών καθώς και σε εκείνους με μεγάλο αριθμό προηγούμενων συγκοπτικών επεισοδίων.

Λίγες μελέτες έχουν γίνει με ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και ακόμα λιγότερες με ασθενείς με νευροκαρδιογενή συγκοπή η οποία διαγνώσθηκε αποκλειστικά και μόνο μέσω της δοκιμασίας ανάκλισης (Tilt test). Η εμπειρία έχει δείξει ότι η νευροκαρδιογενής συγκοπή μπορεί να οδηγήσει σε υψηλά επίπεδα νοσηρότητας και επιρροής στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Παραδείγματος χάριν, η νευροκαρδιογενής συγκοπή συνδέεται με σχολικές απουσίες στα παιδιά και απουσίες από τη δουλειά στους ενήλικες (Newton και συν. 2003).

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι ο ψυχολογικός παράγοντας στη νευροκαρδιογενή συγκοπή είναι περιορισμένος και τείνουν να επικεντρώνουν στην πιθανότητα ψυχολογικής καταπόνησης στους ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

Μια αναδρομική μελέτη (Shaffer και συν. 2001) συγκέντρωσε στοιχεία από ιατρικά σημειώματα σχετικά με τον συναισθηματικό παράγοντα σε ασθενείς με νευροκαρδιογενή συγκοπή. Παραπάνω από τους μισούς (56%) ανέφεραν ένα ιστορικό διαταραχής της διάθεσης και 21% λάμβαναν ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή. Αναφέρθηκε μια έκταση ψυχολογικών προβλημάτων που περιλάμβανε αυτοκτονικούς ιδεασμούς, κατάθλιψη, προσβολή πανικού και χρόνια αγχώδη διαταραχή. Από αυτή τη μελέτη προέκυψε, επίσης, ότι οι ασθενείς συχνά είχαν συμπτώματα εξουθένωσης, τα οποία επέμεναν για ώρες ή μέρες μετά από ένα συγκοπτικό επεισόδιο. Τα συμπτώματα που περιέγραφαν ήταν κόπωση, ζάλη και δύσπνοια. Πάνω από 40% ήταν αναστατωμένοι και αγχωμένοι με την κατάστασή τους. Οι σκέψεις που καταγράφηκαν από το δείγμα αυτό, αφορούσαν στην επιδείνωση της κατάστασης, σε προβλήματα μεταφοράς και κινητικότητας λόγω οδικών περιορισμών, σε έκπτωση στον επαγγελματικό και οικογενειακό τομέα και σε ανησυχία σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Τα συχνότερα αναφερόμενα χαρακτηριστικά προσωπικότητας από την ομάδα αυτή ήταν πειθαρχία, τελειομανία, ακρίβεια και ευαισθησία. Στην αγχώδη διαταραχή, η αποφυγή και άλλες αυτό-προστατευτικές συμπεριφορές φαίνεται να εμποδίζουν την εξέλιξη περισσότερο προσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης της κατάστασης (Clark και συν. 1986)

#### **1.3.4. Θεραπεία**

Δεδομένης της συχνότητας της ψυχολογικής δυσλειτουργίας στους ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και του ρόλου των σχετικών με την ασθένεια απόψεων τους, η ψυχολογική ή ψυχιατρική παρέμβαση θα μπορούσε να παίζει ένα δυναμικό ρόλο στην αντιμετώπιση του νευροκαρδιογενούς συγκοπτικού επεισοδίου. Στην πραγματικότητα, διάφορες αναφορές περιγράφουν τον επιτυχημένο ρόλο της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας σε ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια (Sabin και συν. 2001, Kozak &

Montgomery. 1981, Thompson. 1999, Van Dijk και συν. 2001, Anderson και συν. 1996).

Μια πρόσφατη ανασκόπηση περιστατικών ασθενών με διάγνωση νευροκαρδιογενούς συγκοπής (θετική δοκιμασία ανάκλισης και πλήρης επανεμφάνιση συμπτωμάτων) έδειξε ότι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία επέφερε εξαιρετική βελτίωση της συμπτωματολογίας των ασθενών αυτών, της συμμόρφωσης τους με τις ιατρικές οδηγίες και της έκβασης (Flint και συν. 2009).

Η θεραπεία των ψυχιατρικών νόσων σε ασθενείς με Συγκοπτικά Επεισόδια είναι πολύ σημαντική, γιατί οι ασθενείς αυτοί συχνά παρουσιάζουν υποτροπή των συμπτωμάτων, η οποία είναι πιθανό να ανταποκρίνεται σε κατάλληλη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή ή με ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές και θετική δοκιμασία ανάκλισης πρέπει να παρακολουθούνται αυστηρά για τις ελλοχεύουσες ψυχιατρικές τους νόσους, αφού συνήθως δεν εμφανίζουν βελτίωση με τη συνηθισμένη θεραπεία την κατάλληλη για τα νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι, επίσης, αποτελεσματικοί για τη θεραπεία του νευροκαρδιογενούς συγκοπτικού επεισοδίου (DiGirolamo και συν., 1999). Χρειάζονται πάντως περαιτέρω έρευνες για να διευκρινιστεί αν η αποτελεσματικότητα των SSRIs στο νευροκαρδιογενές συγκοπτικό επεισόδιο οφείλεται στην παρουσία της συγκοπής ή αν επιδρά στη διάθεση των ασθενών και την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματά τους.

Η πιθανότητα ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν κατά την αξιολόγηση των νευροκαρδιογενών συγκοπτικών επεισοδίων και των συγκοπτικών επεισοδίων άγνωστης αιτιολογίας. Όταν αυτές οι διαταραχές διαγιγνώσκονται θα πρέπει να θεραπεύονται, αφού αυτοί οι ασθενείς έχουν συχνά επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια που ίσως κατασταλούν με τη θεραπεία για την υποκείμενη ψυχιατρική νόσο.

## **Β. Ειδικό Μέρος**



## Κεφάλαιο 2. Σκοπός και συνεισφορά της έρευνας

Η σχέση ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και τα Συγκοπτικά Επεισόδια έχει ως ένα βαθμό παραμείνει αδιευκρίνιστη. Το DSM-III-R και το DSM IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM III-R, 1987, DSM IV, 1994) περιλαμβάνει τη ζάλη και τα Συγκοπτικά Επεισόδια ως εκδηλώσεις της διαταραχής σωματοποίησης, της διαταραχής γενικευμένου άγχους και των διαταραχών που προέρχονται από την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Εντούτοις, δεν έχουν γίνει συστηματικές προσπάθειες για την αξιολόγηση του ρόλου των ψυχιατρικών νόσων σε ασθενείς που παρουσιάζουν «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια. Όπως προαναφέρθηκε, δυο μελέτες έχουν αξιολογήσει τον ρόλο της ψυχιατρικής νόσου στους ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια. Και οι δυο έρευνες αναφέρονταν σε ενήλικες ασθενείς (Linzer και συν. 1990, Karoor και συν. 1995).

Ο τομέας για τον οποίο δεν υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία είναι η παρουσία νευροκαρδιογενών και ανεξήγητων συγκοπτικών επεισοδίων στα παιδιά και ο τρόπος με τον οποίο αυτά συνδέονται με πιθανή ψυχιατρική νόσο. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει καμία έρευνα σχετικά με τον ρόλο που ενδεχομένως διαδραματίζουν ψυχιατρικοί ή ψυχολογικοί παράγοντες στην εμφάνιση, πορεία ή στις συνέπειες των νευροκαρδιογενών συγκοπτικών επεισοδίων και των συγκοπτικών επεισοδίων αγνώστου αιτιολογίας στα παιδιά, πάνω στην οποία θα μπορούσαν να βασιστούν οδηγίες για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση τους. Αυτό το γεγονός προκαλεί έκπληξη και ανησυχία, αφού το 15-25% των παιδιών και των ενηλίκων έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας, ενώ το 3% των επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αναφέρονται σε Συγκοπτικά Επεισόδια (Day και συν. 1982, McHarg και συν. 1997, Gutgesell και συν. 1997, Ozme και συν. 1993, Lewis και συν. 1999).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν η ψυχοπαθολογία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας των παιδιών με νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια, όπως αυτά παρουσιάζονται κατά τη φάση

της αξιολόγησης των συγκοπτικών επεισοδίων και κατά τη φάση της επανεκτίμησης τους, καθώς επίσης η εικόνα που το παιδί με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια έχει για τον εαυτό του και ο ρόλος που ενδεχομένως διαδραματίζουν το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα, στόχοι της παρούσης μελέτης είναι:

1. Η αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του προφίλ Αυτοεκτίμησης και των Δυνατότητων και Δυσκολιών των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια, σε σύγκριση με δείγμα υγιών παιδιών αντίστοιχου φύλου και ηλικίας,
2. Η αξιολόγηση του ψυχολογικού προφίλ των γονέων και της συνοχής και προσαρμοστικότητας της οικογένειας. Για τη διερεύνηση περιορισμών που σχετίζονται με την ετεροαναφορά των γονέων σχετικά με τις ενδογενείς διαταραχές των παιδιών τους, συμπεριλάβαμε και συνεντεύξεις με τους εκπαιδευτικούς των παιδιών, και
3. Η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της εμφάνισης των συγκοπτικών επεισοδίων και της μεταβλητότητας του ψυχολογικού προφίλ κατά τη διάρκεια ενός μέσου διαστήματος επανεκτίμησης της κατάστασης (2 έτη).

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν έχουν ως εξής:

1. Υποθέτουμε ότι υπάρχει σημαντική συνοσηρότητα μεταξύ συγκοπτικών επεισοδίων και ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους.
2. Τα Συγκοπτικά Επεισόδια στα παιδιά προκαλούν ψυχολογική επιβάρυνση και ψυχιατρικές διαταραχές.
3. Τα Συγκοπτικά Επεισόδια, είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη ψυχολογική ή ψυχιατρική επιβάρυνση, έχουν συνέπειες στην σχολική επίδοση, στην εν γένει παρουσία και συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου στο σχολείο και στο σπίτι ή σε άλλες καθημερινές του δραστηριότητες.
4. Η πορεία και η συχνότητα των συγκοπτικών επεισοδίων καθώς και η εμφάνιση και εξέλιξη των δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού επηρεάζονται από την

- ενδεχόμενη ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς, από τους πιθανούς δυσπροσαρμοστικούς τρόπους προσαρμογής των γονέων στις καθημερινές δυσκολίες και συνολικότερα από τη στάση των γονέων απέναντι στο παιδί με Συγκοπτικά Επεισόδια και τη γενικότερη οικογενειακή ατμόσφαιρα.
5. Η παρέμβαση μέσω ψυχολογικής υποστήριξης δύναται να βελτιώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και κατ' επέκταση την εμφάνιση των συγκοπτικών επεισοδίων.
  6. Η συνοχή και η προσαρμοστικότητα της οικογένειας σχετίζονται με τα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια
  7. Η σχέση γονέα – παιδιού επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία των παιδιών με επακόλουθο την παρουσία συγκοπτικών επεισοδίων, ενώ η βελτίωση της σχέσης τους τείνει στη βελτίωση της κατάθλιψης και συνακόλουθα στην εξάλειψη της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής.

## **Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία της έρευνας**

### **3.1. Περιγραφή του Δείγματος**

Το δείγμα της έρευνας απετέλεσαν 45 παιδιά και έφηβοι με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια (δείγμα σύγκρισης) και 45 υγιή παιδιά και έφηβοι (δείγμα ελέγχου). Για κάθε ένα από τα παιδιά του δείγματος εξετάστηκαν επίσης ένας κηδεμόνας και ένας εκπαιδευτικός. Το ίδιο δείγμα (δείγμα σύγκρισης και δείγμα ελέγχου) συμμετείχε και στη διαδικασία επανεκτίμησης 2 έτη μετά την πρώτη εκτίμηση.

Όλες οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν ήταν σε απόλυτη συμφωνία με τους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας και τα πρότυπα που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration). Μετά από την πλήρη περιγραφή της μελέτης στα άτομα που συμφώνησαν να συμμετάσχουν δόθηκε προς συμπλήρωση μια φόρμα συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα. Για τα παιδιά και τους εφήβους τη συγκατάθεση παρείχαν οι κηδεμόνες τους. Η εμπιστευτικότητα των στοιχείων τονίστηκε ιδιαίτερα σε αυτή τη διαδικασία.

#### **3.1.1. Δείγμα σύγκρισης**

Το δείγμα σύγκρισης απετέλεσαν 45 παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και με Συγκοπτικά Επεισόδια αγνώστου αιτιολογίας ηλικίας 6-18 ετών που απευθύνθηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Για τον σκοπό της παρούσας έρευνας η διάγνωση της ΝΚΣ βασίστηκε στη λήψη τυπικού ιστορικού και επιβεβαιώθηκε από θετικό αποτέλεσμα κατά τη δοκιμασία ανάκλισης (head up tilt test) (Strieper και συν. 1994)

Παρά τη σχετικά χαμηλή απόκριση της δοκιμασίας ανάκλισης (Kouakam και συν. 2001), οι συγκοπτικοί ασθενείς με αρνητική δοκιμασία ανάκλισης εξαιρέθηκαν από τη μελέτη, με κριτήριο την ομοιογένεια της ομάδας των ασθενών παιδιών, αποκλείοντας άλλες αιτίες υπεύθυνες των συγκοπτικών επεισοδίων. Τα κριτήρια διάγνωσης Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής συμπεριελάμβαναν μικρή διάρκεια του επεισοδίου, παρουσία εκλυτικών παραγόντων ή πρόδρομα συμπτώματα όπως ωχρότητα, ναυτία ή εφίδρωση (Vlahos και συν. 2007)

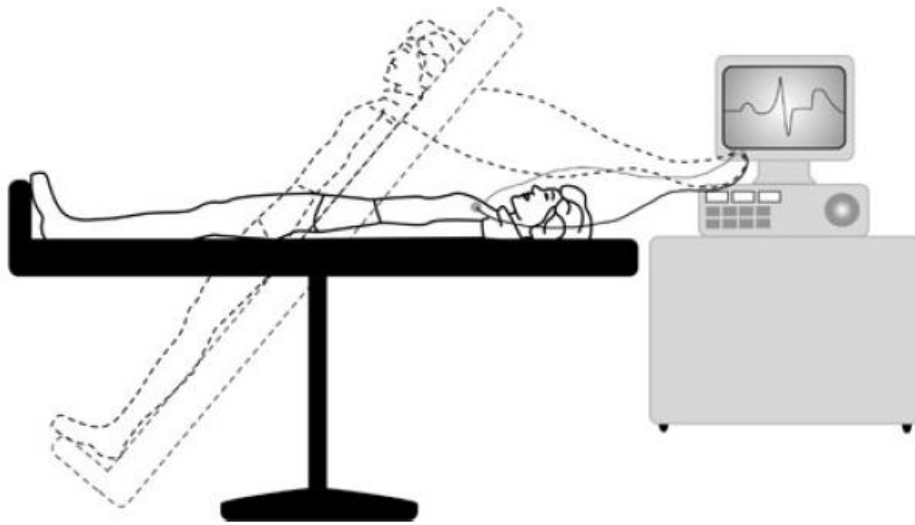
Στους ασθενείς με θετική δοκιμασία ανάκλισης ακολούθησε και φυσική εξέταση, ώστε να αποκλεισθούν άλλες αιτίες υπεύθυνες για την απώλεια συνείδησης. Έτσι, σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφημα, Holter ρυθμού 24 ωρών και Υπερηχογράφημα τα οποία δεν ανέδειξαν παθολογικά αίτια. Επίσης, οι ασθενείς υπεβλήθησαν και σε Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ώστε να αποκλειστεί και κάθε πιθανή νευρολογική αιτία που θα μπορούσε να ευθύνεται για τα λιποθυμικά επεισόδια.

### **3.1.1.1. Δοκιμασία ανάκλισης (Head up Tilt-table testing - Εικόνα 1)**

Κάθε δοκιμασία ανάκλισης πραγματοποιήθηκε από έναν ειδικό παιδοκαρδιολόγο και έναν καρδιολόγο/ ηλεκτροφυσιολόγο με εξαιρετική εμπειρία στην αντιμετώπιση των συγκοπτικών επεισοδίων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης οι ασθενείς ξάπλωναν σε ύπτια θέση για περίπου 10 λεπτά. Αμέσως μετά προσέρχονταν σε όρθια κλίση 85° για 20 λεπτά ενώ καταγράφονταν η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός κάθε 2 λεπτά ή κάθε 30 δευτερόλεπτα αν πρόδρομα συμπτώματα έκαναν την εμφάνισή τους. Αν μετά από 20 λεπτά δεν εμφανίζονταν συμπτώματα γινόταν χορήγηση ισοπροτενόλης σε αυξανόμενη δοσολογία (0.02-0.08 μg/kg) κάθε 2 λεπτά μέχρι το άνω όριο των 150 παλμών/ λεπτό. Στην παρουσία προσυγκοπτικών συμπτωμάτων ή συγκοπτικού επεισοδίου με ταυτόχρονη ξαφνική πτώση της αρτηριακής πίεσης (>40mmHg) ή

/και απότομη πτώση των καρδιακών παλμών (<50 παλμοί / λεπτό), η δοκιμασία ανάκλισης χαρακτηριζόταν ως θετική. Ως αρνητική χαρακτηριζόταν εκείνη η δοκιμασία από την οποία απουσίαζαν τα συμπτώματα αυτά 20 λεπτά μετά τη χορήγηση της ισοπροτενόλης.



Εικόνα 1. Head up Tilt table test

### 3.1.2. Δείγμα ελέγχου

Την ομάδα ελέγχου απετέλεσαν 45 υγιή παιδιά και έφηβοι χωρίς ιστορικό χρόνιων νόσων και χωρίς οικογενειακό ιατρικό ιστορικό τα οποία τυχαία επιλέχθηκαν από τα σχολικά τμήματα στα οποία ανήκαν οι ασθενείς. Το δείγμα ελέγχου ήταν σε απόλυτη συμφωνία – αντιστοιχία με το δείγμα σύγκρισης ως προς το φύλλο και την ηλικία.

Σε αντιστοιχία με το δείγμα σύγκρισης, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν φόρμα συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα. Για τα παιδιά και τους εφήβους τη συγκατάθεση παρείχαν οι κηδεμόνες τους. Η εμπιστευτικότητα των στοιχείων τονίστηκε και πάλι ιδιαίτερα σε αυτή τη διαδικασία.

### **3.1.3. Κριτήρια αποκλεισμού**

Για το δείγμα σύγκρισης και το δείγμα ελέγχου θεσπίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού, ώστε η συμμετοχή τους στην έρευνα να μην παρακωλύσει και να μην διαστρεβλώσει την ερευνητική διαδικασία. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η ύπαρξη άλλων σοβαρών σωματικών νοσημάτων, η νοητική υστέρηση, η ύπαρξη διαγνωσμένης αιτιολογίας του συγκοπτικού επεισοδίου άλλης της νευροκαρδιογενούς συγκοπής και προβλήματα επικοινωνίας όπως η μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας.

## **3.2. Περιγραφή των Εργαλείων**

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω μιας ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης με τα παιδιά, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων.

### **3.2.1. Ημιδομημένη κλινική συνέντευξη**

Για τη συλλογή δεδομένων ψυχολογικής φύσης πραγματοποιήθηκε μια ημιδομημένη συνέντευξη της οποίας η διάρκεια δεν ξεπερνούσε τα 40 λεπτά. Η ημιδομημένη συνέντευξη, η οποία χρησιμοποιεί τεχνικές τόσο από την δομημένη, όσο και από την εστιασμένη συνέντευξη, χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει μεγαλύτερη ευελιξία και ακολουθεί τον ερωτώμενο.

Γενικά, υπάρχει ένας κορμός ερωτήσεων σχετικά με το θέμα το οποίο διερευνάται, ανάλογα όμως με τις απαντήσεις του ερωτώμενου, ο ερευνητής μπορεί να αλλάξει την πορεία τους ή να θέσει επιπλέον διευκρινιστικές ερωτήσεις. Στόχος είναι να ακολουθηθεί η πορεία της σκέψης του ερευνητή και να αναλυθούν επιπλέον ζητήματα που τυχόν ανακύπτουν. Το γεγονός ότι δεν αποτελεί μια τυποποιημένη συνέντευξη, επέτρεψε στο δείγμα να απαντά με το δικό τους τρόπο, να αισθάνονται

πιο ελεύθεροι να εκφράσουν και να εξηγήσουν τη σκέψη, τις στάσεις και την προοπτική τους, καθώς ένιωσαν πως συζητούν με κάποιον άξιο εμπιστοσύνης.

Στο στάδιο αυτό δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή τόσο στην κωδικοποίηση, όσο και στην ανάλυση των πληροφοριών και των δεδομένων που αποσπάστηκαν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων.

### **3.2.2 Χορήγηση ερωτηματολογίων**

Για τη μέτρηση των απαιτούμενων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια τα οποία χορηγήθηκαν προς συμπλήρωση και αναλόγως του περιεχομένου τους στα παιδιά, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς τους.

#### **3.2.2.1 Εργαλεία που χορηγήθηκαν στα παιδιά και τους εφήβους.**

##### **3.2.2.1.1. Ερωτηματολόγιο ΠΑΤΕΜ (Πώς Αντιλαμβάνομαι Τον Εαυτό Μου) I, II, III, IV. (Self-Perception Profile for Children –SPPC, Susan Harter, 1985)**

Τα ερωτηματολόγια αυτά αποτελούν την ελληνική έκδοση αντίστοιχων ερωτηματολογίων της Susan Harter (Self-Perception Profile For Children-SPPC, Harter, 1985), τα οποία σταθμίστηκαν για τον ελληνικό πληθυσμό (Μακρή-Μπότσαρη Εύη, 2001).

Πιο συγκεκριμένα:

- **ΠΑΤΕΜ I:** Κατάλληλο για παιδιά των τριών πρώτων τάξεων του Δημοτικού σχολείου
- **ΠΑΤΕΜ II:** Κατάλληλο για μαθητές της δ', ε' και στ' τάξης του Δημοτικού σχολείου
- **ΠΑΤΕΜ III:** Κατάλληλο για παιδιά Γυμνασίου



➤ **ΠΑΤΕΜ IV:** Κατάλληλο για μαθητές Λυκείου.

Το ερωτηματολόγιο **ΠΑΤΕΜ I** περιλαμβάνει τέσσερις κλίμακες οι οποίες αποτυπώνουν ισάριθμους επιμέρους τομείς αυτοαντίληψης. Οι τέσσερις κλίμακες του ΠΑΤΕΜ I είναι:

- **Σχολική Ικανότητα:** η αντίληψη του παιδιού για τις επιδόσεις του στα μαθήματα του σχολείου
- **Σχέσεις με Συνομήλικους:** ο βαθμός στον οποίο το παιδί νιώθει ότι έχει φίλους με τους οποίους κάνει παρέα και παίζει
- **Σωματική Ικανότητα:** η αντίληψη του παιδιού για την ικανότητά του σε σωματικές ασκήσεις
- **Σχέσεις με τη μητέρα:** ο βαθμός στον οποίο το παιδί νιώθει ότι η μητέρα του ασχολείται μαζί του και το καταλαβαίνει

Το ερωτηματολόγιο **ΠΑΤΕΜ II** περιλαμβάνει έξι κλίμακες, 5 εκ των οποίων αποτυπώνουν ισάριθμους τομείς αυτοαντίληψης και 1 η οποία αξιολογεί την αυτοεκτίμηση. Οι κλίμακες του ΠΑΤΕΜ II είναι:

- **Σχολική ικανότητα:** η αντίληψη του παιδιού για τις επιδόσεις του στα μαθήματα του σχολείου
- **Σχέσεις με Συνομήλικους:** ο βαθμός της κοινωνικής αποδοχής του μαθητή από τους συνομήλικους του.
- **Αθλητική ικανότητα:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα σπορ και τα αθλήματα.
- **Φυσική εμφάνιση:** η αντίληψη του μαθητή για το σώμα του, το πρόσωπο του και γενικά τη σωματική του διάπλαση και την εξωτερική του εμφάνιση

**Διαγωγή-Συμπεριφορά:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής νιώθει ότι συνήθως κάνει αυτό που είναι σωστό και ότι γενικά έχει καλή συμπεριφορά.

- **Αυτοεκτίμηση:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής είναι ευχαριστημένος γενικά με τον εαυτό του και με τη ζωή που κάνει.

Το ερωτηματολόγιο **ΠΑΤΕΜ III** περιλαμβάνει 10 κλίμακες, 9 από τις οποίες αποτυπώνουν ισάριθμους τομείς αυτοαντίληψης και 1 η οποία αξιολογεί την αυτοεκτίμηση. Οι κλίμακες του ΠΑΤΕΜ III είναι:

- **Σχολική ικανότητα:** η αντίληψη του παιδιού για τις επιδόσεις του στα μαθήματα του σχολείου
- **Σχέσεις με Συνομήλικους:** ο βαθμός της κοινωνικής αποδοχής του μαθητή από τους συνομήλικους του.
- **Σχέσεις με τους γονείς:** η ελευθερία έκφρασης, η οικειότητα και ο βαθμός συνεννόησης του μαθητή με τους γονείς του.
- **Ικανότητα στα μαθηματικά:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα μαθηματικά
- **Αθλητική ικανότητα:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα σπορ και τα αθλήματα.
- **Φυσική εμφάνιση:** η αντίληψη του μαθητή για το σώμα του, το πρόσωπο του και γενικά τη σωματική του διάπλαση και την εξωτερική του εμφάνιση
- **Ικανότητα στα γλωσσικά μαθήματα:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα γλωσσικά μαθήματα
- **Διαγωγή-Συμπεριφορά:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής νιώθει ότι συνήθως κάνει αυτό που είναι σωστό και ότι γενικά έχει καλή συμπεριφορά

- **Στενοί φίλοι:** κατά πόσο στη ζωή του μαθητή υπάρχει ένα άτομο με την έννοια του στενού φίλου, με τον οποίο μοιράζεται προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα
- **Αυτοεκτίμηση:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής είναι ευχαριστημένος γενικά με τον εαυτό του και με τη ζωή που κάνει, ο βαθμός εμπιστοσύνης που έχει στον εαυτό του, ότι αξίζει σαν άτομο και ότι μπορεί να κάνει σημαντικά πράγματα στη ζωή του.

Το ερωτηματολόγιο **ΠΑΤΕΜ IV** που απευθύνεται σε μαθητές Λυκείου περιλαμβάνει 12 κλίμακες, 11 από τις οποίες αποτυπώνουν ισάριθμους τομείς αυτοαντίληψης και 1 η οποία αξιολογεί την αυτοεκτίμηση. Οι κλίμακες του ΠΑΤΕΜ IV είναι:

- **Σχολική ικανότητα:** η αντίληψη του παιδιού για τις επιδόσεις του στα μαθήματα του σχολείου
- **Σχέσεις με Συνομήλικους:** ο βαθμός της κοινωνικής αποδοχής του μαθητή από τους συνομήλικους του.
- **Σχέσεις με τους γονείς:** η ελευθερία έκφρασης, η οικειότητα και ο βαθμός συνεννόησης του μαθητή με τους γονείς του.
- **Ικανότητα στα μαθηματικά:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα μαθηματικά
- **Αθλητική ικανότητα:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα σπορ και τα αθλήματα.
- **Φυσική εμφάνιση:** η αντίληψη του μαθητή για το σώμα του, το πρόσωπο του και γενικά τη σωματική του διάπλαση και την εξωτερική του εμφάνιση

- **Εργασιακή ετοιμότητα:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής πιστεύει ότι έχει τις ικανότητες να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας αμειβόμενης θέσης εργασίας.
- **Ικανότητα στα γλωσσικά μαθήματα:** η αντίληψη του μαθητή για την ικανότητα του στα γλωσσικά μαθήματα
- **Συναισθηματικές-Διαφυλικές σχέσεις:** η αντίληψη του μαθητή για τη σχέση του με το άλλο φύλο.
- **Διαγωγή-Συμπεριφορά:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής νιώθει ότι συνήθως κάνει αυτό που είναι σωστό και ότι γενικά έχει καλή συμπεριφορά
- **Στενοί φίλοι:** κατά πόσο στη ζωή του μαθητή υπάρχει ένα άτομο με την έννοια του στενού φίλου, με τον οποίο μοιράζεται προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα
- **Αυτοεκτίμηση:** ο βαθμός στον οποίο ο μαθητής είναι ευχαριστημένος γενικά με τον εαυτό του και με τη ζωή που κάνει έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και αξίζει σαν άτομο και ότι μπορεί να κάνει σημαντικά πράγματα στη ζωή του.

#### **3.2.2.1.2. Ερωτηματολόγιο για την παιδική κατάθλιψη (Children's Depression Inventory - CDI) (Maria Kovacs, 1992)**

Το ερωτηματολόγιο για την παιδική κατάθλιψη (Children's Depression Inventory – CDI, Maria Kovacs, 1992) αποτελεί ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και είναι σχεδιασμένο να αξιολογεί την προσωπική εκτίμηση παιδιών ηλικίας 7 - 17 ετών σε σχέση με την παρουσία και τη δριμύτητα των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων. Κάνει ταυτοχρόνως και μια διάκριση μεταξύ μείζονος καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και διαταραχής δυσθυμίας στα παιδιά. Αποτελείται από 27 ερωτήσεις, καθεμιά από τις οποίες αξιολογείται με μια από τις ακόλουθες επιλογές:

0 (απουσία συμπτώματος), 1 (ήπιο σύμπτωμα) ή 2 (βέβαιο σύμπτωμα). Οι εξεταζόμενοι καλούνται να απαντήσουν κάθε πρόταση σε σχέση με τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή τους τις δύο προηγούμενες εβδομάδες από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση και αξιολόγηση του ερωτηματολογίου είναι εύκολη και σύντομη. Αξιολογεί πέντε παράγοντες και μια Συνολική Κλίμακα Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας.

Αποτελείται από 5 υποκλίμακες:

1. **Αρνητική διάθεση:** Η κλίμακα αυτή συμπεριλαμβάνει συναισθήματα όπως θλίψη, αίσθημα ότι το άτομο θέλει να κλάψει, αίσθημα ανησυχίας για κακά συμβάντα και ενόχλησης ή σύγχυσης, καθώς επίσης και αναποφασιστικότητα.
2. **Διαπροσωπικά προβλήματα:** Η κλίμακα αυτή συμπεριλαμβάνει προβλήματα και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων δυσκολίας συνύπαρξης, κοινωνική αποφυγή και κοινωνική απομόνωση.
3. **Αναποτελεσματικότητα:** Η κλίμακα αυτή αντικατοπτρίζει αρνητική αξιολόγηση κάποιου σε επίπεδο ικανοτήτων και σχολικών επιδόσεων
4. **Ανηδονία:** Η κλίμακα αυτή αντικατοπτρίζει «ενδογενή κατάθλιψη», συμπεριλαμβανομένης και της μη ικανότητας να βιώσει ικανοποίηση, απώλεια ενέργειας, προβλήματα με τον ύπνο και την όρεξη για φαγητό και αίσθημα απομόνωσης.
5. **Απουσία αυτοεκτίμησης:** Η κλίμακα αυτή αντικατοπτρίζει χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη αυταρέσκειας, αισθήματα ότι το άτομο δεν είναι αγαπητό, και μια τάση αυτοκτονικών ιδεασμών.

Μια βραχεία κλίμακα με δέκα παράγοντες μπορεί να χρησιμοποιηθεί, όταν είναι απαραίτητη μια γρήγορη εξέταση. Ενώ αναφέρεται ότι και οι δύο φόρμες δίνουν ανάλογα αποτελέσματα, η μεγαλύτερη κλίμακα δίνει μια περισσότερο πλήρη

περιγραφή των παιδικών συμπτωμάτων. Στην έρευνά μας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου όπως μεταφράστηκε και σταθμίστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos και συν. 2009). Αν και το Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης δεν αποτελεί εργαλείο διάγνωσης της Κατάθλιψης αλλά εργαλείο αξιολόγησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, υψηλότερα σκορ κατά την αξιολόγηση σχετίζονται με την παρουσία κατάθλιψης. Για τον λόγο αυτό, αποτελεί εργαλείο ευρέως διαδεδομένο και χρησιμοποιούμενο (Comer, Kendall, 2005) ενώ, παρ' όλο που η πρωτότυπη έκδοση έχει σημεία αποκοπής από 13 έως 19, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως σημείο αποκοπής το 15 - το οποίο προσδιορίζει το 90% - (Giannakopoulos και συν. 2009) αποδεικνύοντας κλινικά σημαντικά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως προαναφέρθηκε.

### **3.2.2.2. Εργαλεία που χορηγήθηκαν στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς**

#### **3.2.2.2.1.Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) (Goodman 1997)**

Το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΕΔΔ) είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε πρωταρχικά με σκοπό την πρώιμη ανίχνευση των δυνατοτήτων και δυσκολιών των παιδιών οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε περαιτέρω κλινική εκτίμηση και θεραπεία (Goodman και συν. 1997). Έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από σαράντα γλώσσες τα τελευταία χρόνια, καλύπτοντας την ανάγκη για ένα πρακτικό, οικονομικό και φιλικό στο χρήστη εργαλείο. Διατίθεται σε εκδοχές για αυτοαναφορά από εφήβους 11-16 ετών, καθώς και για γονείς και εκπαιδευτικούς παιδιών και εφήβων ηλικίας 4-16 ετών. Σε σύγκριση με άλλα παρόμοια εργαλεία, όπως η Λίστα ελέγχου Προβλημάτων Παιδικής Συμπεριφοράς ΛΕΠΣ (CBCL, Achenbach ASEBA, 2011) είναι εξίσου έγκυρο για τις περισσότερες κλινικές και ερευνητικές εφαρμογές (Bourdon και συν. 2005, Goodman και συν. 2000, Koskelainen και συν. 2000). Επιπλέον, είναι πολύ πιο σύντομο σε μορφή και γρήγορο στη συμπλήρωση και επομένως πιο χρηστικό για

μελέτες σε ομάδες γονέων και εκπαιδευτικών παιδιών που μελετώνται από τον γενικό πληθυσμό.

Το ΕΔΔ έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον ελληνικό πληθυσμό, και στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του (Μπίμπου-Νακου και συν., 2000). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς για να αξιολογηθούν οι δυνατότητες και οι δυσκολίες των παιδιών τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι. Περιλαμβάνει μια συνολική κλίμακα καθώς και 4 υποκλίμακες που αντιστοιχούν στις διαταραχές:

- **Διαγωγής**
- **Συναισθημάτων**
- **Υπερκινητικότητας /διάσπασης προσοχής**
- **Σχέσεις με τους συνομήλικους.**

Μια επιπλέον κλίμακα αναφέρεται στη **θετική κοινωνική συμπεριφορά** και δεν υπολογίζεται στο συνολικό δείκτη της κλίμακας που προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων υποκλιμάκων.

Η εκτεταμένη εκδοχή του ΕΔΔ περιλαμβάνει ένα παράρτημα για την επίδραση των παραπάνω δυσκολιών το οποίο διερευνά περαιτέρω τη χρονιότητα των προβλημάτων, τη δυσφορία, την κοινωνική δυσλειτουργία και την επιβάρυνση που αυτές προκαλούν στους άλλους.

Μεγάλος αριθμός Ευρωπαϊκών κυρίως μελετών έχει υποστηρίξει με συνέπεια την προτεινόμενη δομή των πέντε παραγόντων του ΕΔΔ (Hawes, Dadds και συν. 2004).

### **3.2.2.2.Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire – G.H.Q - 28) (D. Goldberg, 1988)**

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε σαν ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με στόχο την ανίχνευση ενδεχόμενων ψυχικών διαταραχών στα

άτομα που το συμπληρώνουν σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη ή τα εξωτερικά ιατρεία της γενικής ιατρικής.

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο ενδιαφέρεται ειδικά για τον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ της ψυχολογικής νόσου και της ψυχολογικής υγείας.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι του ερωτηματολογίου (ανάλογα με τον αριθμό ερωτήσεων) GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28, GHQ-12. Έχει μεταφραστεί και προσαρμοσθεί στα Ελληνικά (Garyfallos και συν. 1990), ενώ στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή του GHQ με τις 28 ερωτήσεις (GHQ-28) που περιλαμβάνει τέσσερις κλίμακες με 7 ερωτήσεις η κάθε μία και με 4 απαντήσεις στην κάθε ερώτηση.

Πιο συγκεκριμένα οι κλίμακες εκτιμούν:

Κλίμακα Α: **«σωματικά συμπτώματα»**

Κλίμακα Β: **«άγχος και αϋπνία»**

Κλίμακα Γ: **«κοινωνική δυσλειτουργία»**

Κλίμακα Δ: **«καταθλιπτικό συναίσθημα».**

Στην έρευνά μας, μας ενδιαφέρει η επισήμανση κλινικών περιπτώσεων και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε η βαθμολόγηση 0-0-1-1 (Goldberg και συν. 1979) και η τιμή ουδός 4/5. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους γονείς των υγιών και των ασθενών του δείγματος της μελέτης. Το σκεπτικό της χορήγησης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου βασίσθηκε στην υπόθεση ότι η ψυχική υγεία των γονέων μπορεί να είναι ένας παράγοντας που να επιδρά στις στάσεις και στις απόψεις τους. Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στον Ελληνικό πληθυσμό έχει παρουσιάσει ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha = .93,  $p < .001$ ) (Garyfallos και συν. , 1991).



### **3.2.2.2.3. Ερωτηματολόγιο Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ (Defense Style Questionnaire-DSQ) (Bond και συν. 1983)**

Οι Bond και συν. (1983) έχοντας ως στόχο την αξιολόγηση μηχανισμών άμυνας του Εγώ, όπως αυτοί συνάγονται μέσω της εκδηλούμενης συμπεριφοράς, προχώρησαν στην ανάπτυξη του ερωτηματολογίου DSQ (Defense Style Questionnaire). Το DSQ είναι ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για να βοηθήσει κλινικά και ερευνητικά στην μελέτη των Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ (Bond και συν. , 1983; Bond, 1986; Bond, 1992). Η θεωρητική του βάση είναι ψυχαναλυτική, και προσπαθεί να διερευνήσει ποιοι είναι οι κύριοι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιεί ο κάθε εξεταζόμενος για να προσαρμοστεί και να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Αποτελείται από 88 «διαπιστώσεις» (statements) στις οποίες απαντά ο εξεταζόμενος με βάση το πώς εκτιμά ότι αντιδράει ο εαυτός του σε διάφορες καταστάσεις, βαθμολογώντας τη στάση του σε κάθε μία ερώτηση από 1 έως 9, ανάλογα με το αν συμφωνεί ή διαφωνεί με τη «διαπίστωση». Είναι αρκετά εύκολο στη συμπλήρωσή του και δεν απαιτεί ιδιαίτερα σημαντικό χρόνο. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων σε μια εννιάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η βαθμολόγηση του DSQ παρέχει ένα μεγάλο πλήθος πληροφοριών. Αρχικά δίνει ένα «Προφίλ Άμυνας» (Defense Style), δίνει δηλαδή ένα μέτρο του πώς γενικά αντιδρά ένα άτομο. Τα Defensive Styles που καταλήγει είναι τέσσερα (Bond και συν. , 1983; Bond, 1992; Bond, και συν. , 2004):

1. Το «**Δυσπροσαρμοστικό**» **Προφίλ (Maladaptive Action Defense style)**, το οποίο αποκαλύπτει την αδυναμία των συμμετεχόντων να διαχειριστούν τις ενορμήσεις τους και την κινητοποίηση λιγότερο ανώριμων αμυντικών μηχανισμών όπως: Απόσυρση (Withdrawal), Παλινδρόμηση (Regression), Εκδραμάτιση (Acting Out), Αναστολή (Inhibition), Παθητικό- επιθετικότητα (Passive aggressiveness), Προβολή (Projection).

2. **Το προφίλ της «Διαστρέβλωσης της Αναπαράστασης» (Image Distorting Defense Style)** το οποίο υποδηλώνει υποκείμενη Ναρκισσιτική ή και Οριακή Οργάνωση της προσωπικότητας. Τα άτομα με αυτό το προφίλ διαχωρίζουν την Εικόνα του εαυτού τους και των άλλων σε «καλή» και «κακή». Οι αμυντικοί μηχανισμοί αυτής της κατηγορίας είναι: Παντοδυναμία (Omnipotence), Σχάση (Splitting) και Αρχέγονη Εξιδανίκευση (Primitive Idealization).
3. **Το προφίλ της «Αυτοθυσίας» (Self-sacrificing Defense Style)** το οποίο απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα ενός καλού και ευγενικού ατόμου που παρέχει βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δεν θυμώνει. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι άμυνες: Ψευδοαλtruϊσμός (Pseudo-altruism), Σχηματισμός εξ' αντιδράσεως (Reaction-formation).
4. **Το «Προσαρμοστικό» προφίλ (Adaptive Action Defense Style)**, όπου επικρατούν οι περισσότερο ώριμοι μηχανισμοί: Καταστολή (Suppression), Μετουσίωση (Sublimation), Χιούμορ (Humor).

Σε δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, το DSQ δίνει την δυνατότητα να αναλυθούν συνολικά 25 επιμέρους μηχανισμοί άμυνας ξεχωριστά.

Το ερωτηματολόγιο DSQ έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά κατόπιν της σχετικής άδειας με τη μέθοδο της αμφίδρομης μετάφρασης (back - translation) και χορηγήθηκε σε δείγμα 984 ατόμων του προσωπικού του νοσοκομείου, σε 1084 σωματικά ασθενείς διαφόρων κλινικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και 240 ψυχικά ασθενείς της Ψυχιατρικής κλινικής του ΠΠΓΝΙ (Hyphantis, 2010). Για τον έλεγχο της επαναληπτικής του αξιοπιστίας χορηγήθηκε δύο φορές σε 163 τελειόφοιτους φοιτητές Ιατρικής, με μεσοδιάστημα δύο μηνών. Για τον έλεγχο των επιμέρους πλευρών της εγκυρότητας χορηγήθηκαν ταυτόχρονα τα ερωτηματολόγια Symptom Distress Check List-90-R και MMPI - Ego Strength. Η παραγοντική ανάλυση ταυτοποίησε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι στην πλειονότητά τους συγκροτούν και τους παράγοντες της πρωτότυπης έκδοσης, ενώ

οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους βρέθηκαν να είναι συμβατές με το ιεραρχικό μοντέλο αμυντικής λειτουργίας που αποτελεί τη βάση της θεωρητικής κατασκευής του ερωτηματολογίου. Οι παράγοντες έδειξαν πολύ υψηλούς και στατιστικά σημαντικούς συντελεστές Επαναληπτικής αξιοπιστίας (0.88, 0.81, 0.77, και 0.81, αντίστοιχα), Ικανοποιητική Εσωτερική Συνοχή έδειξε το «Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ» και το «Προφίλ Αυτοθυσίας» και λιγότερο ικανοποιητική αλλά αποδεκτή το «Προσαρμοστικό Προφίλ» και το «Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας» (Cronbach Alpha: 0.82, 0.76, 0.68, και 0.66 αντίστοιχα). Ο συνυπολογισμός σε ορισμένα αμυντικά προφίλ και άλλων συναφών με αυτά μηχανισμών άμυνας, πέραν αυτών της αρχικής έκδοσης, ενίσχυσε την εσωτερική συνοχή τους στο Ελληνικό δείγμα. Η «ισχύς του Εγώ» (MMPI – EgS) έδειξε θετική συσχέτιση με το «Προσαρμοστικό Προφίλ» ( $p < 0.001$ ) και βαθμιαία αρνητική με τα υπόλοιπα ( $p < 0.00001$ ), όπως θεωρητικά αναμένεται. Το «Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ» μπορούσε ευχερώς να διακρίνει τον πληθυσμό των ψυχιατρικά ασθενών από τους υγιείς ( $p < 0.00001$ ), ενώ οι τελευταίοι έδειξαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στο «Προσαρμοστικό Προφίλ» ( $p < 0.001$ ). Οι κλίμακες εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (GHQ – 28 και SC L- 90 – R) βρέθηκε να σχετίζονται θετικά και σημαντικά με τα τρία «ανώριμα Προφίλ» και αρνητικά με το «Προσαρμοστικό».

Συμπερασματικά, η χρήση της Ελληνικής Έκδοσης του DSQ αποδεικνύεται ένα αξιόπιστο, έγκυρο και χρήσιμο μέσο για την εκτίμηση της ανάπτυξης και λειτουργίας του «Εγώ» μέσω της αμυντικής οργάνωσης, προσφέροντας παράλληλα σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά στους ασθενείς με περιορισμένες δυνατότητες διαχείρισης του άγχους. Το Defense Style Questionnaire έχει χρησιμοποιηθεί και σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως σε καρκινοπαθείς (Beresford και συν. 2006), σε ασθενείς με γαστρεντερολογικές παθήσεις (Hyphantis και συν. 2005), σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Hyphantis και συν. 2006), με σκληρόδερμα (Hyphantis και συν. 2007), και σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική νόσο (Hyphantis και συν. 2009).

#### **3.2.2.2.4. Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-FACES III) (Ollson DH. 1985)**

Πρόκειται για την τρίτη έκδοση ενός ερευνητικού εργαλείου που αξιολογεί την προσαρμοστικότητα και τη συνοχή του οικογενειακού συστήματος και απευθύνεται σε όλες τις οικογένειες, ανεξάρτητα από τη δομή τους και το στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Η χρησιμότητά της εντοπίζεται, κυρίως, στον διαχωρισμό των οικογενειακών συστημάτων- όσον αφορά τη συνοχή και προσαρμοστικότητά τους- σε λειτουργικά και μη λειτουργικά και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής διαδικασίας (Olson, 2000). Το FACES έχει χρησιμοποιηθεί έως σήμερα για διαφορετικούς σκοπούς:

- I. Για τη διάκριση διαφορετικών τύπων εφήβων που έκαναν χρήση ουσιών, αντιμετώπιζαν προβλήματα αλκοολισμού, παρουσίαζαν ψυχοσωματικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς ή εφήβων των οποίων οι γονείς είχαν ξαναπαντρευτεί.
- II. Για την αξιολόγηση της επίδρασης της δυσλειτουργικότητας μιας οικογένειας στη σχολική επίδοση εφήβων που εκδήλωναν συμπτώματα κατάθλιψης, ψυχογενούς βουλιμίας και ανορεξίας ή είχαν τάσεις αυτοκτονίας, άγχος ή φοβίες.

Στην Ελλάδα, η κλίμακα FACES έχει χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς σκοπούς, όπως για να διαπιστωθεί η επίδραση της λειτουργικότητας της οικογένειας σε εφήβους με παραβατική συμπεριφορά (Παπαγεωργίου, 2003) και σε μητέρες με προβλήματα ψυχικής υγείας (Μπίμπου-Νάκου, Στογιαννίδου & Κιοσέογλου, 2000), να καταγραφούν οι αντιλήψεις εξαρτημένων ατόμων και των γονέων τους σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειάς τους (Παπάδη, 2006) και να γίνει σύγκριση της συνοχής και προσαρμοστικότητας των οικογενειών με και χωρίς παιδιά με σοβαρές αναπηρίες (Tsibidaki & Tsampanli, 2009).

Η κλίμακα FACES III έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (Παπαγεωργίου, 1997) και έχει σταθμιστεί σε δείγμα παιδιών ηλικίας 12-18 ετών και των μητέρων τους (Μπίμπου και συν. 2002). Είναι μία κλίμακα αυτό-αναφοράς και ένα εύκολο- όσον αφορά τη χορήγηση και τη βαθμολογία του- εργαλείο. Μπορεί να χορηγηθεί είτε ατομικά σε κάθε μέλος της οικογένειας είτε ομαδικά στα πλαίσια μιας συμβουλευτικής συνεδρίας.

Η κλίμακα FACES III αποτελείται από 20 ερωτήματα, τα οποία αξιολογούν την εκτίμηση των μελών της οικογένειας για τη λειτουργία της. Δέκα από αυτά αναφέρονται στην προσαρμοστικότητα (ερωτ. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) και δέκα στη συνοχή της οικογένειας (ερωτ. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Η κλίμακα απαντάται δύο φορές. Την πρώτη φορά οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν για τον τρόπο που λειτουργεί η οικογένειά τους στο παρόν και να δηλώσουν έτσι την εκτίμηση που προσλαμβάνουν από την πραγματική κατάσταση. Τη δεύτερη φορά το άτομο απαντά με βάση το πώς θα επιθυμούσε να λειτουργεί η οικογένεια του, εκφράζοντας την ιδεατή του εκτίμηση. Η διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις δύο εκτιμήσεις υποδεικνύει το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειάς του (Olson και συν. , 1985). Η καταγραφή των απαντήσεων γίνεται με τη χρήση μιας 5βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, όπου ο κάθε βαθμός αντιστοιχεί με συγκεκριμένη απάντηση (1= σχεδόν ποτέ, 2= πού και πού, 3= μερικές φορές, 4= συχνά και 5= σχεδόν πάντα).

Η **Συνοχή** αναφέρεται στο επίπεδο της προσκόλλησης και του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ των μελών της οικογένειας. Υπάρχουν τέσσερα βαθμιαία επίπεδα στη διάσταση της **Συνοχής** που αντιστοιχούν σε τέσσερις τύπους οικογένειας και που διευρύνονται ως εξής:

- Πολύ χαμηλό επίπεδο συνοχής: **Η αποσύνδεση (διασπασμένος τύπος)**
- Χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο συνοχής: **Η διάσταση (χωρισμένος τύπος)**
- Μεσαίο έως υψηλό επίπεδο συνοχής: **Η σύνδεση (συνδεδεμένος τύπος)**

- Πολύ υψηλό επίπεδο συνοχής: **Η μη διαφοροποίηση - παγίδευση (πολύ συνδεδεμένος τύπος)**

Η **Προσαρμοστικότητα** αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας να αλλάζει τη δομή της, τους ρόλους και τις σχέσεις της με στόχο την προσαρμογή της σε ποικίλες περιστασιακές στρεσογόνες καταστάσεις. Και αυτή η διάσταση αποτελείται από τέσσερα επίπεδα που αντιστοιχούν σε τέσσερις τύπους οικογένειας και διευρύνονται ως εξής:

- Πολύ χαμηλό επίπεδο ευκαμψίας: **Το άκαμπτο (άκαμπτος τύπος)**
- Χαμηλό έως μεσαίο επίπεδο ευκαμψίας: **Το δομημένο (δομημένος τύπος)**
- Μεσαίο έως υψηλό επίπεδο ευκαμψίας: **Το εύκαμπτο (ευέλικτος τύπος)**
- Πολύ υψηλό επίπεδο ευκαμψίας: **Το πολύ ευέλικτο (πολύ ευέλικτος τύπος)**

Τα δύο κεντρικά επίπεδα **Συνοχής** και **Προσαρμοστικότητας** είναι τα λειτουργικά.

Τα ακραία (μη ισορροπημένα) επίπεδα (άκαμπτα - χαοτικά) θεωρούνται δυσλειτουργικά για τις οικογένειες.

Τέλος, διακρίνονται τέσσερις τύποι οικογένειας με βάση τη γενική λειτουργικότητα της οικογένειας όπως αυτή προκύπτει από την εκτίμηση της **Συνοχής** και της **Προσαρμοστικότητας** που παρουσιάζει που διευρύνονται ως εξής:

- **Μη-ισορροπημένη οικογένεια**
- **Μέτρια ισορροπημένη οικογένεια**
- **Μέσου εύρους ισορροπημένη οικογένεια**
- **Ισορροπημένη οικογένεια**

Οι οικογένειες μέσου εύρους και ισορροπημένου τύπου είναι λειτουργικότερες (Παπαδή Μ. 2006)

### **3.2.2.2.5. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)(Caine και συν. 1967)**

Το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ), κατασκευάστηκε από τους Caine, Foulds και Hope (1967) και εκτιμά την εχθρότητα - επιθετικότητα του υποκειμένου και δίνει έμφαση στον τρόπο που το άτομο βιώνει την επιθετικότητα, όταν ματαιώνεται. Ειδικότερα, αξιολογεί το βαθμό ετοιμότητας για εκδήλωση εχθρικής συμπεριφοράς, η οποία δεν αναφέρεται στην άσκηση σωματικής βίας, αλλά στη διαμόρφωση είτε επικριτικής στάσης απέναντι στους άλλους (εξωστρεφής επιθετικότητα) είτε απέναντι στον εαυτό (εσωστρεφής επιθετικότητα). Αποτελείται από 52 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται σε 5 επιμέρους υποκλίμακες:

- 1) **παρορμητική επιθετικότητα (Acting Out Hostility)**
- 2) **παρανοειδής επιθετικότητα (Delusional Hostility)**
- 3) **επίκριση των άλλων (Criticism of Others)**
- 4) **αυτο-επίκριση (Self Criticism)**
- 5) **παραληρηματική ενοχή (Quilt)**

Η εκδήλωση παρορμητικής και παρανοειδούς επιθετικότητας, καθώς και η επίκριση των άλλων αφορούν στην εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις τιμωρητικότητας, ενώ η αυτο-επίκριση και η παραληρηματική ενοχή αφορούν στην ενδοστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας Ναι ή Όχι αντίστοιχα. Η άθροιση της βαθμολογίας στις 5 υποκλίμακες υποδηλώνει το βαθμό συνολικής επιθετικότητας, για τον οποίο ως σημείο αποκοπής έχει οριστεί, σύμφωνα με μελέτες υγιών, το 12 ως 14. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των μετρήσεων στον Ελληνικό πληθυσμό έχει υποστηριχθεί στα πλαίσια διαφόρων μελετών, οι οποίες αφορούν δείγμα υγιών

(Economou & Angelopoulos, 1989), καθώς και δείγμα σωματικά και ψυχιατρικά ασθενών (Drosos, Angelopoulos, Liakos & Moutsopoulos, 1989) (Lyketsos, Blackburn & Tsiantis, 1978, Hyphantis και συν. 2005, Hyphantis και συν. 2006, Hyphantis και συν. 2007).

### **3.3. Διαδικασία Χορήγησης των ερωτηματολογίων**

Οι εξεταζόμενοι και οι γονείς τους πληροφορήθηκαν το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας και τη δυνατότητα συμμετοχής τους σε αυτή. Στη συνέχεια, ενημερώθηκαν για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων και του απόρρητου χαρακτήρα των προσωπικών πληροφοριών.

Εφόσον δήλωσαν ότι επιθυμούν να συμμετέχουν, οι εξεταζόμενοι ενημερώθηκαν σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ενώ προγραμματίστηκε και μια επόμενη συνάντηση για τυχόν διευκρινίσεις, καθώς και για την επιστροφή του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

Δεδομένης της διαφορετικής φύσης των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν για την παρούσα έρευνα, απαραίτητη ήταν και η διαφορετική διαδικασία χορήγησης για το κάθε ερωτηματολόγιο χωριστά.

Έτσι τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν ως εξής :

#### **3.3.1. Χορήγηση των ΠΑΤΕΜ I, II, III, IV. (Self-Perception Profile for Children -SPPC)**

Χορήγηση του ΠΑΤΕΜ I (μαθητές της Α', Β', Γ' τάξης του Δημοτικού Σχολείου) δεν πραγματοποιήθηκε καθώς κανένα από τα ασθενή παιδιά του δείγματός μας δεν ανήκε στην αντίστοιχη ηλικιακή ομάδα. Στη χορήγηση των ΠΑΤΕΜ II (μαθητές της Δ', Ε', ΣΤ' τάξης του Δημοτικού Σχολείου), III (μαθητές Γυμνασίου) και IV (μαθητές Λυκείου), ο μαθητής συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο ατομικώς. Η εξέταση απαιτούσε περίπου 20-25 λεπτά παρουσία του εξεταστή. Αν και ο τρόπος



συμπλήρωσης εξηγείτο λεπτομερώς στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, ήταν σκόπιμη η από κοινού με το παιδί ή τα παιδιά επεξεργασία μιας τυχαίας ερώτησης.

Στο σημείο αυτό, τονίστηκε στα παιδιά ότι δεν πρόκειται για εργασία ή εξέταση και ότι η ειλικρίνεια των απαντήσεων τους είχε ιδιαίτερη σημασία.

### **3.3.2. Χορήγηση του CDI ( Ερωτηματολόγιο παιδικής κατάθλιψης)**

Η χορήγηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στα παιδιά συνοδευόμενο από σημείωμα του υπεύθυνου ιατρού που εξηγούσε τη φύση του ερωτηματολογίου και ζητούσε την συμπλήρωση και επιστροφή του στην ερευνήτρια κατά την επόμενη συνάντησή τους. Έτσι, δόθηκε λεπτομερής περιγραφή του ερωτηματολογίου και οδηγίες για τη συμπλήρωσή του και ορίστηκε η επιστροφή του στην ερευνήτρια σε προκαθορισμένο χρόνο και σε προγραμματισμένη συνάντησή τους.

### **3.3.3. Χορήγηση του SDQ (Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών)**

Το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΕΔΔ) χορηγήθηκε σε γονείς και εκπαιδευτικούς αφού περιεγράφηκε λεπτομερώς και εξηγήθηκε ο τρόπος συμπλήρωσής του. Στη συνέχεια ορίστηκε η επιστροφή του στην ερευνήτρια σε προκαθορισμένο χρόνο και σε προγραμματισμένη συνάντησή τους.

### **3.3.4. Χορήγηση του GHQ-28 (Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28) :**

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους γονείς των παιδιών από την ερευνήτρια συνοδευόμενο από σημείωμα του υπεύθυνου ιατρού που εξηγούσε τη φύση του ερωτηματολογίου και ζητούσε τη συμπλήρωση και επιστροφή του στην ερευνήτρια κατά την επόμενη συνάντησή τους. Ο τρόπος της συγκεκριμένης χορήγησης αυξάνει το ποσοστό συμπλήρωσης και επιστροφής του ερωτηματολογίου στο 95%, ενώ οι

εξεταζόμενοι είναι συνήθως ειλικρινείς στην παραδοχή των συμπτωμάτων (Goldberg D και συν. 1988)

### **3.3.5. Χορήγηση του DSQ ( Ερωτηματολόγιο Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ)**

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε με τον ίδιο τρόπο όπως και το GHQ-28, αφού έχουν περίπου την ίδια μορφή. Στην πρώτη σελίδα αναφέρονται λεπτομερώς οι οδηγίες συμπλήρωσης οι οποίες περιγράφονταν και εγγράφως από το σημείωμα του ιατρού αλλά και προφορικά από την ερευνήτρια που το διένειμε και στην οποία επεστράφη ύστερα από προγραμματισμένη συνάντηση.

### **3.3.6. Χορήγηση του HDHQ (Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας)**

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους γονείς των παιδιών από την ερευνήτρια και συμπληρώθηκε με τρόπο παρόμοιο, όπως τα ερωτηματολόγια DSQ και GHQ. Δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες συμπλήρωσης και επεστράφη στον φάκελο μαζί με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια.

### **3.3.7. Χορήγηση του FACES III (Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας)**

Το ερωτηματολόγιο FACES III χορηγήθηκε στους γονείς, ύστερα από λεπτομερή περιγραφή του περιεχομένου του και του σκοπού που εξυπηρετεί και ζητήθηκε η πλήρης και προσεκτική συμπλήρωσή του καθώς και η έγκαιρη επιστροφή του στην υπεύθυνη συλλογής του υλικού.

Όλα τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν τοποθετήθηκαν σε φάκελο με πλήρεις έντυπες οδηγίες συμπλήρωσης, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι όποιες παρανοήσεις μπορεί να προέκυπταν κατά την προφορική περιγραφή και καθοδήγηση συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Με τον τρόπο αυτό συλλέχθηκε το απαραίτητο για την έρευνα υλικό σε ό,τι αφορούσε στο δείγμα σύγκρισης.

Στη συνέχεια τα ίδια αντίστοιχα ερωτηματολόγια και με τον ίδιο τρόπο χορηγήθηκαν σε παιδιά υγιή, στους γονείς τους και τους εκπαιδευτικούς τους, οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου της μελέτης μας με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού που προαναφέρθηκαν κατά την περιγραφή του δείγματος.

### 3.4. Θεραπεία και επανεκτίμηση

Στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την επανεκτίμηση υιοθετήθηκε μια συντηρητική στρατηγική διαχείρισης της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής (Romme και συν. 2010, Blanc 2010). Η στρατηγική αυτή αποτελείτο από εφησυχασμό του ασθενούς και της οικογένειας, αυξημένη κατανάλωση νερού και άλατος, επαναλαμβανόμενες διαδικασίες ανάκλισης με σκοπό την εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς και λεπτομερείς οδηγίες για την έγκαιρη αναγνώριση πρόδρομης συμπτωματολογίας και για κατάλληλες ασκήσεις πρόληψης των συγκοπτικών επεισοδίων.

Επίσης, παρασχέθηκε σε όλους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ψυχολογική υποστήριξη, και κυρίως στα παιδιά με συνολικό CDI σκορ που καταδείκνυε κλινικά σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα ( $CDI \geq 15$ ,  $n = 16$ ). Τα Υγιή παιδιά με σκορ  $CDI \geq 15$  ( $n = 6$ ) παραπέμπονταν στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝΙ. Φαρμακευτική αγωγή σε γενικές γραμμές προορίζεται μόνο για ασθενείς με ανθεκτική συμπτωματολογία νευροκαρδιογενούς συγκοπής, αλλά τέτοιες περιπτώσεις δεν υπήρξαν στο δείγμα της μελέτης μας.

Δύο έτη μετά και εφόσον είχε μεσολαβήσει η προαναφερθείσα διαχείριση των Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών Επεισοδίων στα ασθενή παιδιά, επαναλήφθηκε η ίδια διαδικασία εξέτασης του δείγματος, όπως στην πρώτη φάση της μελέτης.

Έτσι, διενεργήθηκε εκ νέου ημιδομημένη κλινική συνέντευξη αλλά και χορήγηση των ίδιων εργαλείων.

Και σε αυτή τη φάση οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων (Ομάδα σύγκρισης και Ομάδα ελέγχου) υπέγραψαν έγγραφη συγκατάθεση, ενώ τονίστηκε ιδιαίτερα η σπουδαιότητα του εγχειρήματος και η απόρρητη φύση της έρευνας.

Από τους 45 ασθενείς του δείγματος σύγκρισης στην πρώτη φάση, οι 36 (80%) προσήλθαν σε επανεκτίμηση (follow up), ενώ από το δείγμα ελέγχου σχετικά αντίστοιχο ποσοστό ( $p = 0.78$ ) (38/45, 84.4%) με εκείνο των ασθενών έλαβαν μέρος στην επανεκτίμηση 2 έτη μετά.

Η μη συμμετοχή των ασθενών στη φάση του follow up (n=9) οφειλόταν σε μετακόμισή τους σε άλλη πόλη. Σε σύγκριση με εκείνους που συμμετείχαν και στις δύο φάσεις της μελέτης, όσοι δεν συμμετείχαν στη δεύτερη φάση δεν διέφεραν ως προς το φύλλο, τον αριθμό των συγκοπτικών επεισοδίων και τους ψυχολογικούς παράγοντες κατά την πρώτη φάση της μελέτης ήταν, όμως, μεγαλύτεροι ( $16.7 \pm 0.5$  έναντι  $11.2 \pm 2.1$  έτη, αντίστοιχα  $p < 0.001$ ).

Όλα τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε σφραγισμένους φακέλους μέχρι την έναρξη της διαδικασίας βαθμολόγησης και αξιολόγησής τους.

### 3.5. Στατιστική επεξεργασία

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Social Package for Social Sciences 15.0 για τα Windows [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]).

Όλες οι τιμές αναφέρονται ως Μέσες Τιμές  $\pm$  Τυπικές Αποκλίσεις.

Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ του δείγματος των ασθενών και των υγιών στην πρώτη εκτίμηση εφαρμόστηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις σε όλες τις μεταβλητές της ψυχοπαθολογίας τους όπως επίσης και για τη σύγκριση του ψυχολογικού προφίλ των γονέων των ασθενών και υγιών παιδιών του δείγματος μέσω two-tailed t-test. Επειδή οι ίδιες ομάδες ή κατηγορίες συμμετέχουν σε περισσότερες από μία αναλύσεις και ήταν πιθανό να εκληφθούν ως στατιστικώς σημαντικές διαφορές για τυχαίους λόγους, αν και δεν είναι, κατά τις εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις εφαρμόσαμε τη διόρθωση Bonferroni, που λαμβάνει υπόψη τον αριθμό των συγκρίσεων κατά τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας.

Τα μεγέθη επίδρασης (effect sizes) αξιολογήθηκαν μέσω του τύπου του  $d$  – statistic του Cohen. Τιμές  $>0.4$  θεωρήθηκαν κλινικά σημαντικές, ενώ τιμές  $>0.8$  αντιπροσωπευτικές μεγάλου μεγέθους επίδρασης (Cohen και συν. 1992).

Μονοπαραγοντικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν επίσης για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ του δείγματος ασθενών και υγιών της μελέτης τόσο στη Φάση της πρώτης εκτίμησης όσο και στη φάση της επανεκτίμησης, με σημείο αποκοπής το 15 στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης (CDI), σημείο το οποίο θεωρείται ενδεικτικό κλινικά σημαντικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Giannakopoulos και συν. 2009) χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία  $\chi$  τετράγωνο ( $\chi^2$ ).

Οι παράγοντες που σχετίζονται ανεξάρτητα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση του Ερωτηματολογίου Παιδικής Κατάθλιψης (CDI) ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, παράμετροι των Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών

Επεισοδίων και στατιστικά σημαντικές μεταβλητές όπως προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις.

Η ύπαρξη πολυσυγγραμμικότητας ελέγχθηκε μέσω του Βαθμού Πληθωρικής Διακύμανσης (variance inflation factor - VIF) και του βαθμού ανοχής (tolerance) για μεμονωμένες μεταβλητές.

Η πορεία των καταθλιπτικών και άλλων ψυχολογικών παραμέτρων μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας σύγκριση ζευγών δειγμάτων (paired t-tests).

Καθώς προέκυψε ότι τόσο τα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια όσο και η καταθλιπτική συμπτωματολογία βελτιώθηκαν σημαντικά με την πάροδο των 2 ετών στο δείγμα των ασθενών, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των παραγόντων που σχετίζονταν με τη βελτίωση αυτή μέσω μονοπαραγοντικών αναλύσεων στο δείγμα των ασθενών χρησιμοποιώντας two-tailed t-tests, και Pearson's ή Spearman's συσχετίσεις, ενώ η Πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης (Multiple linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με μεταβολές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία μεταξύ πρώτης φάσης εκτίμησης και επανεκτίμησης, 2 έτη μετά την αρχική εκτίμηση των παιδιών.

Εξαρτημένη μεταβλητή αποτέλεσε η βελτίωση της τιμής του CDI μεταξύ της πρώτης φάσης εκτίμησης του δείγματος και της επανεκτίμησης του 2 έτη μετά. Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών βασίστηκε στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις. Για τη μοναδική συμβολή κάθε ομάδας ψυχολογικών παραγόντων στη διακύμανση της βελτίωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χρησιμοποιήθηκαν ιεραρχικά μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε με επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0.05$

## Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

### 4.1. Χαρακτηριστικά του δείγματος – Δημογραφικά Στοιχεία

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σύγκρισης και του δείγματος ελέγχου για τα παιδιά παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 45 παιδιά και έφηβοι με ιστορικό Νευροκαρδιογενούς συγκοπής και θετική δοκιμασία ανάκλισης (Head – up Tilt test) χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα ύποπτα για Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια. Από αυτά τα παιδιά, τα 23 (51.1%) ήταν κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 12,3 έτη (SD± 2.9) με το εύρος να κυμαίνεται από 9 έως 17 έτη.

Από τα 45 παιδιά που αποτελούσαν το δείγμα ελέγχου, τα 16 (35.6%) φοιτούσαν στις τάξεις Δ', Ε, ΣΤ' του Δημοτικού σχολείου, τα 17 (37.8%) στις τάξεις Α', Β', Γ' Γυμνασίου και τα 12 παιδιά (26.7%) στις τάξεις Α', Β', Γ', Λυκείου.

Το δύο δείγματα (δείγμα σύγκρισης και δείγμα ελέγχου) ήταν απόλυτα σταθμισμένα ως προς το φύλο και την ηλικία αλλά και ως προς τη βαθμίδα εκπαίδευσης.

**Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά Δείγματος παιδιών**

	Ασθενείς (N=45)	Υγιείς (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή Ν (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή Ν (%)	<i>d</i> <sup>(1)</sup>	<i>p</i>
Ηλικία	12.3 ± 2.9	12.5 ± 2.6	-0.072	.678 <sup>(2)</sup>
Φύλο: θήλυ	23 (51.1%)	23 (51.1%)	0.000	1.000 <sup>(3)</sup>
<b>Σχολική Βαθμίδα</b>				
Δημοτικό Σχολείο Δ', Ε', ΣΤ'	16 (35.6%)	16 (35.6%)	0.000	1.000 <sup>(3)</sup>
Γυμνάσιο Α', Β', Γ'	17 (37.8%)	17 (37.8%)		
Λύκειο Α', Β', Γ'	12 (26.7%)	12 (26.7%)		

(1): Cohen's *d* as effect size; (2): Two-tailed *t*-test; (3): chi-square test;



Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σύγκρισης και του δείγματος ελέγχου για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

**Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος γονέων – εκπαιδευτικών**

	Γονείς Ασθενών (N=45)	Γονείς Υγιών (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	<i>d</i> <sup>(1)</sup>	<i>p</i>
<b>Ηλικία</b>	41.2 ± 4.8	41.4 ± 6.3		.880 <sup>(2)</sup>
<b>Φύλο: θήλυ</b>	34 (75.6%)	38 (84.4%)	-0.310	.292 <sup>(3)</sup>
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>				
Απόφοιτος Δημοτικού	3 (6.7%)	2 (4.4%)	-0.153	.769 <sup>(3)</sup>
Απόφοιτος Λυκείου	25 (55.6%)	23 (51.1%)		
Απόφοιτος ΑΕΙ ή ΤΕΙ	17 (37.8%)	20 (44.4%)		
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Έγγαμος/η	43 (95.6%)	41 (91.1%)	-0.126	.592 <sup>(3)</sup>
Διαζευγμένος/η	1 (2.2%)	3 (6.7%)		
Σε κατάσταση χηρείας	1 (2.2%)	1 (2.2%)		

(1): Cohen's *d* as effect size; (2): Two-tailed t-test; (3): chi-square test;

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σύγκρισης για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των ασθενών που εξετάστηκαν, οι 34 (75,6%) από τους γονείς που εξετάστηκαν ήταν γυναίκες, ενώ από τους εκπαιδευτικούς που εξετάστηκαν οι 35 (77,8%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων ήταν 41,24 έτη (SD±4,83). Από τους γονείς των ασθενών, 43 (95,6%) ήταν έγγαμοι, 1 (2,2%) διαζευγμένος και 1 (2,2%) σε κατάσταση χηρείας, ενώ για το σύνολο των γονέων των ασθενών 4 (8,9%) ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, 3 εκ των οποίων (6,7% του δείγματος) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Από τους 45 γονείς των ασθενών

παιδιών 2 γονείς (4,4%) δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί ψυχίατρο, χωρίς κανένας από αυτούς, όμως, να λαμβάνει αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή.

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος ελέγχου για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των υγιών που εξετάστηκαν, οι 38 (84,4%) γονείς ήταν γυναίκες, ενώ από τους εκπαιδευτικούς που εξετάστηκαν οι 31 (68,9%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων ήταν 41,42 έτη ( $SD \pm 6,26$ ). Από τους γονείς των υγιών που εξετάστηκαν, 41 (91,1%) ήταν έγγαμοι, 3 γονείς (6,7%) διαζευγμένοι και 1 (2,2%) σε κατάσταση χηρείας, ενώ για το σύνολο των γονέων των υγιών, 6 (13,3%) ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο, 4 εκ των οποίων (8,9% του δείγματος) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή. Από τους 45 γονείς των υγιών παιδιών κανείς δεν είχε επισκεφθεί ψυχίατρο.

Τα ασθενή παιδιά παρουσίασαν  $2.4 \pm 1.2$  Συγκοπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια μιας περιόδου  $12 \pm 12$  μήνες πριν την αξιολόγηση. Όλα ήταν ελεύθερα φαρμακευτικής αγωγής και δεν παρουσίαζαν οποιαδήποτε συννοσηρότητα με άλλες παθήσεις. Δεν είχαν, επίσης, επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο πριν την έναρξη της παρούσας έρευνας. Τέλος, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπήρξε στα δημογραφικά στοιχεία των γονέων – κηδεμόνων ανάμεσα στα δύο δείγματα.

Από τους 45 ασθενείς του δείγματος σύγκρισης στην πρώτη φάση, οι 36 (80%) προσήλθαν σε επανεκτίμηση (follow up), ενώ από το δείγμα ελέγχου σχετικά αντίστοιχο ποσοστό ( $p = 0.78$ ) (38/45, 84.4%) με εκείνο των ασθενών έλαβαν μέρος στην επανεκτίμηση 2 έτη μετά.

Η μη συμμετοχή των ασθενών στη φάση του follow up ( $n=9$ ) οφειλόταν σε μετακόμισή τους σε άλλη πόλη, η οποία οφειλόταν στην αποφοίτησή τους. Σε σύγκριση με εκείνους που συμμετείχαν και στις δύο φάσεις της μελέτης, όσοι δεν συμμετείχαν στη δεύτερη φάση δεν διέφεραν ως προς το φύλλο, τον αριθμό των συγκοπτικών επεισοδίων και τους ψυχολογικούς παράγοντες κατά την πρώτη φάση της μελέτης ήταν, όμως, μεγαλύτεροι ( $16.7 \pm 0.5$  έναντι  $11.2 \pm 2.1$  έτη, αντίστοιχα  $p < 0.001$ ).

## 4.2. Καταθλιπτικά συμπτώματα και σχετιζόμενοι παράγοντες κατά τη φάση της πρώτης εκτίμησης

Κατά την πρώτη φάση της εκτίμησης, σε σύγκριση με τους υγιείς, οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια παρουσίασαν υψηλότερα ( $p < 0.008$ ) σκορ στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης (**Πίνακας 4**).

Επιπροσθέτως, περισσότεροι ( $N=16$ , 35.6%) ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς ( $N=6$ , 13.3%) είχαν σκορ στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης  $\geq 15$  ( $\chi^2=6.02$ ,  $df=1$ ,  $p=0.014$ ), το οποίο καταδεικνύει κλινικά σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δήλωσαν χειρότερη ( $p=0.05$ ) σχέση με τους γονείς τους σε σύγκριση με τους υγιείς (**Πίνακας 4**).

**Πίνακας 4. Δριμύτητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ΠΑΤΕΜ και FACES III**

	Ασθενείς (N=45)	Υγιείς (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	$d^{(1)}$	P
<b>Συνολικό CDI σκορ</b>	11.9 ± 7.7	7.9 ± 5.9	0.583	<b>.008</b> <sup>(2)</sup>
Σχολική Ικανότητα <sup>(3)</sup>	3.0 ± 0.8	3.1 ± 0.7	-0.133	.802 <sup>(2)</sup>
Σχέση με του συνομηλίκους <sup>(3)</sup>	3.4 ± 0.6	3.2 ± 0.6	0.333	.115 <sup>(2)</sup>
<b>Σχέση με τους γονείς<sup>(3)</sup></b>	2.4 ± 0.7	2.8 ± 0.6	-0.614	<b>.050</b> <sup>(2)</sup>
Αθλητική Ικανότητα <sup>(3)</sup>	3.3 ± 0.5	3.1 ± 0.7	0.329	.078 <sup>(2)</sup>
<b>Φυσική εμφάνιση<sup>(3)</sup></b>	3.2 ± 0.7	2.8 ± 0.6	0.614	<b>.009</b> <sup>(2)</sup>
Διαγωγή - Συμπεριφορά <sup>(3)</sup>	3.1 ± 0.7	3.0 ± 0.5	0.164	.637 <sup>(2)</sup>
Οικογενειακή Συνοχή <sup>(4)</sup>	4.6 ± 2.3	5.0 ± 2.0	-0.185	.361 <sup>(2)</sup>
Οικογενειακή Προσαρμοστικότητα <sup>(4)</sup>	4.0 ± 2.0	4.3 ± 1.8	-0.158	.514 <sup>(2)</sup>

(1): Cohen's d as effect size; (2): Two-tailed t-test; (3): Based on SPPC; (4): Based on FACES-III;

Το ψυχολογικό προφίλ των γονέων ήταν όμοιο στις δυο ομάδες παιδιών (Πίνακας 5) καθώς δεν βρέθηκε να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε καμία από τις ψυχολογικές διαστάσεις που μελετήθηκαν.

**Πίνακας 5. Το ψυχολογικό Προφίλ των γονέων του δείγματος ελέγχου και του δείγματος σύγκρισης**

	Ασθενείς (N=45)	Υγιείς (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	<i>d</i> <sup>(1)</sup>	<i>p</i>
GHQ-28 <sup>(3)</sup> Ψυχολογική Καταπόνηση	43.5 ± 7.3	45.3 ± 8.0	-0.235	.272 <sup>(2)</sup>
HDHQ <sup>(4)</sup> Συνολική Επιθετικότητα	14.6 ± 6.0	14.9 ± 7.1	-0.045	.849 <sup>(2)</sup>
HDHQ <sup>(4)</sup> Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	10.1 ± 4.2	9.5 ± 4.6	0.136	.493 <sup>(2)</sup>
HDHQ <sup>(4)</sup> Εσωστρεφόμενη Επιθετικότητα	7.6 ± 4.6	8.9 ± 5.4	-0.259	.220 <sup>(2)</sup>
DSQ <sup>(5)</sup> Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ	115.7 ± 30.0	118.9 ± 32.8	-0.102	.633 <sup>(2)</sup>
DSQ <sup>(5)</sup> Διαστρέβλωση της εικόνας	48.8 ± 16.9	47.6 ± 16.9	0.071	.743 <sup>(2)</sup>
DSQ <sup>(5)</sup> Προφίλ Αυτοθυσίας	35.1 ± 9.8	35.4 ± 8.8	-0.032	.848 <sup>(2)</sup>
DSQ <sup>(5)</sup> Προσαρμοστικό Προφίλ	41.2 ± 4.8	41.4 ± 6.2	-0.036	.773 <sup>(2)</sup>

(1): Cohen's *d* as effect size; (2): Two-tailed *t*-test; (3): Based on parents' responses to GHQ-28; (4): Based on parent's responses to HDHQ; (5): Based on parent's responses to DSQ

Η γνώμη των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους ήταν όμοια στις δύο ομάδες παιδιών (Πίνακας 6α).

**Πίνακας 6α Η γνώμη των γονέων για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και των υγιών παιδιών**

	Ασθενείς (N=45)	Υγιείς (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	<i>d</i> <sup>(1)</sup>	<i>p</i>
<b>Γνώμη των γονέων<sup>(3)</sup></b>				
Συνολικές Δυσκολίες	7.4 ± 4.7	7.4 ± 4.6	0.011	.974 <sup>(2)</sup>
Διαταραχές Συναισθημάτων	2.0 ± 1.4	2.2 ± 2.0	-0.116	.762 <sup>(2)</sup>
Διαταραχές Διαγωγής	1.9 ± 1.4	1.8 ± 1.2	0.077	.812 <sup>(2)</sup>
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση Προσοχής	2.4 ± 2.3	2.5 ± 2.6	-0.041	.932 <sup>(2)</sup>
Σχέση με συνομηλίκους	1.1 ± 1.4	1.0 ± 1.0	0.082	.536 <sup>(2)</sup>
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	8.5 ± 1.9	8.6 ± 1.5	-0.058	.696 <sup>(2)</sup>

(1): Cohen's *d* as effect size; (2): Two-tailed *t*-test; (3): Based on parents' responses to SDQ; (7): Based on teachers' responses to SDQ.

Αντιθέτως, από την εξέταση των εκπαιδευτικών προέκυψε ότι, σύμφωνα με τη γνώμη τους, οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια αντιμετώπιζαν περισσότερες Συνολικές Δυσκολίες ( $p=0.001$ ), περισσότερες Διαταραχές Συναισθημάτων ( $p=0.001$ ), περισσότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $p=0.001$ ) και χειρότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τους ( $p=0.002$ ) σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά (Πίνακας 6β).

Επιπλέον τα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπή, σύμφωνα με τη γνώμη των εκπαιδευτικών τους, είχαν λιγότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=0.001$ ) σε σχέση με τα υγιή παιδιά του δείγματος.

**Πίνακας 6β Η γνώμη των εκπαιδευτικών για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και των υγιών παιδιών**

	Ασθενείς (N=45)	Υγιείς (N=45)		
Μεταβλητές	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	Μέση τιμή±ΤΑ ή N (%)	$d^{(1)}$	$p$
Γνώμη των εκπαιδευτικών <sup>(3)</sup>				
Συνολικές Δυσκολίες	10.2 ± 6.1	6.1 ± 4.5	0.765	<b>.001</b> <sup>(2)</sup>
Διαταραχές Συναισθημάτων	3.5 ± 2.6	1.9 ± 1.7	0.728	<b>.001</b> <sup>(2)</sup>
Διαταραχές Διαγωγής	2.8 ± 2.2	1.4 ± 1.2	0.790	<b>.001</b> <sup>(2)</sup>
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση Προσοχής	2.1 ± 1.9	1.9 ± 2.2	0.097	.648 <sup>(2)</sup>
Σχέση με συνομηλίκους	1.8 ± 1.6	0.9 ± 1.1	0.655	<b>.002</b> <sup>(2)</sup>
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	9.8 ± 0.4	8.4 ± 1.7	1.134	<b>.001</b> <sup>(2)</sup>

(1): Cohen's d as effect size; (2): Two-tailed t-test; (3): Based on teachers' responses to SDQ.

Η μονοπαραγοντική ανάλυση κατέδειξε ότι η διάγνωση των Συγκοπτικών Επεισοδίων ( $p=0.005$ ), ο αριθμός των Συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0.011$ ), η κακή σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.041$ ), η φτωχή οικογενειακή συνοχή ( $p=0.002$ ) και η υιοθέτηση του Προφίλ Αυτοθυσίας από την πλευρά του γονέα ( $p=0.011$ ) σχετίζονταν σημαντικά με τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά κατά την αρχική εκτίμηση (**Πίνακας 7α**).

**Πίνακας 7α. Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά στο Σύνολο του Δείγματος κατά την πρώτη φάση της εκτίμησης (N=90)**

<b>Μονοπαραγοντικές Αναλύσεις</b>		
<b>Μεταβλητές</b>	<b>r<sup>(1)</sup></b>	<b>p</b>
Ηλικία παιδιού	-0.105	.327
Φύλο παιδιού (0=θήλυ; 1=άρρεν)	-0.201 <sup>(2)</sup>	.056
Νόσος (0=υγιείς; 1=ασθενείς με ΝΚΣ)	0.294 <sup>(2)</sup>	<b>.005</b>
Αριθμός συγκοπτικών επεισοδίων	0.266	<b>.011</b>
Σχέση με τους γονείς <sup>(3)</sup>	-0.269	<b>.041</b>
Οικογενειακή συνοχή <sup>(4)</sup>	-0.327	<b>.002</b>
Οικογενειακή Προσαρμοστικότητα <sup>(4)</sup>	.068	.523
Ηλικία Γονέα	-0.006	.953
Φύλο Γονέα	-0.043 <sup>(2)</sup>	.663
Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέα	-0.043	.689
Χρόνια νόσος γονέα	0.046	.669
Ψυχολογική επιβάρυνση Γονέα <sup>(5)</sup>	0.080	.454
Συνολική επιθετικότητα Γονέα <sup>(6)</sup>	0.153	.149
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα Γονέα <sup>(6)</sup>	0.141	.185
Εσωστρεφόμενη επιθετικότητα Γονέα <sup>(6)</sup>	0.103	.335
Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ Γονέα <sup>(7)</sup>	0.048	.651
Διαστρέβλωση της εικόνας Γονέα <sup>(7)</sup>	0.041	.701
Προφίλ αυτοθυσίας Γονέα <sup>(7)</sup>	0.269	<b>.011</b>
Προσαρμοστικό Προφίλ Γονέα <sup>(7)</sup>	-0.037	.733

(1): Pearson's or Spearman's correlations, as appropriate; (2): correlations based on two-tailed t-tests; (3) Based on the Self-Perception Profile for Children (SPPC); (4): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III); (5): Based on the General Health Questionnaire total score; (6): Based on the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire; (7): Based on the Defense Style Questionnaire.

Με εξαίρεση το Προφίλ Αυτοθυσίας των γονέων, οι ίδιες μεταβλητές συσχετίστηκαν με την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (Πίνακας 7β).

**Πίνακας 7β Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά στο Σύνολο του Δείγματος κατά την πρώτη φάση της εκτίμησης (N=90)**

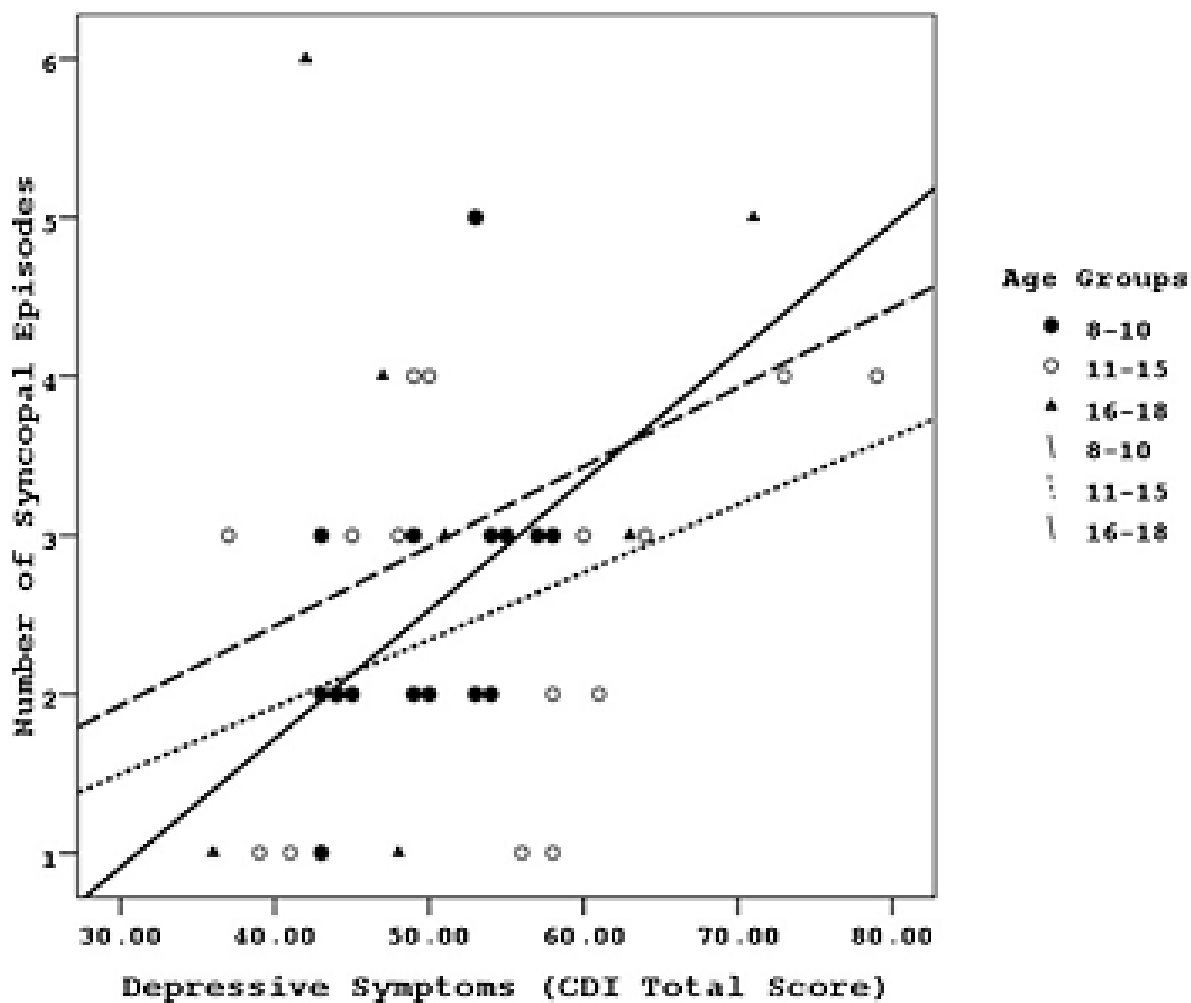
	Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης	
Μεταβλητές	<b>b</b> <sup>(1)</sup>	p
Ηλικία παιδιού	-0.022	<b>.817</b>
Φύλο παιδιού (0=θήλυ; 1=άρρεν)	-0.120	<b>.206</b>
Νόσος (0=υγιείς; 1=ασθενείς με ΝΚΣ)	0.212	.030
Αριθμός συγκοπτικών επεισοδίων	0.198	.036
Σχέση με τους γονείς <sup>(2)</sup>	-0.195	.045
Οικογενειακή συνοχή <sup>(3)</sup>	-0.329	.001
Οικογενειακή Προσαρμοστικότητα <sup>(3)</sup>	-	-
Ηλικία Γονέα	-	-
Φύλο Γονέα	-	-
Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέα	-	-
Χρόνια νόσος γονέα	-	-
Ψυχολογική επιβάρυνση Γονέα <sup>(4)</sup>	-	-
Συνολική επιθετικότητα Γονέα <sup>(5)</sup>	-	-
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα Γονέα <sup>(5)</sup>	-	-
Εσωστρεφόμενη επιθετικότητα Γονέα <sup>(5)</sup>	-	-
Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ Γονέα <sup>(6)</sup>	-	-
Διαστρέβλωση της εικόνας Γονέα <sup>(6)</sup>	-	-
Προφίλ αυτοθυσίας Γονέα <sup>(8)</sup>	.163	<b>.118</b>
Προσαρμοστικό Προφίλ Γονέα <sup>(6)</sup>	-	-
<b>Regression statistics</b>		
R square adjusted	0.208	
<b>ANOVA</b>	$F_{[5,84]} = 6.8, p < 0.001$	

(1): Standardized beta coefficients; (2) Based on the Self-Perception Profile for Children (SPPC); (3): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III); (4): Based on the General Health Questionnaire total score; (5): Based on the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire; (6): Based on the Defense Style Questionnaire.



Όλες οι μεμονωμένες μεταβλητές ήταν  $>0.2$  και ο Βαθμός Πληθωρικής Διακύμανσης (Variance Inflation Factor - VIF)  $<2$  γεγονός που αποδεικνύει ότι η συγγραμικότητα δεν επηρέασε τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης (Cohen και συν.1992).

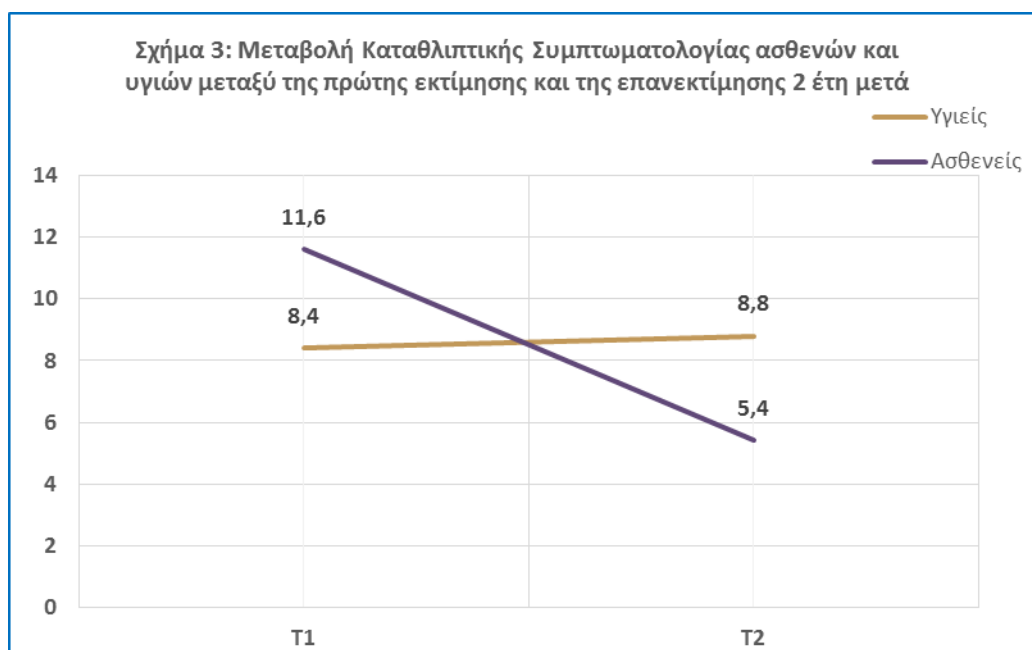
Στο Σχήμα 2 απεικονίζεται η σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αριθμού συγκοπτικών επεισοδίων στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Και στις τρεις ηλικιακές ομάδες όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης τόσο περισσότερα είναι και τα συγκοπτικά επεισόδια.



### 4.3. Συγκοπτικά Επεισόδια, κατάθλιψη και ψυχολογικές παράμετροι του δείγματος (ασθενείς - υγιείς) κατά τη φάση της επανεκτίμησης.

Στη διάρκεια των δύο ετών που μεσολάβησαν από την πρώτη εκτίμηση κανένας από τους ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δεν παρουσίασε συγκοπτικό επεισόδιο.

Από την αξιολόγηση του Ερωτηματολογίου Παιδικής Κατάθλιψης προέκυψε ότι κατά τη φάση της επανεκτίμησης η καταθλιπτική συμπτωματολογία μειώθηκε στα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια ( $p < 0.001$ ) ενώ παρέμεινε σταθερή στα υγιή παιδιά ( $p = 0.818$ ) (Σχήμα 3)



Ομοίως, ο αριθμός των ασθενών με υψηλό σκορ στην κλίμακα Παιδικής Κατάθλιψης  $\geq 15$  μειώθηκε από 16/45 (35.6%) σε 1/36 (2.8%) ( $\chi^2 = 12.96$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ), συγκρινόμενος με τα υγιή παιδιά (13.3% στην πρώτη Φάση έναντι 18.4% στην Επανεκτίμηση) ( $\chi^2 = 0.41$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.525$ ).

Η σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.011$ ), όπως μετρήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου ΠΑΤΕΜ, η οικογενειακή συνοχή ( $p=0.032$ ) και η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ( $p<0.001$ ) όπως προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο FACES III βελτιώθηκαν στους ασθενείς μεταξύ της πρώτης φάσης και της φάσης της επανεκτίμησης δύο έτη μετά. **(Πίνακας 8α).**

**Πίνακας 8α. Αλλαγές στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους μεταξύ των δύο φάσεων της μελέτης στους ασθενείς με ΝΚΣ και στον υγιή πληθυσμό.**

Μεταβλητές	Υγιείς (N=38)			Ασθενείς (N=36)		
	(Μέση Τιμή ± ΤΑ)			(Μέση Τιμή ± ΤΑ)		
	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>
Καταθλιπτικά Συμπτώματα	8.4±6.0	8.8±6.2	.818	11.6±7.5	5.4±3.9	.001
Σχολική Ικανότητα <sup>(2)</sup>	3.1±0.7	3.0±0.8	.562	3.1±0.8	3.2±0.8	<b>.308</b>
Σχέσεις με Συνομηλίκους <sup>(2)</sup>	3.2±0.5	3.0±0.8	.333	3.4±0.6	3.4±0.6	<b>.998</b>
Σχέσεις με γονείς <sup>(2)</sup>	2.7±0.8	2.8±0.7	.893	2.2±0.7	2.5±0.9	.011
Διαταραχή Συμπεριφοράς <sup>(2)</sup>	3.0±0.5	3.0±0.5	.572	3.0±0.7	3.2±0.6	<b>.153</b>
Οικογενειακή συνοχή <sup>(3)</sup>	5.1±2.0	3.8±1.6	<b>.001</b>	4.4±2.2	5.0±1.4	.032
Οικογενειακή Προσαρμοστικότητα <sup>(3)</sup>	4.3±1.7	3.2±1.4	<b>.006</b>	3.8±2.0	4.8±1.1	.001
Επιθυμητή Οικογενειακή συνοχή <sup>(3)</sup>	6.9±1.5	3.8±1.4	<b>.001</b>	5.2±1.7	6.2±1.3	.001
Επιθυμητή Οικογενειακή Προσαρμοστικότητα <sup>(3)</sup>	6.4±1.5	3.5±1.4	<b>.001</b>	4.6±1.6	5.7±1.0	.001

(1): Paired sample t-tests; (2): Based on the Self-Perception Profile for Children (SPPC); (3): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III)

Κατά τη φάση της επανεκτίμησης, επίσης, η γνώμη των γονέων σχετικά με τις Δυνατότητες και Δυσκολίες των παιδιών τους παρέμεινε σταθερή για όλες τις παραμέτρους του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών.

Ομοίως, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων, στην Επιθετικότητα και στο αμυντικό προφίλ μεταξύ της πρώτης φάσης και της επανεκτίμησης (**Πίνακας 8β**).

**Πίνακας 8β. Αλλαγές στις παραμέτρους που σχετίζονται με τη γνώμη των γονέων για τις Δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών μεταξύ των δύο φάσεων της μελέτης στους ασθενείς με ΝΚΣ και τον υγιή πληθυσμό.**

Μεταβλητές	Υγιείς (N=38) (Μέση Τιμή ± ΤΑ)			Ασθενείς (N=36) (Μέση Τιμή ± ΤΑ)		
	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>
<b>Γνώμη των γονέων για τα παιδιά<sup>(2)</sup></b>						
Συνολικές δυσκολίες	7.1±4.7	7.0±4.6	.831	7.7±4.8	7.3±4.9	<b>.079</b>
Συναισθηματικά Προβλήματα	2.0±2.0	1.8±1.4	.617	2.0±1.4	1.9±1.4	<b>.457</b>
Διαταραχές Διαγωγής	1.7±1.2	1.9±1.5	.460	2.0±1.5	1.8±1.4	<b>.362</b>
Διάσπαση Προσοχής/ Υπερκινητικότητα	2.3±2.7	2.2±2.2	.817	2.6±2.4	2.5±2.4	<b>.201</b>
Σχέσεις με Συνομηλίκους	1.0±1.0	1.2±1.4	.545	1.0±1.2	1.0±1.4	<b>.998</b>
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	8.7±1.6	8.3±1.9	.315	8.7±1.8	8.6±1.9	<b>.711</b>

(1): Paired sample t-tests; (2): Based on parents' responses to Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ);

Αντιθέτως, σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς, οι δυσκολίες των ασθενών μειώθηκαν στα 2 έτη που μεσολάβησαν από την πρώτη εκτίμηση του δείγματος των παιδιών με Νευροκαρδιογενή συγκοπή. Έτσι, από την εξέταση των εκπαιδευτικών προέκυψε ότι βελτιώθηκαν οι Συνολικές Δυνατότητες και Δυσκολίες ( $p= 0.001$ ) των παιδιών, οι Διαταραχές Συναισθημάτων ( $p=0.023$ ), οι Διαταραχές Διαγωγής ( $p=0.004$ ), ενώ βελτιώθηκε, επίσης, και η Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=.002$ ) των ασθενών παιδιών (Πίνακας 8γ).

Πίνακας 8γ. Αλλαγές στις παραμέτρους που σχετίζονται με τη γνώμη των εκπαιδευτικών για τις Δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών μεταξύ των δύο φάσεων της μελέτης στους ασθενείς με ΝΚΣ και τον υγιή πληθυσμό.

Μεταβλητές	Υγιείς (N=38) (Μέση Τιμή ± ΤΑ)			Ασθενείς (N=36) (Μέση Τιμή ± ΤΑ)		
	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	p <sup>(1)</sup>
<b>Γνώμη των εκπαιδευτικών για τα παιδιά<sup>(2)</sup></b>						
Συνολικές δυσκολίες	6.6±4.6	5.0±3.4	<b>.001</b>	10.5±6.3	8.5±5.7	.001
Συναισθηματικά Προβλήματα	2.1±1.8	1.5±1.5	<b>.004</b>	3.6±2.5	2.8±2.4	.023
Διαταραχές Διαγωγής	1.5±1.2	1.4±1.1	.360	2.8±2.3	1.9±1.5	.004
Διάσπαση Προσοχής/ Υπερκινητικότητα	2.1±2.3	1.3±1.5	<b>.007</b>	2.2±1.9	2.5±2.5	<b>.378</b>
Σχέσεις με Συνομηλίκους	1.0±1.2	0.7±1.0	.160	1.8±1.5	1.3±1.7	.042
<b>Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά</b>	<b>8.3±1.7</b>	<b>8.2±1.7</b>	<b>.997</b>	<b>9.8±0.4</b>	<b>8.9±1.6</b>	<b>.002</b>

(1): Paired sample t-tests; (2): Based on teachers' responses to SDQ.

Οι παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζονται με τον συνολικό δείκτη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (CDI) στην πρώτη εκτίμηση (T1) ανάμεσα στο δείγμα των ασθενών ήταν ο αριθμός των συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0,043$ ), η σχέση με τους γονείς ( $p=0,046$ ) και η οικογενειακή συνοχή ( $p=0,055$ ) (Πίνακας 9<sup>α</sup>)

Κατά τη φάση της επανεκτίμησης παρατηρήθηκε αλλαγή στον αριθμό των συγκοπτικών επεισοδίων ( $p= 0,018$ ), βελτίωση της σχέσης των ασθενών παιδιών με τους γονείς τους ( $p=0,015$ ) και μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών παιδιών ( $p=0,001$ ) (Πίνακας 9<sup>β</sup>).

**Πίνακας 9<sup>α</sup>. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις με καταθλιπτικά συμπτώματα στην φάση της πρώτης εκτίμησης**

Μεταβλητές	$r^{(1)}$	$p$
Ηλικία	-0.078	.612
Φύλο	-0.195 <sup>(2)</sup>	.198
Αριθμός συγκοπτικών Επεισοδίων στην πρώτη εκτίμηση	0.214	<b>.043</b>
Σχέσεις με τους γονείς στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(3)</sup>	-0.365	<b>.046</b>
Οικογενειακή συνοχή στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(4)</sup>	-0.288	<b>.055</b>
Οικογενειακή προσαρμοστικότητα στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(4)</sup>	-0.251	.097
Προφίλ Αυτοθυσίας Γονέα	0.240	.112

(1): Bivariate Pearson or Spearman's correlations, as appropriate; (2): correlation based on Student's t-tests; (3): Based on the Self-Perception Profile for Children (SPPC); (4): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III).

Πίνακας 9<sup>β</sup>. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις με βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης.

Μεταβλητές	r <sup>(1)</sup>	p
Ηλικία	0.234	.169
Φύλο	0.091 <sup>(2)</sup>	.599
Αριθμός συγκοπτικών Επεισοδίων στην πρώτη εκτίμηση	-0.214	.043
Αλλαγές στα Συγκοπτικά Επεισόδια μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης	0.397	<b>.018</b>
Σχέσεις με τους γονείς στην φάση της πρώτης εκτίμησης	0.176	.457
Βελτίωση στις σχέσεις με τους γονείς <sup>(3)</sup>	0.534	<b>.015</b>
Οικογενειακή συνοχή στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(4)</sup>	0.256	.131
Αύξηση της Οικογενειακής συνοχής μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης <sup>(4)</sup>	0.117	.498
Οικογενειακή προσαρμοστικότητα στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(4)</sup>	0.125	.468
Αύξηση της οικογενειακής Προσαρμοστικότητας μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης <sup>(4)</sup>	0.095	.581
Προφίλ Αυτοθυσίας Γονέα	0.255	.134
Καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώτη εκτίμηση	-0.859	<b>.001</b>

(1): Bivariate Pearson or Spearman's correlations, as appropriate; (2): correlation based on Student's t-tests; (3): Based on the Self-Perception Profile for Children (SPPC); (4): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III).

Η Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης 2 έτη μετά.

Στο πρώτο Μοντέλο τοποθετήθηκαν οι μεταβλητές Αλλαγές στα Συγκοπτικά Επεισόδια μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης, οι Σχέσεις με τους γονείς στη φάση της πρώτης εκτίμησης και η Βελτίωση στις σχέσεις με τους γονείς. Από την ανάλυση προέκυψε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν η βελτίωση των συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0.048$ ) και η σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.019$ ) οι οποίες ερμηνεύουν το 24,1% της διακύμανσης των τιμών των σχετικών με τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης 2 έτη μετά.

Η προσθήκη, ωστόσο, στο Μοντέλο 2 της βαθμολογίας CDI στη Φάση αρχικής εκτίμησης κατέστησε τις προηγούμενες σημαντικές συσχετίσεις μη σημαντικές, υποδεικνύοντας ότι τα αρχικά ποσοστά κατάθλιψης ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της βελτίωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ( $p=0.035$ ) στα ασθενή παιδιά (**Πίνακας 9<sup>ν</sup>**).



Πίνακας 9γ. Ιεραρχικά μοντέλα Ανάλυσης Πολλαπλής Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης <sup>(1)</sup>

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2
Ηλικία	-	-
Φύλο	-	-
Αριθμός συγκοπτικών Επεισοδίων στην πρώτη εκτίμηση		
Αλλαγές στα Συγκοπτικά Επεισόδια μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης	<b>0.335 (p=0.048)</b>	<b>0.117 (p=0.445)</b>
Σχέσεις με τους γονείς στην φάση της πρώτης εκτίμησης	0.247 (p=0.240)	<b>0.095 (p=0.626)</b>
Βελτίωση στις σχέσεις με τους γονείς <sup>(4)</sup>	<b>0.543 (p=0.019)</b>	<b>0.264 (p=0.248)</b>
Οικογενειακή συνοχή στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(5)</sup>	-	-
Αύξηση της Οικογενειακής συνοχής μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης <sup>(5)</sup>	-	-
Οικογενειακή προσαρμοστικότητα στην φάση της πρώτης εκτίμησης <sup>(5)</sup>	-	-
Αύξηση της οικογενειακής Προσαρμοστικότητας μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης <sup>(5)</sup>	-	-
Προφίλ Αυτοθυσίας Γονέα	-	-
Καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώτη εκτίμηση	-	<b>-0.507 (p=0.035)</b>
Προσαρμοσμένος δείκτης R <sup>2</sup> του Μοντέλου	0.241	0.527
Σημαντικότητα της μεταβολής του δείκτη R <sup>2</sup>	<b>0.043</b>	<b>0.035</b>
ANOVA	F <sub>[4,31]</sub> =10.2, p<0.001	

(1): Bivariate Pearson or Spearman's correlations, as appropriate; (2): Based on the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-III).

#### 4.4. Σύνοψη των κυριότερων αποτελεσμάτων της μελέτης

1. Κατά την πρώτη φάση της εκτίμησης οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια παρουσίασαν υψηλότερη ( $p < 0.008$ ) βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης σε σύγκριση με τους υγιείς.
2. Περισσότεροι ( $N=16, 35.6\%$ ) ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς ( $N=6, 13.3\%$ ) είχαν βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Παιδικής Κατάθλιψης  $\geq 15$  ( $p=0.014$ ), βαθμολογία ενδεικτική κλινικά σημαντικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
3. Οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δήλωσαν ότι έχουν χειρότερη ( $p=0.05$ ) σχέση με τους γονείς τους σε σύγκριση με τους υγιείς
4. Η γνώμη των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους ήταν όμοια στις δύο ομάδες παιδιών, σε αντίθεση με τη γνώμη των εκπαιδευτικών σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια αντιμετώπιζαν περισσότερες Συνολικές Δυσκολίες ( $p=0.001$ ), περισσότερες Διαταραχές Συναισθημάτων ( $p=0.001$ ), περισσότερες Διαταραχές Διαγωγής ( $p=0.001$ ) και χειρότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τους ( $p=0.002$ ) σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά
5. Η διάγνωση των Συγκοπτικών Επεισοδίων ( $p=0.005$ ), ο αριθμός των Συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0.011$ ), η κακή σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.041$ ), η φτωχή οικογενειακή συνοχή ( $p=0.002$ ) και η υιοθέτηση του Προφίλ Αυτοθυσίας από την πλευρά του γονέα ( $p=0.011$ ) σχετίζονταν σημαντικά με τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά κατά την αρχική εκτίμηση
6. Κατά τη φάση της επανεκτίμησης, 2 έτη μετά την πρώτη εκτίμηση, κανένα από τα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δεν παρουσίασε νέο συγκοπτικό επεισόδιο, ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία τους μειώθηκε ( $p < 0.001$ ) παραμένοντας αντιθέτως σταθερή στα υγιή παιδιά ( $p=0.818$ )

7. Η σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.011$ ), η οικογενειακή συνοχή ( $p=0.032$ ) και η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ( $p<0.001$ ) βελτιώθηκαν στους ασθενείς μεταξύ της πρώτης φάσης και της φάσης της επανεκτίμησης δύο έτη μετά.

8. Σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς, στο δείγμα των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπή βελτιώθηκαν οι Συνολικές Δυνατότητες και Δυσκολίες ( $p= 0.001$ ) των παιδιών, οι Διαταραχές Συναισθημάτων ( $p=0.023$ ), οι Διαταραχές Διαγωγής ( $p=0.004$ ), ενώ βελτιώθηκε, επίσης, και η Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά ( $p=.002$ ) στα 2 έτη που μεσολάβησαν από την πρώτη εκτίμηση.

9. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην πολυπαραγοντική ανάλυση (Πίνακας 9) ήταν η βελτίωση των συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0.048$ ) και η σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.019$ ). Ωστόσο, η προσθήκη της βαθμολογίας CDI στη Φάση αρχικής εκτίμησης κατέστησε τις προηγούμενες σημαντικές συσχετίσεις μη σημαντικές, υποδεικνύοντας ότι τα αρχικά ποσοστά κατάθλιψης ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της βελτίωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Έτσι, τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην πρώτη φάση της έρευνας ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της βελτίωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων: Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα του καταθλιπτικού συμπτώματος στην πρώτη εκτίμηση τόσο χαμηλότερη ήταν η βελτίωση του καταθλιπτικού συμπτώματος μεταξύ της πρώτης εκτίμησης και της επανεκτίμησης 2 έτη μετά.

## Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι σε παιδιά και εφήβους με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια προκύπτει μια συχνότητα 35% κλινικά σημαντικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το ποσοστό αυτό είναι 2,6 φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά που αποτέλεσαν το δείγμα ελέγχου της παρούσας έρευνας.

Ανάμεσα στις παραμέτρους που μελετήθηκαν, η λειτουργικότητα της οικογένειας, όπως αυτή υποδεικνύεται από τη σχέση του παιδιού με τους γονείς του και από την οικογενειακή συνοχή και προσαρμοστικότητα, συνδέθηκε με την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Έχει αναφερθεί ότι η Συνοχή και η Προσαρμοστικότητα της οικογένειας είναι σημαντικοί παράγοντες της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και ιδιαίτερα ότι σχετίζονται με προβληματικές συμπεριφορές των εφήβων (Minuchin et al, 1978).

Οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ευρέως τέτοιες μετρήσεις για την πρόβλεψη της πιθανότητας να ανήκει ένας έφηβος σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εγκατάλειψη του σχολείου (Lagana, 2004), για καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στην καθημερινότητα και την μετέπειτα ενήλικη ζωή (Morimoto & Sharma, 2004), καλύτερη αντίδραση στο σχολικό περιβάλλον (Annunziata, Hogue, Faw, & Liddle, 2006) και λιγότερα προβλήματα στην οικογένεια (Dreman, 2003).

Στην παρούσα μελέτη, με τη βελτίωση της σχέσης γονέα – παιδιού φαίνεται να επήλθε και βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασθενών παιδιών. Έτσι, τονίζεται ιδιαίτερος η σύνδεση της οικογενειακής λειτουργικότητας και της συναισθηματικής υγείας των παιδιών, σε συμφωνία και με τη βιβλιογραφία.

Σχετικά με το θέμα αυτό, έχει αναφερθεί ότι η συνοχή της οικογένειας έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά φυσικής, συναισθηματικής και παιδαγωγικής ευημερίας και με χαμηλότερα ποσοστά επιθετικότητας και κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους (Tolan, Gorman-Smith, Huesmann, & Zelli, 1997).

Σε αντίθεση με τις περιγραφές των γονέων σχετικά με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους, οι οποίες ήταν παρόμοιες και στις δύο ομάδες που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας μελέτης, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι τα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια αντιμετώπιζαν περισσότερες Συνολικές Δυσκολίες, περισσότερες Διαταραχές Συναισθημάτων και Διαγωγής και μεγαλύτερη δυσκολία στις Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τους σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά, ενώ τα ασθενή παιδιά είχαν και λιγότερη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά σε σχέση με τα υγιή παιδιά του δείγματος.

Παρά το γεγονός ότι μάλλον προκαλεί έκπληξη η διαφορετική γνώμη των γονέων από εκείνη των εκπαιδευτικών, έχει αποδειχτεί στο παρελθόν ότι οι αναφορές από διαφορετικούς ερωτώμενους (γονείς, παιδιά κλπ) για την παιδική ψυχοπαθολογία μπορεί να είναι αντιφατικές μεταξύ τους (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987, Youngstrom, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2000). Οι αντιφάσεις αυτές δυσχεραίνουν τη διαδικασία ενσωμάτωσης των πληροφοριών από διαφορετικές πηγές κατά την κλινική πράξη για την αξιολόγηση των παιδιών και μπορεί να εγείρει θεμελιώδη ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη ή μη ψυχοπαθολογίας, οδηγώντας σε δυσκολία αναγνώρισης ως προς το αν κάποιος πληροί τα κριτήρια για μια συγκεκριμένη διαταραχή (Kazdin , 1989, Offord και συν., 1996,. Yeh & Weisz, 2001).

Τέτοιου είδους αποκλίνουσες αξιολογήσεις ανάμεσα σε εξεταζόμενους γύρω από την ψυχοπαθολογία των παιδιών παρατηρούνται συχνά στην ερευνητική πράξη και έχουν επίπτωση στη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία της παιδικής ψυχοπαθολογίας (De Los Reyes, Kazdin 2004). Ένας παράγοντας τέτοιας αποκλίνουσας αξιολόγησης από τους γονείς είναι ότι οι γονείς έχουν την τάση να υποτιμούν τις εσωτερικευμένες διαταραχές των παιδιών τους (De Los Reyes, Kazdin, 2005).

Έτσι, τα στοιχεία μας, μαζί με προηγούμενες μελέτες, (De Los Reyes, Kazdin 2004, De Los Reyes, Kazdin, 2005) τονίζουν την ανάγκη της συμπερίληψης της γνώμης των εκπαιδευτικών κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης των παιδιών από τους παρόχους ιατρικής φροντίδας.

## 5.1. Ψυχιατρική νόσος και Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια σε ενήλικες και παιδιά

Ένα ευρύ φάσμα διαταραχών από την απλή συναισθηματική φόρτιση έως την ψυχιατρική νόσο είναι πιθανό να συνδέονται με τα Συγκοπτικά Επεισόδια. Ωστόσο, είναι αβέβαιο αν τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν μια αιτιακή σχέση. Η απόκριση του κεντρικού σεροτονινεργικού συστήματος ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές όπως μείζονα κατάθλιψη ή διαταραχές πανικού έχει δοκιμαστεί με κλομιπραμίνη και άλλα αντίστοιχα φάρμακα. Οι περισσότερες από τις δοκιμές αυτές έδειξαν σημαντική αύξηση της προλακτίνης και της κορτιζόλης σε ασθενείς με διαταραχές πανικού σε σύγκριση με υγιείς, ως απάντηση στη φαρμακευτική αγωγή (George και συν. 1995, Judd και συν. 1994)

Αντίστοιχα ευρήματα ως προς το πρότυπο απόκρισης βρέθηκαν σε ασθενείς με αγγειοπνευμονογαστρική συγκοπή οι οποίοι παρουσίασαν αυξημένη απόκριση στο σεροτονινεργικό ερέθισμα (DiGirolamo και συν., 1999), υπονοώντας ότι υπάρχει μία κοινή παθοφυσιολογική οδός.

Στη μελέτη του DiGirolamo (DiGirolamo και συν., 1999) μελετήθηκαν 68 ασθενείς με αγγειοπνευμονογαστρική συγκοπή της οποίας η αιτιολογία παρέμενε ανεξήγητη παρά τη διενέργεια πλήρους διαγνωστικής αξιολόγησης. Οι ασθενείς δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη ή διαταραχή πανικού και δεν ανταποκρίνονταν ή ήταν ανθεκτικοί σε προηγούμενες θεραπείες για τα Συγκοπτικά Επεισόδια ενώ πέρασαν από τη διαδικασία του τεστ ανάκλισης (Head up Tilt test).

Η μελέτη αυτή αναφέρει κλινική επιτυχία (απουσία συγκοπτικού επεισοδίου) στο 68.7% των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε φλουοξετίνη (20mg/ ημέρα) και στο 70.6% των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε σετραλίνη (50 mg/ ημέρα). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η παροξετίνη βρέθηκε να αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία για την πρόληψη της συγκοπής (82.4% χωρίς συμπτώματα) στους ασθενείς που δεν αντιδρούσαν σε διαφορετικές προηγούμενες θεραπευτικές μεθόδους, προτείνοντας ότι η χορήγηση παροξετίνης μπορεί να είναι

αποτελεσματική στους ασθενείς με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια που δεν αντιδρούν στις παραδοσιακές θεραπευτικές αγωγές.

Σε συμφωνία με τα παραπάνω και εκτός της περιφερικής δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, κεντρικοί σεροτονινεργικοί μηχανισμοί έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί μεσολαβητές αγγειοπνευμονογαστρικών αντιδράσεων (Theodorakis και συν. 2003, Hainsworth, 2004). Η συμμετοχή της σεροτονίνης στην πρόκληση της αγγειοπνευμονογαστρικής συγκοπής υποδηλώνει πιθανά κοινά παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής και της κατάθλιψης (Hainsworth, 2004).

Η λειτουργική ανεπάρκεια σε ασθενείς με συγκοπή είναι παρόμοια με χρόνιες ασθένειες, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οσφυαλγία, και οι ψυχιατρικές διαταραχές. Η δυσλειτουργικότητα αυτή είναι εμφανής σε τομείς όπως η κινητικότητα, συνήθειες δραστηριότητες, η αυτοεξυπηρέτηση και το άγχος και η κατάθλιψη, ενώ η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών Επεισοδίων έχει σαφώς αποδειχθεί ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής (Anderson και συν. 2012). Στη μελέτη αυτή του Anderson (Anderson και συν. 2012) μελετήθηκαν 106 ασθενή παιδιά ηλικίας 7-18 ετών τα οποία παραπέμφθηκαν στο Heart Institute Syncope Clinic των ΗΠΑ σε περίοδο 1 έτους. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας των παιδιών αξιολογήθηκε μέσω του Ερωτηματολογίου Paediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™ (Varni και συν. 1999). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι, σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά, οι ασθενείς είχαν χαμηλότερα σκορ (75.2 έναντι 83.8,  $p < 0.0001$ ) στον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής, στην ψυχοκοινωνική υγεία (73.9 έναντι 81.9,  $p < 0.001$ ), στη φυσική τους υγεία (78.8 έναντι 87.5,  $p < 0.0001$ ), στη συναισθηματική τους λειτουργικότητα και στη λειτουργικότητά τους στο σχολείο (66.4 έναντι 81.1,  $p < 0.001$ ), ενώ καμία διαφορά δεν βρέθηκε να υπάρχει στην κοινωνική τους λειτουργικότητα (86.2 έναντι 85.2,  $p = 0.81$ ). Οι ασθενείς είχαν επίσης χαμηλότερα σκορ από εκείνους τους ασθενείς που έπασχαν από διαβήτη ( $p < 0.0001$ ) και σχεδόν ταυτόσημα σκορ με παιδιατρικούς ασθενείς που έπασχαν από άσθμα, νεφρική ανεπάρκεια, παχυσαρκία και δομική καρδιακή νόσο, συμπεραίνοντας ότι τα παιδιά

με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια, αν και αθώας αιτιολογίας μπορεί να βιώνουν χαμηλή ποιότητα ζωής.

Η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής προτάθηκε ήδη από το 1990 (Linzer και συν. 1990) και επιβεβαιώθηκε από επόμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ενήλικες (Ventura και συν. 2001, Giada και συν. 2005), οι οποίες κατέδειξαν υψηλό επιπολασμό ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια σε ποσοστό έως και 80 %.

Στην έρευνα του Linzer (Linzer και συν. 1990) μελετήθηκαν 72 ασθενείς με «ιατρικώς ανεξήγητα» Συγκοπτικά Επεισόδια που απευθύνθηκαν σε ψυχιάτρους. Στους ασθενείς αυτούς, μια ή περισσότερες διαγνώσεις αναφέρονταν σε ψυχιατρικές νόσους σε 17 ασθενείς (24%). Αυτές οι διαγνώσεις περιελάμβαναν διαταραχή πανικού σε 9 ασθενείς (13%), μείζονα κατάθλιψη σε 6 ασθενείς (8%), και μείζονα κατάθλιψη και προσβολή πανικού σε 2 ασθενείς (3%). Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις έγιναν από ψυχιάτρους με βάση μια ημιδομημένη κλινική συνέντευξη και το σύστημα αξιολόγησης DSM-III-R (APA DSM-III-R, 1987).

Οι ασθενείς με ψευδοσυγκοπτικά επεισόδια πιθανώς οφειλόμενα σε ψυχιατρικές νόσους πιο συχνά παραπονούνταν για έναν αριθμό πρόδρομων συμπτωμάτων όπως ήπια κεφαλαλγία, δυσχέρεια στην αναπνοή, ζάλη, ταχυπαλμία, εμβοές, πόνο στο στήθος και μυρμηκιάσεις στο σώμα. Στην επανεκτίμηση, το 90% των ψυχιατρικών ασθενών που συμμορφώθηκαν με τη θεραπεία παρουσίασαν ύφεση της συμπτωματολογίας των ψευδοσυγκοπτικών επεισοδίων, ενώ οι ασθενείς που δεν συμμορφώθηκαν με τη θεραπεία παρουσίασαν ύφεση κατά 50%.

Ένα σημαντικό πρόβλημα στην αξιολόγηση των ασθενών με ανεξήγητα Συγκοπτικά Επεισόδια είναι ότι πολλοί από αυτούς αρνούνται την ψυχιατρική εξέταση.

Στην έρευνα των Ventura και συν., η ψυχιατρική αξιολόγηση έγινε δεκτή σε 26 από τους 50 ασθενείς που εξετάστηκαν και παρουσίασαν αρνητική δοκιμασία ανάκλισης. Στους περισσότερους (81%) από τους ασθενείς που δέχθηκαν την ψυχιατρική εκτίμηση, διαγνώστηκε τουλάχιστον μια ψυχιατρική διαταραχή. Συγκεκριμένα, κατάθλιψη διαγνώστηκε σε 12 ασθενείς, κρίσεις πανικού σε 4



ασθενείς, διαταραχή γενικευμένου άγχους σε 2 ασθενείς και σωματοποίηση σε 3 ασθενείς. Μόνο 5 ασθενείς από εκείνους που αποδέχτηκαν την ψυχιατρική αξιολόγηση παρουσίασαν φυσιολογική ψυχολογική λειτουργικότητα.

Πρόσφατα, επίσης, αναφέρθηκε ότι το 45% των ενηλίκων ασθενών με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές είχαν ιστορικό συγκοπτικών επεισοδίων (Leftheriotis, Michopoulos, Flevari και συν. 2008). Ομοίως, υψηλότερα επίπεδα άγχους (Cohen και συν. 2000), κατάθλιψης (McGrady και συν. 2001) και σωματοποιητικής διαταραχής (Giada και συν. 2005) έχουν αναφερθεί σε ενήλικες ασθενείς με υποτροπιάζουσα Συγκοπή και θετική Δοκιμασία Ανάκλισης (Head – up tilt test).

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, αντίστοιχα δεδομένα σε παιδιά και εφήβους είναι λιγοστά.

Στη μελέτη των Byars και συν. (Byars και συν. 2000) εξετάστηκε η σχέση της ψυχολογικής προσαρμογής, του στυλ αντιμετώπισης, καθώς και της σοβαρότητας της νόσου για τα παιδιά με υποτροπιάζοντα Συγκοπτικά Επεισόδια. Στη μελέτη συμμετείχαν 44 παιδιά και έφηβοι με ιστορικό επαναλαμβανόμενων Συγκοπτικών Επεισοδίων και 40 υγιή παιδιά τα οποία απετέλεσαν της ομάδας σύγκρισης. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι μετρήσεις του άγχους, της κατάθλιψης, της απόσυρσης που αναφέρθηκαν από τα παιδιά και τους γονείς τους και το στυλ αντιμετώπισης που αναφέρθηκε από τα παιδιά. Οι γονείς ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα συμπτωμάτων άγχους και απόσυρσης για τα παιδιά με υποτροπιάζοντα Συγκοπτικά Επεισόδια σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά του δείγματος σύγκρισης. Οι αυτοαναφορές των παιδιών δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών με Συγκοπτικά Επεισόδια και των υγιών παιδιών στην ψυχολογική προσαρμογή και στο στυλ αντιμετώπισης των προβλημάτων τους. Οι ανωτέρω διαπιστώσεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι δυσκολίες προσαρμογής, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων του άγχους και της κοινωνικής απόσυρσης, μπορεί να παρουσιάζονται σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα Συγκοπτικά Επεισόδια.

Αντίθετα σε άλλη έρευνα (Blount και συν. 2004) που μελετήθηκαν συσχετίσεις προσαρμογής (γονέων και παιδιών) με την παρουσία Συγκοπτικών Επεισοδίων στα παιδιά, σωματικά προβλήματα και προβλήματα στο σχολείο, δεν αναφέρθηκε καμία σημαντική διαφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 36 παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και θετική Δοκιμασία Ανάκλισης και 20 παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια, αλλά αρνητική Δοκιμασία Ανάκλισης. Οι μετρήσεις συμπεριελάμβαναν τη συχνότητα και σοβαρότητα των Συγκοπτικών Επεισοδίων, το άγχος των γονέων και τα εσωτερικευμένα συμπτώματα των παιδιών. Για τα παιδιά που διαγνώστηκαν μέσω της δοκιμασίας ανάκλισης (Tilt-test) αρνητικά για Νευροκαρδιογενή Συγκοπή τα ψυχολογικά προβλήματα των πατεράδων τους και των ιδίων βρέθηκε να σχετίζονται θετικά με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συγκοπτικών επεισοδίων. Επίσης, για την ίδια ομάδα παιδιών η ψυχοσυναισθηματική λειτουργικότητα των πατεράδων σχετίστηκε με την απουσία Συγκοπτικών Επεισοδίων στα παιδιά αλλά όχι και με τα σχολικά τους προβλήματα.

Για την ομάδα παιδιών με θετική διάγνωση Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής, λίγες σημαντικές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των παιδιών και των πατεράδων τους, σε αντίθεση με τις πολλές θετικές σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων των μητέρων και της παρουσίας Συγκοπτικών Επεισοδίων των παιδιών τους καθώς επίσης και των σωματικών προβλημάτων και των προβλημάτων στο σχολικό περιβάλλον που παρουσίαζαν τα παιδιά. Ωστόσο, ένας σημαντικός περιορισμός αυτής της έρευνας (Blount και συν. 2004) είναι η έλλειψη κατάλληλου δείγματος ελέγχου.

Στην πραγματικότητα, είναι δεδομένο ότι μια αρνητική δοκιμασία ανάκλισης δεν αποκλείει τη διάγνωση της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής, δεδομένης της σχετικά χαμηλής ευαισθησίας που παρουσιάζει αυτή η εξέταση (Kouakam και συν. 2001). Επιπλέον, ο προσδιορισμός των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών είναι πολύπλοκος σε παιδιατρικούς πληθυσμούς και απαιτεί τη συμβολή της οικογένειας και του σχολείου ως πηγές πληροφόρησης, όπως και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν.

Τα ευρήματα της μελέτης μας ενδυναμώνουν και επεκτείνουν τα προηγούμενα συμπεράσματα σε ενήλικες και δείχνουν ότι η ψυχολογική αξιολόγηση θα πρέπει να εξετάζεται ως πιθανότητα σε παιδιατρικούς ασθενείς που παρουσιάζουν Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια, παράλληλα με τη λήψη πληροφοριών από τους γονείς αλλά και τους εκπαιδευτικούς των παιδιών.

## **5.2. Βελτίωση ψυχολογικού προφίλ σε ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια κατά τη διάρκεια της επανεκτίμησης**

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια μιας διετούς παρακολούθησης, η οποία συσχετίστηκε με την ενδυνάμωση της σχέσης γονέα – παιδιού.

Το εύρημα αυτό έρχεται να συμφωνήσει με προηγούμενες έρευνες (Nakada, 1992) οι οποίες συσχετίζουν ασθενείς οικογενειακούς δεσμούς και ασταθή σχέση με τους γονείς ως σημαντικούς παράγοντες Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής σε παιδιά και εφήβους.

Στην έρευνα του Nakada (Nakada, 1992), μελετήθηκε ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στα ψυχοσωματικά συμπτώματα 902 μαθητών. Από τη μελέτη προέκυψε ότι οι μαθητές με διαπροσωπικά προβλήματα και κυρίως οικογενειακά ζητήματα έτειναν να έχουν τεταμένες σχέσεις με τους γονείς τους και ταυτόχρονα να παρουσιάζουν υπερδραστηριότητα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος συνοδευόμενη από ορθοστατική δυσλειτουργία. Μαθητές που παρουσίαζαν προβλήματα στη σχέση με τους συνομηλίκους έτειναν να έχουν συναισθηματική αστάθεια και να μην βρίσκουν ευχάριστη τη σχολική εμπειρία, ενώ παρουσίαζαν, επίσης, συμπτώματα ψυχολογικής καταπόνησης και προβλήματα στο ουροποιητικό και το έντερο.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης προτείνουν ότι οι κακές οικογενειακές σχέσεις, οι προβληματικές φιλικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, η ψυχολογική αστάθεια και η τεταμένη σχέση γονέα – παιδιού είναι σημαντικοί παράγοντες στην έναρξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στους εφήβους.

Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η οικογενειακή συνοχή και η προσαρμοστικότητα επιδρούν σημαντικά στην αίσθηση των εφήβων για τον έλεγχο που ασκούν στην ίδια την υγεία τους, όπως προκύπτει και από την έρευνα του Zdanowicz (Zdanowicz και συν. 2004). Στην έρευνα αυτή εξετάστηκαν συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων

τύπων οικογενειακών σχέσεων και η άποψη των εφήβων σχετικά με την υγεία τους. Οι «υγιείς» έφηβοι (N = 765) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Multidimensional Health Locus of Control που εκτιμά τις πεποιθήσεις ενός ατόμου σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας του καθορίζεται και ελέγχεται από τις ενέργειες των ανθρώπων (και όχι από τη μοίρα, την τύχη, ή τις ευκαιρίες) και αν ναι, τη θέση του εν λόγω ελέγχου. Αν ο έλεγχος δηλαδή θεωρείται ότι είναι "εσωτερικός" (δηλαδή, προκύπτει από τις ενέργειες του ίδιου του ατόμου) ή «εξωτερικός» (δηλαδή, αν προκύπτει από τις ενέργειες των άλλων ανθρώπων) και την κλίμακα του Olson που εκτιμά την οικογενειακή συνοχή και προσαρμοστικότητα. Οι «υγιείς» έφηβοι (N = 765) συγκρίθηκαν με μια ομάδα 358 ασθενών εφήβων που είχαν διαγνωσθεί με ψυχικές διαταραχές. Η συνοχή στην οικογένεια αποδείχτηκε σημαντικός παράγοντας για τον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι ένιωθαν σχετικά με τον έλεγχο που οι ίδιοι ασκούσαν στην υγεία τους αλλά και στη δυναμική που ασκούσαν οι ίδιοι απέναντι σε άλλους ανθρώπους. Ανάμεσα σε αυτούς τους εφήβους, η προσαρμοστικότητα της οικογένειας συσχετίστηκε σημαντικά με εντονότερα αισθήματα ελέγχου στην υγεία του κάθε εφήβου από τον ίδιο τον έφηβο και με χαμηλότερα επίπεδα πίστης στην τύχη. Οι οικογενειακές σχέσεις ήταν σημαντικές κατά τη διαδικασία απόκτησης από την πλευρά των εφήβων αισθήματος ελέγχου απέναντι στην υγεία τους. Η από κοινού αποδοχή και υποστήριξη οικογενειακών σχέσεων σχετίστηκε στην μελέτη αυτή σημαντικά με όλες σχεδόν τις παραμέτρους της ενήλικης λειτουργικότητας.

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες βρέθηκε ότι οι καλές οικογενειακές σχέσεις α) μείωσαν τον κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης και εξάρτησης από ουσίες (Doherty και συν., 2008, Galaif και συν., 2001, Waldinger και συν., 2007) και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Heider και συν., 2007), και β) αύξησε την πιθανότητα για θετική ψυχολογική λειτουργικότητα (Bell & Bell, 2005, Flouri, 2004, Heider και συν., 2007, Milevsky, 2005, Roberts & Bengtson, 1996, Shaw και συν., 2004), κοινωνική/ διαπροσωπική λειτουργικότητα (Flouri & Buchanan, 2002, Moller & Stattin, 2001, Whitton και συν., 2008), και επαγγελματική λειτουργικότητα (DiRago & Vaillant, 2007, Franz και συν., 1991).

Παρ' όλο που δεν μπορεί σαφώς να αποδειχτεί από την παρούσα μελέτη ότι η κατάθλιψη βελτιώθηκε στα παιδιά που μελετήσαμε, καθώς οι στατιστικές συσχετίσεις που βρήκαμε μπορεί κάλλιστα να είναι «διπλής κατεύθυνσης» επειδή η οικογένεια λειτούργησε καλύτερα ή το αντίστροφο, τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία της οικογενειακής λειτουργίας σε παιδιατρικούς ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

### 5.3. Υποτροπιάζουσα συγκοπή και βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Στον πληθυσμό των ασθενών που μελετήθηκαν, δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής σε κανέναν ασθενή. Παρά το γεγονός ότι αυτή η βελτίωση στην κλινική πορεία της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής προέβλεψε βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η δημιουργία μιας αιτιώδους σχέσης είναι δύσκολο να αποδειχθεί. Η άποψη αυτή στηρίζεται στη φύση των συμπτωμάτων της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής (ιδιαίτερα σε παιδιατρικούς ασθενείς με μέτρια συμπτωματολογία, όπως στο δείγμα της μελέτης μας), που χαρακτηρίζεται από περιστασιακά επεισόδια με μακρές ενδιάμεσες περιόδους αυτόματης ανάκαμψης (Wieling και συν. 2004).

Προηγούμενες μελέτες προσπάθησαν να διερευνήσουν τις θεραπευτικές δυνατότητες των ψυχιατρικών παρεμβάσεων σε ενήλικες ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

Η προοπτική μελέτη των D'Antono και συν, για τον προσδιορισμό του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών με υποτροπιάζοντα Συγκοπτικά Επεισόδια πριν και μετά από τη διαδικασία ανάκλισης (tilt –test) και την πρόβλεψη επαναλαμβανόμενων Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών επεισοδίων, έδειξε βελτίωση τόσο στα συγκοπτικά όσο και στα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από ψυχιατρική θεραπεία (D'Antono και συν. 2009). Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 73 γυναίκες και 43 άνδρες οι οποίοι παραπέμφθηκαν για δοκιμασία ανάκλισης και των οποίων αξιολογήθηκαν η ψυχολογική κατάσταση μέσω των εργαλείων Psychiatric Symptom Index, Anxiety Sensitivity Index (ASI), Fear of Blood Injury Subscale και η παρουσία διαταραχών της διάθεσης και αγχώδους διαταραχής μέσω του εργαλείου Primary Care Evaluation of Mental Disorders, 1 μήνα πριν και 6 μήνες μετά τη διενέργεια της δοκιμασίας ανάκλισης. Στοιχεία επανεκτίμησης (follow – up data) συνελέγησαν από 83 ασθενείς. Κατά τη διαδικασία της αρχικής εκτίμησης κλινικά σημαντικά επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης παρατηρήθηκαν σε 60% των ασθενών. Οι ασθενείς εκείνοι με αρνητική δοκιμασία ανάκλισης είχαν πέντε φορές υψηλότερο κίνδυνο να υποφέρουν από καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με εκείνους τους

ασθενείς των οποίων η δοκιμασία ανάκλισης κρίθηκε θετική. Δεν υπήρξε καμία σημαντική αλλαγή στο επίπεδο καταπόνησης κατά την επανεκτίμηση παρ' όλο που η ψυχιατρική συννοσηρότητα μειώθηκε από 33% σε 22% ( $P=0.049$ ). Η επανάληψη των Συγκοπτικών Επεισοδίων προβλέφθηκε από αυξομειώσεις στην ένταση της ψυχολογικής καταπόνησης κατά τη φάση της αρχικής εκτίμησης, ( $OR=1.544$ ,  $P=0.013$ ) ανεξαρτήτως του αριθμού των Συγκοπτικών Επεισοδίων στη διάρκεια της ζωής τους. Οι ασθενείς αυτοί βίωναν υψηλά επίπεδα ψυχικής καταπόνησης και ψυχιατρικής νοσηρότητας ακόμη και μετά το tilt-test, γεγονός που προτείνει ότι η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι απαραίτητη στους ασθενείς με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια.

Σε άλλη μελέτη όπου εκτιμήθηκαν 61 ασθενείς με υποτροπιάζουσα Συγκοπή και θετική δοκιμασία ανάκλισης η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών ήταν υψηλότερη στους ασθενείς από ότι στους υγιείς που μελετήθηκαν (71% έναντι 23%,  $P < 0.001$ ), με συχνότητα εμφάνισης άγχους (28% έναντι 5%), διάθεσης (18% έναντι 3%), και σωματοποιητικών διαταραχών (29% έναντι 3%), ενώ η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών ήταν προγνωστικός παράγοντας της υποτροπής της Συγκοπής σε διάστημα ενός έτους παρακολούθησης στους ασθενείς αυτούς (Giada και συν. 2005).

Ομοίως, στη μελέτη του Flint το 2009, οι ενήλικες ασθενείς με Νευροκαρδιογενή συγκοπή που μελετήθηκαν και οι οποίοι δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία μετά από μια περίοδο παρακολούθησης 3 μηνών, βρέθηκαν να είναι σημαντικά πιο καταθλιπτικοί ( $P = 0,001$ ) με υψηλότερα σκορ στην κλίμακα State Trait Anxiety Inventory ( $P = 0,007$ ), υποδηλώνοντας ότι υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής δυσλειτουργίας προέβλεπαν με αξιοπιστία τη μη ανταπόκριση στη θεραπεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παρουσία των Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών Επεισοδίων. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να έχει θεραπευτική δυνατότητα σε ενήλικες ασθενείς με επαναλαμβανόμενα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια (Flint και συν. 2009).



Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επεκτείνουν τις εν λόγω παρατηρήσεις σε παιδιατρικούς ασθενείς. Εδώ, έχουμε δείξει την πολύπλοκη σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων, λειτουργικότητας της οικογένειας και Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών Επεισοδίων σε παιδιά και εφήβους. Ωστόσο, η θεραπευτική αξία της ψυχολογικής στήριξης σε παιδιά με συγκοπή είναι ακόμα αβέβαιη. Αφού δεν συμπεριελήφθη ομάδα ελέγχου θεραπευτικά, η μείωση της κατάθλιψης που παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη θα μπορούσε απλώς να αντανακλά την απουσία Συγκοπτικών Επεισοδίων κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης.

Παρ' όλα αυτά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν μια λογική εξήγηση για τον σχεδιασμό παρεμβατικών μελετών, που στοχεύουν στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιατρικούς πληθυσμούς με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια.

#### 5.4. Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας

Η σχέση ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές και τα Συγκοπτικά Επεισόδια έχει ως ένα βαθμό παραμείνει αδιευκρίνιστη ενώ καμία έρευνα δεν είχε έως σήμερα πραγματοποιηθεί σχετικά με τον ρόλο που ενδεχομένως διαδραματίζουν ψυχιατρικοί ή ψυχολογικοί παράγοντες στην εμφάνιση, πορεία ή στις συνέπειες των νευροκαρδιογενών συγκοπτικών επεισοδίων και των συγκοπτικών επεισοδίων αγνώστου αιτιολογίας στα παιδιά, πάνω στην οποία θα μπορούσαν να βασιστούν οδηγίες για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση τους.

Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με γνώμονα την εις βάθος ψυχολογική αξιολόγηση μελετώντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και των γονέων τους.

Η απόφαση να συμπεριληφθεί δείγμα ελέγχου σταθμισμένο ως προς το φύλο, την ηλικία και τη σχολική βαθμίδα είναι σημαντική και ενδυναμώνει τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, καθώς χρησιμοποιώντας ομάδα σύγκρισης υγιών δόθηκε η δυνατότητα να απομονωθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές και να εξεταστούν οι επιπτώσεις τους, καθώς για την εκτίμηση της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον δύο διαφορετικές συνθήκες, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει σύγκριση της επίδρασης των διαφορετικών τιμών των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Σημαντικό πλεονέκτημα της μελέτης αποτελεί, επίσης, ο σχεδιασμός της ως προοπτικής μελέτης η οποία επανεκτίμησε το ίδιο δείγμα ελέγχου και σύγκρισης μετά από διάστημα 2 ετών παρέχοντας στο διάστημα της διαιτίας που μεσολάβησε μεταξύ των 2 φάσεων της μελέτης συντηρητική στρατηγική διαχείρισης της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής (Romme και συν. 2010, Blanc 2010) στο δείγμα ελέγχου και η οποία έδωσε το δικαίωμα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων ως προς την έκβαση της νόσου μέσα από συγκεκριμένους χειρισμούς.

Η ψυχολογική αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε δεν περιορίστηκε σε αυτοαναφορές του δείγματος σύγκρισης και του δείγματος ελέγχου των παιδιών αλλά ταυτοχρόνως εξετάστηκαν γονείς και εκπαιδευτικοί των ασθενών και υγιών

παιδιών και στις δύο φάσεις της μελέτης. Η πρακτική αυτή ενδυναμώνει ακόμη περισσότερο τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, καθώς για λόγους που προαναφέρθηκαν παραπάνω η γνώμη των γονέων αλλά και των εκπαιδευτικών σε έρευνες που αναφέρονται σε παιδιά και εφήβους είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης των παιδιών από τους παρόχους ιατρικής φροντίδας.

Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τη χρήση ευρέως γνωστών σταθμισμένων εργαλείων για τον ελληνικό πληθυσμό αποτελούν μείζονα πλεονεκτήματα της παρούσης έρευνας καθώς ενδυναμώνονται ακόμη περισσότερο τα αποτελέσματα της έρευνας τόσο στην πρώτη αξιολόγηση του συνόλου του δείγματος όσο και στη φάση της επανεκτίμησης.

Ωστόσο, είναι απαραίτητο να αναγνωρίσουμε τρεις περιορισμούς: Πρώτον, το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό και αυτό μπορεί να εξηγήσει τη μικρή μόνο υπεροχή των ασθενών γυναικείου φύλου, σε αντίθεση με την ξεκάθαρη γυναικεία επικράτηση στη νευροκαρδιογενή συγκοπή στους παιδιατρικούς πληθυσμούς όπως αυτοί έχουν αναφερθεί σε μεγαλύτερες μελέτες οι οποίες περιγράφηκαν προηγουμένως (McLeod 2003, Wieling και συν. 2004)

Δεύτερον, χρησιμοποιούνται κυρίως εργαλεία αυτο-αξιολόγησης, οπότε εκτιμάται ότι απαιτείται περαιτέρω μελέτη μέσω της χρήσης δομημένων συνεντεύξεων για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων αυτών.

Τρίτον και κυριότερο, η θεραπευτική αξία της ψυχολογικής συμβουλευτικής στήριξης σε παιδιά με επαναλαμβανόμενα Συγκοπτικά Επεισόδια δεν μπορεί να προταθεί επισήμως, δεδομένου ότι δεν συμπεριελήφθη στη μελέτη ομάδα ελέγχου ασθενών παιδιών χωρίς τη λήψη συντηρητικής στρατηγικής διαχείρισης της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής. Η μείωση της κατάθλιψης που παρατηρήθηκε στη μελέτη μας θα μπορούσε απλώς να αντανακλά την απουσία των Συγκοπτικών Επεισοδίων κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης.

Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματά μας θέτουν τη βάση για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την πιθανή παθοφυσιολογική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών Επεισοδίων σε παιδιά και εφήβους αλλά και για κλινικές μελέτες που αξιολογούν την ψυχολογική

υποστήριξη σε παιδιατρικούς ασθενείς. Παρέχεται μια πρόταση για σχεδιασμό παρεμβατικών μελετών, που στοχεύουν στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιατρικούς πληθυσμούς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

## Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι σε παιδιά και εφήβους με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια προκύπτει μια συχνότητα 35% κλινικά σημαντικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ποσοστό 2,6 φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά που αποτέλεσαν το δείγμα ελέγχου της παρούσας έρευνας.

Σύμφωνα με τη γνώμη των εκπαιδευτικών, οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια αντιμετώπιζαν περισσότερες Συνολικές Δυσκολίες που αποτυπώνονταν σε Διαταραχές Συναισθημάτων, Διαγωγής και χειρότερες Σχέσεις με τους Συνομηλίκους τους οι οποίες όμως παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα 2 έτη που μεσολάβησαν από την πρώτη εκτίμηση του δείγματος των παιδιών με Νευροκαρδιογενή συγκοπή, επιβεβαιώνοντας την αρχική μας υπόθεση ότι τα Συγκοπτικά Επεισόδια, είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη ψυχολογική επιβάρυνση, έχουν συνέπειες στην σχολική επίδοση, στην εν γένει παρουσία και συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου στο σχολείο και στο σπίτι ή σε άλλες καθημερινές κοινωνικές του δραστηριότητες.

Οι ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δήλωσαν ότι έχουν χειρότερη ( $p=0.05$ ) σχέση με τους γονείς τους σε σύγκριση με τους υγιείς ενώ η θέση της διάγνωσης Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής μαζί με τον αριθμό συγκοπτικών επεισοδίων, την κακή σχέση γονέα – παιδιού, τη φτωχή οικογενειακή συνοχή αλλά και την υιοθέτηση του Προφίλ Αυτοθυσίας από την πλευρά του γονέα σχετίζονταν σημαντικά με τη δριμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά κατά την αρχική εκτίμηση. Δύο έτη μετά η σχέση γονέα – παιδιού, η οικογενειακή συνοχή και η οικογενειακή προσαρμοστικότητα βελτιώθηκαν στους ασθενείς υποδεικνύοντας ότι η πορεία και η συχνότητα των συγκοπτικών επεισοδίων καθώς και η εμφάνιση και εξέλιξη των δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού επηρεάζονται από την ενδεχόμενη ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς, από τους πιθανούς δυσπροσαρμοστικούς τρόπους προσαρμογής των γονέων στις καθημερινές δυσκολίες και συνολικότερα από τη στάση των γονέων απέναντι στο παιδί με Συγκοπτικά Επεισόδια και τη γενικότερη οικογενειακή ατμόσφαιρα

επιβεβαιώνοντας την αρχική μας υπόθεση ότι ασθενείς οικογενειακοί δεσμοί και ασταθής σχέση με τους γονείς είναι σημαντικοί παράγοντες έναρξης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στους εφήβους. Παρ' όλο που δεν μπορεί σαφώς να αποδειχτεί από την παρούσα μελέτη ότι η κατάθλιψη βελτιώθηκε στα παιδιά που μελετήσαμε επειδή η οικογένεια λειτούργησε καλύτερα ή το αντίστροφο, τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία της οικογενειακής λειτουργίας σε παιδιατρικούς ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια.

Για διάστημα 2 ετών υιοθετήθηκε για τα παιδιά που απετέλεσαν το δείγμα σύγκρισης της μελέτης μια συντηρητική στρατηγική διαχείρισης της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής η οποία αποτελείτο από εφησυχασμό του ασθενούς και της οικογένειας, αυξημένη κατανάλωση νερού και άλατος, επαναλαμβανόμενες διαδικασίες ανάκλισης με σκοπό την εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς και λεπτομερείς οδηγίες για την έγκαιρη αναγνώριση πρόδρομης - συμπτωματολογίας και για κατάλληλες ασκήσεις πρόληψης των συγκοπτικών επεισοδίων. Επίσης, παρασχέθηκε σε όλους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ψυχολογική υποστήριξη. Δύο έτη μετά κανένα από τα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια δεν παρουσίασε συγκοπτικό επεισόδιο ενώ η καταθλιπτική συμπτωματολογία τους μειώθηκε σημαντικά, παραμένοντας αντιθέτως σταθερή στα υγιή παιδιά, γεγονός που προτείνει ότι πιθανώς υπάρχει συννόσηση μεταξύ συγκοπτικών επεισοδίων και ψυχολογικής καταπόνησης στα παιδιά και τους εφήβους, χωρίς ωστόσο να είναι ξεκάθαρο αν τα Συγκοπτικά Επεισόδια οφείλονται στην ψυχολογική καταπόνηση ή αν η ίδια η ψυχολογική καταπόνηση προκαλεί Συγκοπτικά Επεισόδια. Ωστόσο, διαφαίνεται ότι η παρέμβαση μέσω ψυχολογικής υποστήριξης δύναται να βελτιώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και κατ' επέκταση την εμφάνιση των συγκοπτικών επεισοδίων.

Σε κάθε περίπτωση, το μικροσύστημα (άμεσο πλαίσιο της οικογένειας, όπου το άτομο αλληλεπιδρά τον περισσότερο καιρό) και το εξωσύστημα (σχολείο) είναι στενά συνδεδεμένα με την υγεία του παιδιού και την υγιή σωματική και ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη, ενώ η παρέμβαση μέσω ψυχολογικής υποστήριξης

είναι δυνατόν να βοηθήσει σημαντικά τόσο την ψυχολογική καταπόνηση όσο και την εμφάνιση της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής στα παιδιά και τους εφήβους οι οποίοι σε πρώτο επίπεδο βιώνουν όχι μόνο απειλητικά για τη ζωή φαινόμενα όπως ένας ενδεχόμενος τραυματισμός κατά τη διάρκεια του επεισοδίου αλλά και μια σημαντικά χαμηλή ποιότητα ζωής, όμοια με την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή από χρόνια οσφυαλγία ( Linzer και συν. 1991, 1994).

## Περίληψη

Τα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια είναι κοινά στα παιδιά και τους εφήβους, ενώ έχει αναφερθεί ότι το 15% αυτών έχουν βιώσει τουλάχιστον 1 συγκοπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας.

Ενώ τα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια έχουν συνδεθεί κατά το παρελθόν με ψυχιατρική συνοσηρότητα σε ενήλικες, ελάχιστα σχετικά στοιχεία υπάρχουν για τα παιδιά και τους εφήβους ενώ μέχρι σήμερα καμία έρευνα δεν έχει αξιολογήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπή σε σύγκριση με υγιή παιδιά. Δεν είναι επιπλέον γνωστό αν η βελτίωση ψυχοκοινωνικών δεικτών επηρεάζει ή όχι την κλινική εικόνα της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής.

Ο σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν α) να αξιολογηθούν η καταθλιπτική συμπτωματολογία, το προφίλ αυτοεκτίμησης και οι δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια σε σύγκριση με δείγμα υγιών παιδιών, β) να εξεταστεί το ψυχολογικό προφίλ των γονέων και η συνοχή και προσαρμοστικότητα της οικογένειας και αν και πώς αυτά επηρεάζουν την πορεία της νόσου και γ) να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της εμφάνισης των συγκοπτικών επεισοδίων και της μεταβλητότητας του ψυχολογικού προφίλ κατά τη διάρκεια ενός μέσου διαστήματος επανεκτίμησης της κατάστασης (2 έτη). Για τη διερεύνηση περιορισμών που σχετίζονται με την ετεροαναφορά των γονέων σχετικά με τις ενδογενείς διαταραχές των παιδιών τους, συμπεριελήφθησαν και συνεντεύξεις με τους εκπαιδευτικούς των παιδιών και των δύο ομάδων και στις δύο φάσεις της μελέτης.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 45 παιδιά με διαγνωσμένα Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια ηλικίας  $12.3 \pm 2.9$  ετών. Η διάγνωση προϋπέθετε την ύπαρξη  $\geq 1$  συγκοπτικών επεισοδίων με τυπική εικόνα τα οποία αναπαρήχθησαν κατά τη δοκιμασία ανάκλισης (tilt-table testing) με απουσία οποιασδήποτε καρδιακής νόσου και τα οποία συγκρίθηκαν με 45 υγιή παιδιά όμοια ως προς το φύλο και την ηλικία.



Για τη συλλογή δεδομένων ψυχολογικής φύσης πραγματοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη με τα παιδιά, τους γονείς τους και τους εκπαιδευτικούς ενώ χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα για τον ελληνικό πληθυσμό και στις δύο φάσεις της εκτίμησης. Από τους 45 ασθενείς του δείγματος σύγκρισης στην πρώτη φάση, οι 36 (80%) προσήλθαν σε επανεκτίμηση (follow up), ενώ από το δείγμα ελέγχου σχετικά αντίστοιχο ποσοστό ( $p=0.78$ ) (38/45, 84.4%) με εκείνο των ασθενών έλαβαν μέρος στην επανεκτίμηση μετά με τη μη συμμετοχή των ασθενών στη φάση του follow up ( $n=9$ ) να οφείλεται σε μετακόμισή τους σε άλλη πόλη.

Η ύπαρξη καταθλιπτικού συναισθήματος στα παιδιά αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου για την παιδική κατάθλιψη (Children's Depression Inventory), ο βαθμός αυτοεκτίμησης αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου «Πώς αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου» (Self-Perception Profile for Children), ενώ με σκοπό την πρώιμη ανίχνευση των δυνατοτήτων και δυσκολιών των παιδιών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire) το οποίο χορηγήθηκε στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς των υγιών και ασθενών παιδιών του δείγματος της μελέτης. Η λειτουργικότητα της οικογένειας αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Κλίμακα Εκτίμησης Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), ενώ για την επισήμανση ψυχικών διαταραχών στους γονείς χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ -28). Η επιθετικότητα των γονέων μετρήθηκε μέσω του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) ενώ τέλος, για την αξιολόγηση του αμυντικού προφίλ των γονέων χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ (Defense Style Questionnaire).

Στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την επανεκτίμηση υιοθετήθηκε μια συντηρητική στρατηγική διαχείρισης της Νευροκαρδιογενούς Συγκοπής ενώ παρασχέθηκε σε όλους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ψυχολογική υποστήριξη, και κυρίως στα παιδιά με συνολικό CDI σκορ που καταδείκνυε κλινικά σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα ( $CDI \geq 15$ ,  $n = 16$ ), τα οποία παραπέμπονταν στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝΙ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά την πρώτη εκτίμηση οι ασθενείς παρουσίαζαν περισσότερα ( $p=0.008$ ) καταθλιπτικά συμπτώματα από τον υγιή πληθυσμό σε σχέση με τον αριθμό των συγκοπτικών επεισοδίων ( $p=0.011$ ), την προβληματική σχέση με τους γονείς ( $p=0.041$ ) και τη φτωχή οικογενειακή συνοχή ( $p=0.002$ ). Κατά την επανεκτίμηση (follow – up) τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώθηκαν στους ασθενείς ( $p<0.001$ ) παραμένοντας σταθερά στους υγιείς, ενώ η σχέση γονέα – παιδιού ( $p=0.011$ ), η οικογενειακή συνοχή ( $p=0.032$ ) και η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ( $p<0.001$ ) βελτιώθηκαν επίσης στα ασθενή παιδιά. Κανένα συγκοπτικό επεισόδιο δεν αναφέρθηκε κατά το διάστημα των 2 ετών, γεγονός ( $p=0.048$ ) το οποίο μαζί με τη βελτίωση της σχέσης γονέα- παιδιού ( $p=0.019$ ) σχετίστηκαν με τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα ευρήματά μας σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι ασθενείς οικογενειακοί δεσμοί και ασταθής σχέση με τους γονείς είναι σημαντικοί παράγοντες έναρξης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στους εφήβους. Παρ' όλο που δεν μπορεί σαφώς να αποδειχτεί από την παρούσα μελέτη ότι η κατάθλιψη βελτιώθηκε στα παιδιά που μελετήσαμε, επειδή η οικογένεια λειτούργησε καλύτερα ή το αντίστροφο, τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία της οικογενειακής λειτουργίας σε παιδιατρικούς ασθενείς με Νευροκαρδιογενή Συγκοπή. Τέλος τα αποτελέσματά μας προτείνουν πιθανή συννόηση μεταξύ συγκοπτικών επεισοδίων και ψυχολογικής καταπόνησης στα παιδιά και τους εφήβους χωρίς ωστόσο να είναι ξεκάθαρο αν τα Συγκοπτικά Επεισόδια οφείλονται στην ψυχολογική καταπόνηση ή αν η ίδια η ψυχολογική καταπόνηση προκαλεί Συγκοπτικά Επεισόδια. Ωστόσο, διαφαίνεται ότι η παρέμβαση μέσω ψυχολογικής υποστήριξης δύναται να βελτιώσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά με Νευροκαρδιογενή Συγκοπτικά Επεισόδια και κατ' επέκταση την εμφάνιση των συγκοπτικών επεισοδίων.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση σε μεγαλύτερες μελέτες παρέμβασης που θα προσφέρουν μια πιο εμπειριστατωμένη γνώση της πιθανής παθοφυσιολογικής σύνδεσης της

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των Νευροκαρδιογενών Συγκοπτικών επεισοδίων στον παιδιατρικό πληθυσμό.

## Summary in English

Neurocardiogenic syncope (NCS) is common in children and adolescents, with an incidence of approximately 15% having suffered from at least one episode during the early puberty.

While NCS has been long linked to psychiatric morbidity relevant information in children and adolescents with NCS is limited while, to this end, no studies have evaluated depressive symptoms in pediatric NCS patients in comparison with healthy controls and it is not known whether improvement in psychosocial indices affects the clinical course of NCS.

The aim of the present study was (a) to assess depressive symptomatology, self-perception profile and strengths and difficulties in children and adolescents with NCS, in comparison with an age- and gender-matched sample of healthy participants; (b) to examine the parents' psychological profile, as well as family cohesion and adaptability and if and how these influence the NCS and (c) to examine the relationship between syncope recurrence and alterations in the psychological profile during a medium-term follow-up (2 years). To account for limitations associated with parents' reports of their children's internalized disorders we included interviews of the teachers of both samples in both phases.

For our study 45 patients ( $12.3 \pm 2.9$  years of age) with neurocardiogenic syncope (diagnosed as  $\geq 1$  syncopal-episodes with typical symptoms, reproduced by tilt-tabletesting, in the absence of structural or primary electrical heart disease) were compared with 45 age - and gender - matched controls.

For the collection of the psychological data a semi-structured interview with children their parents and teachers was held, while standardized tools for the Greek population in both phases of the assessment were also used. Out of the 45 patients in the comparison sample in the first phase, 36 (80%) went to reevaluation (follow up), while of the control sample similar percentage ( $p = 0.78$ ) (38/45, 84.4%) to that

of patients took part in the reassessment. Non-participation of patients in the follow up phase (n = 9) was due to their movement to another city.

The presence of depressive symptoms in children was assessed using the Children's Depression Inventory, the degree of self-esteem was assessed using the questionnaire Self-Perception Profile for Children, while for the early detection of strengths and difficulties of children the Strengths and Difficulties Questionnaire was issued to parents and teachers of healthy and sick children of our sample. The functionality of the family was evaluated using the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, while for labeling psychological disorders in parents we administered the General Health Questionnaire (GHQ -28). Aggression and Direction of Aggression of parents was measured using the Hostility and direction of Hostility Questionnaire and finally, for the evaluation of the defensive profile of parents the Defense Style Questionnaire was used.

During the 2 years between the first evaluation and the reevaluation a conservative management strategy of Neurocardiogenic Syncope was adopted and psychological counseling was offered, focusing on patients with clinically significant depressive symptoms (CDI  $\geq$  15, n = 16) and their families which were referred to the outpatient department of Psychiatry of University Hospital of Ioannina.

The study resulted that at baseline, patients showed more (p=0.008) depressive symptoms than controls, correlating with the number of syncopal episodes (p=0.011), impaired relationship with parents (p=0.041) and poor family cohesion (p=0.002). During follow-up, depressive symptoms decreased in patients (p<0.001), but remained stable in controls. Child - parent relationship (p=0.011), family cohesion (p=0.032) and family adaptability (p<0.001) improved at follow-up in patients. No recurrent syncope was noted during follow-up and this (p=0.048) along with improvement in child-parent relationship (p=0.019) were associated with depressive symptoms improvement.

Our findings suggest that poor family relationships and unstable relationship with parents are important initiators of psychosomatic symptoms in adolescents.

Although it cannot clearly be demonstrated by this study that depression improved in children we studied, because the family functioned better or the opposite, our results highlight the importance of family functionality in pediatric patients with NCS. Finally, our results suggest a possible comorbidity between syncope and psychological distress in children and adolescents but it is not clear if syncope is caused by psychological distress or the psychological distress itself cause syncope. However, it appears that intervention through psychological counseling may improve depressive symptoms in children with NCS and thus the recurrence of syncope.

Our findings call for further investigation in larger controlled clinical interventional studies that will aid better understanding of the possible pathophysiological association between depressive symptomatology and NCS in pediatric populations.

## Βιβλιογραφία

1. Abboud FM. Neurocardiogenic syncope. *N Engl J Med* 1993; 328: 1117–19.
2. Aleham D, Celoker A, Ozme S: Head-up tilt test: A highly sensitive, specific test for children with unexplained syncope. *Pediatr Cardiol* 17:86-90, 1996
3. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edn.3rd, revised, DSM-III-R, Washington DC : APA.
4. Anderson, K.W., Taylor, S. & McLean, P.D. (1996). Panic disorder associated with blood injury reactivity: The necessity of establishing functional relationships among maladaptive behaviours. *Behaviour Therapy*, 27, 463-472
5. Anderson JB, Czosek RJ, Knilans TK, Marino BS. The effect of paediatric syncope on health-related quality of life. *Cardiol Young*. 2012:1-6.
6. Atkins D, Hanusa B, Sefcik T, Kapoor WN. Syncope and orthostatic hypotension. *Am J Med* 1991; 91: 179-185.
7. Balaji S, Oslizlok PC, Allen MC, McKay CA, Gillette PC. Neurocardiogenic syncope in children with normal heart. *J Am Coll Cardiol* 1994; 23: 779–85.
8. Benditt DG, Ferguson DW, Grubb BP, Kapoor WN, Kugler J, Lerman BB, et al. Tilt table testing for assessing syncope. *J Am Coll Cardiol* 1996; 28: 263-275.
9. Benditt DG, Remole S, Listein S, Bailin S. Syncope: causes, clinical evaluation, and current therapy. *Annu Rev Med* 1992; 43:283-300.
10. Bloom BL, Naar S. (1994). Self-report measures of family functioning: Extensions of a factor analysis. *Family Process*, 33: 203-216
11. Bond M. An Empirical study of Defense Styles: The Defense Style Questionnaire. In Vaillant G.E. (ed.): *Ego Mechanisms of Defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
12. Bond M. and Wesley S.: *Manual for the Defense Style Questionnaire*. Scoring manual available from Dr. Bond, 1996.
13. Bond M. Defense Style Questionnaire. Vaillant G.E. (ed.), *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1986.

14. Bond M., Gerdner S.T., Christian J., Sigal J.J. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch. Gen. Psychiatry* 40: 333-338, 1983.
15. Bond, M., et al. (1989). Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality disorders*, 8(1), 28-31.
16. Bond, MP, & Vaillant, JS (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry*, 43(3), 285-288.
17. Braden DF, Gaynes CH. The diagnosis and management of syncope in children and adolescents. *Pediatr Ann* 1997;26:422-426.
18. Byars KC, Brown RT, Campbell RM, Hobbs SA. Psychological Adjustment and Coping in a Population of Children with recurrent syncope 2000; 21:3: 189-197
19. Caine, T.M., Foulds, G.A. & Hope, K. (1967) *Manual of the hostility questionnaire*. London: University of London Press
20. CBCL, Achenbach ASEBA, 2011
21. Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24,461-470
22. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155-159
23. Connolly S, Sheldon R, Thorpe KE, Roberts RS, Ellenbogen KA, Wilkoff BL, Morillo C, Gent M; VPS II Investigators. Pacemaker therapy for prevention of syncope in patients with recurrent severe vasovagal syncope. *Jama* 2003;289:2224-2229
24. Davidson E, Rotenberg Z, Fuchs J, Weinberger I, Agmon J. Transient ischemic attack-related syncope. *Clin Cardiol.* 1991; 14:141-4.
25. Day SC, Cook EF, Funkestein H, Goldman L. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982; 73:15-23
26. Delgado, Carlos A. Syncope. In *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. G. Fleisher and S. Ludwig, eds. 4d ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2000:593-599.



27. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, Am Psychiatric Association, 1994: 327.
28. Driscoll DJ, Jacobsen SJ, Porter CJ, et al. Syncope in children and adolescents. *J Am Coll Cardiol* 1997;29: 1039 – 45
29. Driscoll DJ, Jacobsen SJ, Porter CJ, Wollan PC. Syncope in children and adolescents. *J Am College of Cardiology*. 29(5):1039-45, 1997
30. Eagle KA, Black HR, Cook EF, and Goldman L. Evaluation of prognostic classifications for patients with syncope. *Am J Med*. 1985; 79:455-60.
31. Emmanouilides, G., T. Riemenschneider, H. Allen, and H. Gutgesell, eds. *Heart Disease in Infants, Children and Adolescents*. (Moss and Adams.) 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
32. Engel GL. Psychologic stress, vasodepressor (vasovagal) syncope, and sudden death. *Ann Intern Med*. 1978; 89:403-12.
33. George DT, Nutt DJ, Rawlings RR, Philips MJ, Eckardt MJ, Potter WZ, Linnoila M. Behavioral and endocrine responses to clomipramine in panic disorder patients with or without alcoholism. *Biol Psychiatry*. 1995;37: 112–119.
34. Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope - Update 2004 - *Europace* (2004) 6, 467e537
35. Fitzpatrick A, Theodorakis G, Vardas P, Sutton R. Methodology of head-up tilt testing in patients with unexplained syncope. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17:125-130.
36. Garyfallos et al. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 371-378.
37. Geggel RL. Evaluation of pediatric chest pain. In: Rose BD, ed. *UpTo-Date*. Wellesley, MA: UpToDate; 2003
38. Giannakopoulos G, Kazantzi M, Dimitrakaki C, Tsiantis J, Kolaitis G, Tountas Y. Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the

- Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(8):485–492
39. Goldberg D, Williams P. *A user's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor : NFER-Nelson, 1988
  40. Goldberg DP, Hillier VF. A scale version of the general questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9:139-45.
  41. Goodman R, 1994: A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strength: A Research note. *J child Psychol Psych*, 1483-1494
  42. Goodman R. (1997) The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J Child Psychol, Psych, Allied Discip*, 38(5), 581-586
  43. Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. (This article includes up-to-date psychometric information on this scale.)
  44. Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27 (1), 17-24.
  45. Goodman, R., Meltzer, H. and Bailey, V.(1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-30.
  46. Green TG, Harris RN, Forte JA, Robinson M (1991). Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 Families. *Family Process*, 30: 55-73
  47. Greenwood RD, Rosenthal A, Paris L, Fyler DC, Nadas AS. Extracardiac anomalies in children with congenital heart disease. *Pediatrics*.1975;55:485–492
  48. GrimmW, DegenhardtM, Ho.mann J, Menz V, Maisch WB. Syncope recurrence can better be predicted by history than by head-up tilt testing in untreated

- patients with suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J* 1997; 18: 1465–9.
49. Grossi D, Nozzoli C, Roca ME, Santostasi R, Simone F. Head-up tilt for triggering and diagnosing syncope. *Funct Neurol* 1987;2:457-464
  50. Grubb BP, Gerard G, Roush K, et al. Cerebral vasoconstriction during head-upright tilt-induced vasovagal syncope: a paradoxical and unexpected response. *Circulation* 1991; 84:1157-1164.
  51. Grubb BP, Temesy-Armos P, Hahn H, Elliot L. Utility of upright tilt table testing in the evaluation and management of syncope of unknown origin. *Am J Med* 1991; 90:6-10.
  52. Grubb BP, Temesy-Armos P, Moore J, Wolfe D, Hahn H, Elliot L. The use of head-upright tilt table testing in the evaluation and management of syncope in children and adolescents. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1992; 15:742-8.
  53. Grubb BP, Wolfe DA, Gerard G et al. Syncope and seizures of psychogenic origin: identification with head-upright tilt table testing. *Clin Cardiol* 1992; 15: 834–842.
  54. Grubb, B., and B. Armonk Olshansky, eds. *Syncope: Mechanisms and Management*. NY: Futura Publishing Company, 1998.
  55. Grubb, B.P. & Koskinski, D.J. (1995). Serotonin and syncope: an emerging connection? *European Journal of Cardiac Pacing and Electrophysiology*, 5(6), 306-314
  56. Guilleminault C, Gelb M. Clinical aspects and features of cataplexy. In: Fahn S, Hallett M, Luders HO, Marsden CD, editors. *Negative motor phenomena*, vol. 67; 1995. p.65 – 77
  57. Hammill SC. Value and limitations of non-invasive assessment of syncope. *Cardiologic Clinic* 15(2):195-218, 1997
  58. Hart GT, Evaluation of syncope. *Am Fam Physician* 1995; 51: 1941-1948, 1951-1952.

59. Harter, S. & Pike, R. (1980). *The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance*. Denver, Co.: University of Denver.
60. Harter, S. (1988). *The Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver, Co.: University of Denver.
61. Harter, Susan. 1982. "The Perceived Competence Scale for Children." *Child Development* 53: 87-97.
62. Harter, Susan. 1985. *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver, Colorado: University of Denver.
63. Harter, Susan. 1990. "Causes, Correlates, and the Functional Role of Global Self-Worth: A Lifespan Perspective." In, R. Sternberg and J. Kolligan, eds., *Competence Considered*. New Haven: Yale University Press, pp. 67-97.
64. Henderson MC, Prabhu SD. Syncope: current diagnosis and treatment. *Curr Probl Cardiol* 1997;22:244-251.
65. Hoefnagels WAJ, Padberg GW, Overweg J, et al. Transient loss of consciousness: the value of the history for distinguishing seizure from syncope. *J Neurol* 1991;238: 39e43.
66. Hurst JW, Schlant Rc, Rackley CE, Sansen-block EH, Wenger NK. Syncope : Pathophysiology, recognition and treatment. In: Hurst JW, et al., eds. *The heart, arteries and veins*. 7th de. New York: McGraw-Hill, 1990: 582.
67. Hyphantis T, Kaltsouda A, Triantafillidis JK, Platis O, Karadagi S, Christou C, Mantas Ch, Argyropoulos A, Mavreas V : "Personality correlates of adherence to type 2 diabetes regimens", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(1): 103-107, 2005.
68. Hyphantis TN, Triantafillidis JK, Pappa S, Mantas C, Kaltsouda A, Cherakakis P, Alamanos Y, Manousos ON, Mavreas V. "Defense mechanisms in inflammatory bowel disease" *Journal of Gastroenterology* 40 (1):24-30, 2005
69. Jacobson, AM et al. (1992). An approach to evaluating adolescent ego defense mechanisms using clinical interviews. Σε G.E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of*

ego mechanisms of defense (pp. 89-99). Washington, DC: American Psychiatric Press.

70. Jansen RW, Lipsitz LA. Postprandial hypotension: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *Ann Intern Med* 1995; 122: 286-295.
71. Johnsrude, CL. Current Approach to Pediatric Syncope. *Pediatric Cardiology* 21:522-531, 2000.
72. Judd FK, Apostolopoulos M, Burrows GD, Norman TR. Serotonergic function in panic disorder: endocrine responses to D-fenfluramine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1994;18:329–337.
73. Kapoor DG, Scott JR, Khatami V: Assessment of coping strategies associated with syncope in blood donors. *J Psychosom Res* 29:207-214, 1984
74. Kapoor W. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine* 1990; 69:160-175
75. Kapoor WN, Fortunato M, Hanusa BH, Schulberg HC. Psychiatric illnesses in patients with syncope. *Am J Med*. 1995;99:505-12
76. Kapoor WN, Karpf M, Maher Y, Miller RA, Levey GS. Syncope of unknown origin. The need for a more cost-effective approach to its diagnosis evaluation. *JAMA*. 1982; 247:2687-91.
77. Kapoor WN, Karpf M, Wieand S, Peterson JR, Levey GS. A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope. *N Engl J Med*. 1983;309:197-204
78. Kapoor WN, Peterson J, Wieand HS, Karpf M. Diagnostic and pronostic implications of recurrences in patients with syncope. *Am J Med* 1987; 83:700-708.
79. Kapoor WN, Schulberg HC. Psychiatric disorders in patients with syncope. In: Grubb BP, Olshansky B - *Syncope: Mechanisms and Management*. New York: Futura Publishing, 1998: Cap. 9: 253-64.

80. Kapoor WN, Smith MA, Miller NL. Upright tilt testing in evaluating syncope: a comprehensive literature review. *Am J Med.* 1994;97:78-88
81. Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. *Am J Med* 1991; 90: 91-106.
82. Kapoor WN. Evaluation and management of the patient with Syncope. *Journal of the American Medical Association*, 268 (18), 2553-2560, 1992
83. Kapoor WN. Is there an effective treatment for neurally mediated syncope? *JAMA* 289, 17, 2272-2275, 2003
84. Kapoor WN. Workup and management of patients with syncope. *Med Clin North Am* 1995; 79: 1153-70.
85. Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, Sutton R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope. *Lancet.* 1986; 1:1352-5.
86. Koenig, D., Linzer, M., Pontinen, M. & Divine, G.W. (1992). Syncope in young adults:evidence for a combined medical and psychiatric approach. *Journal of Internal Medicine*, 232,169-176
87. Kosinsky D, Grubb BP, Temesy-Armos P. Pathophysiological aspects of neurocardiogenic syncope: current concepts and new perspectives. *Pacing Clin Electrophysiol* 1995;18:716-724
88. Kouakam C, Lacroix D, Klug D, Baux P, Marquie C, Kacet S. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorder in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. 2002 *Am J Card*;89:530-535
89. Kouakam C, Lacroix D, Vaksmann G et al. Determinants of e.cacy of beta-blocker therapy in patients with asystole induced during head-up tilt testing. *Ann Noninvas Electrocard* 1999; 4: 377–84.
90. Kouakam C, Vaksmann G, Lacroix D, Godart F, Kacet S, Rey C. Value of the tilt test in the management of unexplained syncope in children and adolescents. *Arch Mal Coeur* 1997; 90: 679–86.
91. Kovacs M. 1981. Rating Scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315

92. Kovacs M: Children's Depression Inventory. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems, Inc., 1988
93. Kovacs, M. (1992). The Children's Depression Inventory (CDI) manual. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
94. Kovacs, M. 1985. The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacol. Bull.* 21: 995-998
95. Kozak, M.J. & Montgomery, G.K (1981). Multi modal behavioural treatment for recurrent injury-scene-elicited fainting (vasodepressor syncope). *Behavioural Psychotherapy*, 9, 316-321
96. Kreisman, D.E. and Joy, V.D. "Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature" *Schizophrenia Bulletin* (1974), 10, 34-57.
97. Kreisman, D.E., Simmens, S.J. and Joy, V.D. "Rejecting the patient: Preliminary validation of a self-report scale" *Schizophrenia Bulletin*, (1979) Vol 5, No 2, 220-222.
98. Lacroix D, Kouakam C, Klug D et al. Asystolic cardiac arrest during head-up tilt test: incidence and therapeutic implications. *PACE* 1997; 20: 2746–54.
99. Lempert T, Bauer M, Schmidt D. Syncope: a videometric analysis of 56 episodes of transient cerebral hypoxia. *Ann Neurol* 1994;36:233e7.
100. Lerman-Sagie T, Rechavia E, Strasberg B, Sagie A, Blieden L, Mimouni M. Head-up tilt for the evaluation of syncope of unknown origin in children. *J Pediatr.* 1991; 118:676-9.
101. Lewin, R.J.P. (1999). Improving quality of life in angina: a rehabilitative approach. *Heart*, 82, 654-655
102. Lin AE. Congenital heart defects in chromosome abnormality syndromes. In: Emmanouilides GC, Riemenschneider TA, Allen HD, Gutgesell HP, eds. *Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents*. 5th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1995;1:633–643
103. Linzer M, Felder A, Hackel A, Perry AJ, Varia I, Melville ML, et al. Psychiatric syncope: a new look at an old disease. *Psychosomatics*. 1990; 31:181-8.

104. Linzer M, Pritchett ELC, Pontinen M, McCarthy E, Divine GW. Incremental diagnostic yield of loop electrocardiographic recorders in unexplained syncope. *Am J Cardiol.* 1990;66:214-9
105. Linzer M, Yang EH, Estes NA, Wang P, Vorperian V, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. The Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1997;126:989-96
106. Linzer M., Gold, D.T., Pontinen, M., Divine, G.W., Felder, G.W. & Brooks, W.B. (1994). Recurrent syncope as a chronic disease: preliminary validation of a disease specific measure of functional impairment. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 181-186
107. Linzer, M., Pontinen, M., Gold, D.T., Divine, G.W, Felder, G.W. & Brooks, W.B. (1991). Impairment of physical and psychosocial functioning in recurrent syncope. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 1037-1043
108. Maloney JD, Jaeger FJ, Foudad-Tarazi FM, Morris HH. Malignant vasovagal syncope: prolonged asystole provoked by head-up tilt. Case report and review of diagnosis, pathophysiology, and therapy. *Cleve Clin J Med* 1988;55: 542-548.
109. Manolis AS, Linzer M, Salem D, Estes NA. Syncope : Current diagnostic evaluation and management. *Ann Intern Med* 1990; 112: 850-863.
110. Martin GJ, Adams SL, Martin HG, Mathews J, Zull D, Scanlon PJ. Prospective evaluation of syncope . *Ann Emerg Med* 1984; 13:499-504.
111. McGrady, A. (1996). Good news – bad press: Applied psychophysiology in cardiovascular disorders. *Biofeedback and Self-regulation*, 21(4), 335-346
112. McLeod KA. Syncope in childhood. *Arch Dis Child.* 2003;88:350-3
113. Moya A, Permanyer-Miralda G, Sagrista-Sauleda J et al. Limitations of head-up tilt test for evaluating the efficacy of therapeutic interventions in vasovagal syncope: results of a controlled study of etilefrine versus placebo. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 65–9.



114. Muller G, Deal BJ, Strasburger JF, Benson W. Usefulness of metoprolol for unexplained syncope and positive upright tilt table testing in young persons. *Am J Cardiol* 1993; 71: 592–595.
115. Nakada Y. A study of psychosocial factors in the psychosomatic symptoms of adolescents in Okinawa. *Acta Paediatr Jpn.* 1992;34(3):301-9.
116. Natale A, Sra J, Dhala A, Wase A, Jazayeri M, Deshpande S, Blanck Z, Akhtar M. Efficacy of different treatment strategies for neurocardiogenic syncope. *Pacing Clin Electrophysiol* 1995; 18: 655-662.
117. Newton JL, Kenny RA, Baker C. (2003). Cognitive behavioural therapy in those with treatment resistant vasovagal/neurocardiogenic syncope. *Europace*, 5, 299-301.
118. Olson DH (1991). Commentary: three Dimensional (3-D) Circumplex Model and Revised Scoring of FACES III. *Family Process*, 30:74-79
119. Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). FACES III. St. Paul: University of Minnesota, Department of Family Science.
120. Overweg J, Roos RA, van Dijk JG, Kamphuisen HA. Syncope or seizure? The diagnostic value of the EEG and hyperventilation test in transient loss of consciousness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1991; 54:953-6.
121. Patients with syncope admitted to medical intensive care units. *JAMA* 1982; 248: 1185-1189.
122. Petersen MEV. The clinical spectrum of neurocardiogenic syncope. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1995; 6: 54–8.
123. Pratt J, Fleisher G. Syncope in children and adolescents. *Pediatr Emerg Care* 1989;5: 80 – 2
124. Pratt JL, Fleisher GR: Syncope in children and adolescents. *Pediatr Emerg Care* 1989 Jun; 5(2): 80-2
125. Rapee, R.M., Sanderson, W.C., McCauley, P.A. & Di Nardo, P. (1992). Differences in reported symptom profile between panic disorder and other DSM-III anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 45-52

126. Rose, M.S., Koshman, M.L., Spreng, S. & Sheldon, R. (2000). The relationship between health related quality of life and frequency of spells in patients with syncope. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1209-1216
127. Ruckman RN. Cardiac causes of syncope. *Pediatr Rev* 1987; 9: 101–8.
128. Sabin, N. (2001) The use of applied tension and cognitive therapy to manage syncope (common faint) in an older adult. *Aging and Mental Health*; 5(1):92-94
129. Sakaguchi S, Shultz JJ, Remole SC, Adler SW, Lurie KG. Syncope associated with exercise, a manifestation of neurally mediated syncope. *Am J Cardiol*. 1995;75:476-81
130. Salim MA, Ware LE, Barnard M, Alpert BS, DiSessa TG. Syncope recurrence in children: relation to tilt-test results. *Pediatrics* 1998; 102: 924–6.
131. Savage, D.D., Corwin, L. & McGee, D.L. (1985). Epidemiologic features of isolated syncope: The Framingham Study. *Stroke*, 16, 626-629
132. Scott WA, Pongiglione G, Bromberg BI et al. Randomized comparison of atenolol and fludrocortisone acetate in the treatment of pediatric neurally mediated syncope. *Am J Cardiol* 1995; 15: 400–402.
133. Scott WA. Evaluating the child with syncope. *Pediatr Ann* 1991; 20: 350–9.
134. Shaffer, C., Jackson, L. & Jarecki, S. (2001). Characteristics, perceived stressors, and coping strategies of patients who experience neurally mediated syncope. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 30(4), 244-249
135. Sheldon R, Rose S, Flanagan P, Koshman SL, Killan S. Risk factors for syncope recurrence after a positive tilt table test in patients with syncope. *Circulation* 1996; 93: 973–81.
136. Sledge, W. & Boydston, J.A. (1979). Vasovagal syncope in aircrew. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(2), 114-124
137. Sledge, W. (1978). Antecedent psychological factors in the onset of vasovagal syncope. *Psychosomatic Medicine*, 40(7), 568-579
138. Sneddon J, Camm J. Vasovagal syncope: Classification, investigation and treatment. *Br J Hosp Med* 1993; 49: 329-334.

- 139.SRA JS, Akhtar M. Cardiac pacing during neurocardiogenic (vasovagal) syncope. *J Cardiovascular Electrophysiology* 1995; 6: 751-760.
- 140.Sra JS, Anderson AJ, Sheikh SH, Avitall B, Tchou PJ, Troup PJ, et al. Unexplained syncope evaluated by electrophysiologic studies and head-up tilt testing . *Ann Intern Med* 1991; 114: 1013-1019.
- 141.SRA JS, Jazayeri MR, Dhala A, Deshpande S, Blanck Z, Akhtar M. Neurocardiogenic syncope. Diagnosis, mechanisms, and treatment. *Cardiology Clinics* 1993; 11: 183-191.
- 142.Strasberg B, Rechavia E, Sagie A, Kisniec J, Mager A, Sclarovsky S, et al. The head-up tilt table test in patients with syncope of unknown origin. *Am Heart J.* 1989;118(5 Pt 1):923-7.
- 143.Strieper MJ, Auld DO, Hulse JE, and Campbell RM: Evaluation of recurrent pediatric syncope: Role of tilt table testing. *Pediatrics* 93:660-662, 1994
- 144.Sutton R, Petersen M, Brignole M, Raviele A, Menozzi C, Giani P. Proposed classification for tilt induced vasovagal syncope. *Eur J Cardiac Pacing Electrophysiol* 1992; 2: 180–3.
- 145.Sutton R, Petersen MB. The clinical spectrum of neurocardiogenic syncope. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1995; 6: 569-576.
- 146.Sutton R. Is there any effective pharmacological treatment in the prevention of vasovagal syncope? *Arch Mal Coeur* 1996; 89: 25–8.
- 147.Tanaka H, Thulesius O, Yamaguchi O, Mino M. Circulatory responses in children with unexplained syncope evaluated by continuous non-invasive finger blood pressure monitoring. *Acta Paediatr* 1994;83:754-761
- 148.Thilenius OG, Quinones JA, Husanyi TS, Novak J. Tilt test for the diagnosis of unexplained syncope in pediatric patients. *Pediatrics* 1991; 87: 334–8.
- 149.Thompson, A. (1999). Cognitive-behavioural treatment of blood-injury-injection phobia: a case study. *Behaviour Change*, 16, 182-190
- 150.Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Huesmann, L. R., & Zelli, A. 259 POSITIVE PARENTING (1997). Assessment of family relationship characteristics: A

- measure to explain risk for antisocial behavior and depression among urban youth. *Psychological Assessment*, 9, 212–223
151. Van Dijk, N., Velzeboer, S.C., Destree-Vonk, A., Linzer, M. & Wieling, W. (2001). Psychological treatment of malignant vasovagal syncope due to blood phobia. *Journal of Pacing and Clinical Electrophysiology*, 24, 122-124
152. Vanderheyden M, Goethals M, Nellens P, Andries E, Brugada P. Different humoral responses during head-up tilt testing among patients with neurocardiogenic syncope. *Am Heart J* 1998;135:67-73
153. Waddell, G., Somerville, D., Henderson, I., Newton, M. & Main, C.J. (1993). A fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168
154. Ward CR, Gray JC, Gilroy JJ, Kenny RA. Midodrine: a role in the management of neurocardiogenic syncope. *Heart* 1998; 79: 45–9.
155. Wieling W, Ganzeboom KS, Saul JP. Reflex syncope in children and adolescents. *Heart*. 2004;90:1094-100.
156. Williams, D.A. & Snaith, R.P. (1995). Anxiety: One of medicine's blindspots. *British Journal of Hospital Medicine*, 53, 126-127
157. Willis, J. Syncope. *Pediatrics in Review*. 2000;21;201-204.
158. Wolfe DA, Grubb BO, Kimmel SR. Head-Upright tilt test: A new Method of evaluating syncope. *Am Fam Physician* 1993; 47: 149-159.
159. Workup and management of patients with syncope. *Med Clin North Am*. 1995; 79: 1153-1170.
160. Younoszai AK, Franklin WH, Chan DP, Cassidy SC, Allen HD. Oral fluid therapy. A promising treatment for vasodepressor syncope. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 165–8.
161. Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

- 162.Μπίμπου Ι, Κιοσέογλου Γ & Στογιαννίδου Α. Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Ψυχολογία, 2000
- 163.Παπαγεωργίου Β. (2003) Εφηβική παραπτωματικότητα και λειτουργικότητα της οικογένειας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 82ˆ57-63
- 164.Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον Ελληνικό χώρο. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

## Παράρτημα Ι

# Depressive Symptoms and Neurocardiogenic Syncope in Children: A 2-Year Prospective Study

**AUTHORS:** Thomas N. Hyphantis, MD,<sup>a</sup> Argiro-Irene Pappas, MSc,<sup>a</sup> Antonios P. Vlahos, MD,<sup>b</sup> André F. Carvalho, MD,<sup>c</sup> James L. Levenson, MD,<sup>d</sup> and Theofilos M. Kolettis, MD<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Departments of Psychiatry, <sup>b</sup>Child Health, Pediatric Cardiology Division, and <sup>c</sup>Department of Cardiology, University of Ioannina Medical School, Ioannina, Greece; <sup>d</sup>Department of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil; and <sup>e</sup>Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

## KEY WORDS

neurocardiogenic syncope, depression, children, adolescence

## ABBREVIATIONS

CDI—Children's Depression Inventory

FACES—Family Adaptability and Cohesion Scale

HUTT—head-up tilt test

NCS—neurocardiogenic syncope

SDQ—Strengths and Difficulties Questionnaire

T<sub>1</sub>—baseline assessment

T<sub>2</sub>—follow-up assessment

Dr Hyphantis contributed to the conception and design of the study, supervised the acquisition of data, analyzed and interpreted the data, drafted the manuscript and approved its final version. Drs Pappas and Vlahos contributed to the conception and design of the study, as well as to data acquisition, analysis, and interpretation; drafted the manuscript; and approved its final version. Drs Carvalho and Levenson contributed to data analysis and interpretation, critically revised the manuscript for important intellectual content, and approved its final version. Dr Kolettis contributed to the conception and design of the study, as well as to data acquisition, analysis, and interpretation; critically revised the manuscript for important intellectual content; and approved its final version.

[www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-1379](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-1379)

doi:10.1542/peds.2012-1379

Accepted for publication Jun 26, 2012

Address correspondence to Thomas Hyphantis, MD, Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, 45110 Ioannina, Greece. E-mail: tyfantis@cc.uoi.gr

PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275).

Copyright © 2012 by the American Academy of Pediatrics

**FINANCIAL DISCLOSURE:** The authors have indicated they have no financial relationships relevant to this article to disclose.

**FUNDING:** No external funding.



**WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT:** Adult patients with neurocardiogenic syncope have shown high rates of depression. Patients with more severe depressive symptoms have higher rates of syncope recurrence. Psychiatric interventions improve quality of life and decrease syncope recurrence rates.



**WHAT THIS STUDY ADDS:** Children with neurocardiogenic syncope presented a 2.6-fold higher rate of clinically significant depressive symptoms compared to healthy controls. No recurrent syncope was noted during follow-up which along with improvement in family functioning predicted depressive symptoms improvement.

## abstract



**OBJECTIVE:** To evaluate prospectively the relationship between neurocardiogenic syncope (NCS) and depressive symptoms in pediatric patients.

**METHODS:** Forty-five patients (aged  $12.3 \pm 2.9$  years) with NCS (diagnosed as  $\geq 1$  syncopal episodes with typical symptoms, reproduced by tilt-table testing, in the absence of structural or primary electrical heart disease) were compared with 45 age- and gender-matched control subjects. Assessment was performed at baseline and 2 years thereafter. Depressive symptoms and self-perception profile of participants were evaluated, along with their parents' psychological distress, defensive profile and hostility. Family cohesion and adaptability, as well as the opinion of parents and teachers on children's strengths and difficulties, were also examined.

**RESULTS:** At baseline, patients showed more ( $P = .008$ ) depressive symptoms than controls, correlating with the number of syncopal episodes, impaired relationship with parents and poor family cohesion. A conservative management strategy of NCS was adopted and psychological counseling was offered, focusing on patients with clinically significant depressive symptoms and their families. During follow-up, depressive symptoms decreased in patients ( $P < .001$ ), but remained stable in controls. Child-parent relationship, family cohesion and family adaptability improved at follow-up in patients. No recurrent syncope was noted during follow-up and this along with improvement in child-parent relationship were associated with depressive symptoms improvement.

**CONCLUSIONS:** Depressive symptomatology is common in pediatric patients with NCS. Our findings call for additional investigation in larger controlled clinical interventional studies that will enhance understanding of the possible pathophysiological association between depressive symptomatology and NCS in pediatric populations. *Pediatrics* 2012;130:1–8

Neurocardiogenic syncope (NCS) is common in children and adolescents, with an incidence of ~15%.<sup>1,2</sup> Although invariably benign, NCS can cause injury and is often a source of distress for patients, parents, teachers, and health care providers.<sup>2,3</sup>

NCS has long been linked to psychiatric morbidity.<sup>4,5</sup> Indeed, several studies in adults<sup>6–12</sup> have shown that patients with syncope exhibit high levels of psychological distress, including anxiety and depression. However, relevant information in children and adolescents with NCS is limited. Moreover, the interpretation of available data<sup>13,14</sup> is difficult because of methodological limitations; to this end, no studies have evaluated depressive symptoms in pediatric NCS patients compared with healthy control subjects. Furthermore, it is not known whether improvement in psychosocial indices affects the clinical course of NCS.

The aims of the current study were (1) to assess depressive symptomatology, self-perception profile, and strengths and difficulties in children and adolescents with NCS, compared with an age- and gender-matched sample of healthy participants; (2) to examine the parents' psychological profile, as well as family cohesion and adaptability (to account for limitations associated with parents' reports of their children's internalized disorders,<sup>15</sup> we included interviews of their teachers); and (3) to examine the relationship between syncope recurrence and alterations in the psychological profile during a medium-term follow-up.

## METHODS

### Participants

The study population consisted of 45 consecutive children and adolescents with NCS, matched for age and gender with an equal number of healthy control subjects. All children agreed to participate, and signed informed consent was

obtained from their parents. All procedures are in accordance with international ethical standards and were approved by the institutional ethics' committee.

Patients were recruited from our syncope clinic. For purposes of this study, the diagnosis of NCS was based on a typical history and was confirmed with a positive head-up tilt test (HUTT).<sup>16</sup> Despite the relatively low sensitivity of the HUTT,<sup>17</sup> syncope patients with negative HUTT were excluded; this criterion aimed at enhancing the homogeneity of the patient population by eliminating other causes of syncope. The criteria used to classify typical NCS include short episode duration, presence of triggering factors or provocative situations, and symptoms and signs of autonomic dysfunction, such as pallor, nausea, or sweating.<sup>18</sup> Physical examination, 12-lead electrocardiogram, 24-hour Holter monitoring, and echocardiographic studies were normal in all patients. EEG and MRI were normal, excluding neurologic causes of loss of consciousness.

The control group was formed from healthy age- and gender-matched children and adolescents, recruited randomly from patients' classmates. Consent was obtained from participants, as well as from their parents and teachers. Exclusion criteria (for patients and controls) were inability to understand Greek, comorbid physical diseases, and mental retardation.

### Tilt-Table Testing

All HUTTs were performed by a pediatric cardiologist (APV) and a cardiologist/electrophysiologist (TMK), both with broad experience in the management of syncope. The protocol used at our institution has been described previously.<sup>18</sup> Briefly, after a 10-minute supine phase, the patients were tilted to a head-up position at 85° for 20 minutes; heart rhythm was monitored continuously, and blood pressure was recorded every 2

minutes or every 30 seconds in the presence of symptoms. If no symptoms occurred after 20 minutes, isoproterenol was administered intravenously in escalating doses (0.02–0.08  $\mu\text{g}/\text{kg}$ ) every 2 minutes, targeting at a heart rate of 150 beats per minute. If the patient developed presyncope or syncope, associated with a sudden fall in systolic blood pressure (of >40 mm Hg) and/or a sudden drop in heart rate (to <50 beats/minute), the test was considered positive; negative tests were defined as absence of these findings after 20 minutes of isoproterenol administration.

### Psychological Assessment

Psychological data were collected via a semistructured interview with children, parents, and teachers by a single interviewer (A-IP). Data were obtained at baseline ( $T_1$ ), that is, after the diagnosis of NCS. Follow-up assessments ( $T_2$ ) were carried out by the same interviewer 2 years after the initial evaluation, using the same inventories.

Depressive symptoms were assessed by using the standardized Greek version<sup>19</sup> of the Children's Depression Inventory (CDI), a 27-item self-report measure of cognitive, affective, and behavioral symptoms of childhood depression; higher scores indicate more severe symptoms. Although CDI is not a diagnostic instrument for the diagnosis of depression but only a measure of severity, high scores correlate well with the diagnosis of depression. Thus, CDI is widely used and has satisfactory reliability and validity.<sup>20</sup> Although cutoffs ranging from 13 to 19 have been suggested in the original version, a cutoff point of 15 (corresponding to 90th percentile) has been used in the current study, indicating clinically significant levels of depressive symptoms, as previously suggested.<sup>19</sup> Standardized Cronbach's alphas (a measure of the internal consistency and reliability of psychometric tests<sup>21</sup>) showed satisfactory



values, at 0.84 for the patient-sample and 0.81 for controls.

Self-esteem was assessed by using the standardized Greek version<sup>22</sup> of the Self-Perception Profile for Children (SPPC). The SPPC evaluates 5 domains: scholastic competence, social acceptance, athletic competence, physical appearance, and behavioral conduct. It comprises 36 items that are written in a structural alternative format designed to reduce the tendency to give socially desirable responses.

The emotional and behavioral problems were assessed with the standardized Greek version<sup>23</sup> of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), completed by the parents and the teachers. SDQ comprised 25 items, categorized into 5 scales: hyperactivity/inattention, emotional symptoms, conduct problems, peer problems, and prosocial behavior. The validity of the Greek SDQ has been confirmed in children and adolescents.<sup>23</sup>

Family functioning dimensions of cohesion (emotional bonding) and adaptability (the ability of the family system to change) were assessed by using the Greek version of the Family Adaptability and Cohesion Scale-III (FACES-III).<sup>24</sup> FACES-III comprises twenty 5-point Likert-type items and shows satisfactory internal consistency and good construct validity for both dimensions.<sup>24</sup>

### Assessment of Parents

Parents' symptoms of psychological distress were assessed with the standardized Greek version<sup>25</sup> of the 28-item General Health Questionnaire, a screening instrument that estimates the likelihood of mild, moderate, or severe psychological distress. Higher scores indicate more severe psychological distress. Hostility was assessed by using the standardized Greek version of the 51-item Hostility and Direction of Hostility Questionnaire,<sup>26</sup> which reflects an attitudinal personality trait; it

consists of 3 components measuring extrapunitive manifestations of hostility and 2 components measuring intrapunitive manifestations of hostility. Lastly, to assess the parents' defensive profile, we used the standardized Greek-version<sup>27</sup> of the Defense Style Questionnaire,<sup>28</sup> an 88-item rating scale, designed to estimate behavior indicating four defense styles, namely maladaptive action, image-distorting, self-sacrificing, or adaptive styles on a 0- to 9-point Likert-type scale.<sup>28</sup> The Defense Style Questionnaire is the most widely used self-report method for assessing ego defense mechanisms, and its Greek-version has shown adequate internal consistency and construct validity.<sup>27</sup>

### Follow-up and Treatment

A conservative management strategy of NCS<sup>29,30</sup> has been adopted at our syncope clinic, consisting of reassurance of the patient and family, increased consumption of water and salt, tilt training, as well as detailed instructions of early prodromal-symptom recognition and posture maneuvers. Psychological counseling was offered to all patients and their families focusing on those children with CDI scores indicative of clinically significant depressive symptoms ( $CDI \geq 15$ ,  $n = 16$ ). Healthy children with  $CDI \geq 15$  ( $n = 6$ ) were referred to the outpatient Department of Psychiatry. Pharmacologic treatment is generally reserved only for resistant symptoms, but such cases were not encountered in our study group.

### Statistical Analysis

All values are reported as mean  $\pm$  SD. Differences in continuous variables were assessed with 2-tailed *t* test with Bonferroni's correction for multiple comparisons and differences in categorical variables were compared by using  $\chi^2$ . The effect sizes were also

estimated through calculation of Cohen's *d* statistic<sup>31</sup>; a value  $>0.4$  was considered clinically significant and a value of  $>0.8$  representative of a large effect. Factors independently associated with depressive symptoms were assessed by using multiple linear regression analysis. The dependent variable was the CDI score, and independent variables were demographic variables, NCS parameters, and the statistically significant psychological variables derived from univariate analyses. Colinearity among independent variables was tested by using the variance inflation factors and tolerance for individual variables.

The time course of depressive and other psychological variables was assessed by using paired *t* tests. Multiple linear regression analysis was performed to assess factors independently associated with alterations in depressive symptomatology during follow-up; dependent variable was the improvement in CDI score between baseline and follow-up, whereas the selection of independent variables was based on univariate analyses. Hierarchical models were used to assess the unique contribution of each set of psychological variables to the variance in improvement of depressive symptoms. Statistical significance was defined at an  $\alpha$  value of .05.

## RESULTS

### Patients' Characteristics

The demographics of patients and healthy control subjects are presented in Table 1. Patients had  $2.4 \pm 1.2$  episodes of syncope over a period of  $12 \pm 12$  months before the index evaluation. All were medication-free, and none had any comorbid disease or had seen a mental health professional before the current study. No significant differences were observed between the 2 groups in the demographic variables of parents.

Of the 45 patients, 36 (80%) completed the follow-up period, as did a similar

**TABLE 1** Demographic Profile, Severity of Depressive Symptoms (CDI), and Scores on the SPPC, FACES-III, and SDQ of Patients With NCS and Healthy Controls

Variables	Patients (N = 45)	Healthy Controls (N = 45)	<i>d</i> <sup>a</sup>	<i>p</i>
	Mean ± SD or <i>n</i> (%)	Mean ± SD or <i>n</i> (%)		
Age	12.3 ± 2.9	12.5 ± 2.6	-.072	.678 <sup>b</sup>
Gender: female	23 (51.1%)	23 (51.1%)	.000	1.000 <sup>c</sup>
School grades			.000	1.000 <sup>c</sup>
Elementary (4th–6th grades)	16 (35.6%)	16 (35.6%)		
Gymnasium (7th–9th grades)	17 (37.8%)	17 (37.8%)		
Lyceum (10th–12th grades)	12 (26.7%)	12 (26.7%)		
CDI Total Depression score	11.9 ± 7.7	7.9 ± 5.9	.583	.008 <sup>b</sup>
Scholastic competence <sup>d</sup>	3.0 ± 0.8	3.1 ± 0.7	-.133	.802 <sup>b</sup>
Relationships with peers <sup>d</sup>	3.4 ± 0.6	3.2 ± 0.6	.333	.115 <sup>b</sup>
Relationships with parents <sup>d</sup>	2.4 ± 0.7	2.8 ± 0.6	-.614	.050 <sup>b</sup>
Athletic competence <sup>d</sup>	3.3 ± 0.5	3.1 ± 0.7	.329	.078 <sup>b</sup>
Physical appearance <sup>d</sup>	3.2 ± 0.7	2.8 ± 0.6	.614	.009 <sup>b</sup>
Behavioral conduct <sup>d</sup>	3.1 ± 0.7	3.0 ± 0.5	.164	.637 <sup>b</sup>
Family cohesion <sup>e</sup>	4.6 ± 2.3	5.0 ± 2.0	-.185	.361 <sup>b</sup>
Family adaptability <sup>e</sup>	4.0 ± 2.0	4.3 ± 1.8	-.158	.514 <sup>b</sup>
Teacher's opinion <sup>f</sup>				
Total difficulties	10.2 ± 6.1	6.1 ± 4.5	.765	.001 <sup>b</sup>
Emotional symptoms	3.5 ± 2.6	1.9 ± 1.7	.728	.001 <sup>b</sup>
Conduct problems	2.8 ± 2.2	1.4 ± 1.2	.790	.001 <sup>b</sup>
Hyperactivity/inattention	2.1 ± 1.9	1.9 ± 2.2	.097	.648 <sup>b</sup>
Peer problems	1.8 ± 1.6	0.9 ± 1.1	.655	.002 <sup>b</sup>
Prosocial behavior	9.8 ± 0.4	8.4 ± 1.7	1.134	.001 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Cohen's *d* as effect size.

<sup>b</sup> Two-tailed *t* test.

<sup>c</sup>  $\chi^2$  test.

<sup>d</sup> Based on SPPC.

<sup>e</sup> Based on FACES-III.

<sup>f</sup> Based on teachers' responses to SDQ.

( $P = .78$ ) percentage (38/45, 84.4%) of healthy control subjects. Patients were lost to follow-up ( $n = 9$ ) mainly because they moved to another town; compared with those who completed the study, they were similar in terms of gender, number of syncopal episodes, and psychological variables at baseline, but they were older ( $16.7 \pm 0.5$  vs  $11.2 \pm 2.1$  years;  $P < .001$ ).

### Depressive Symptoms at T<sub>1</sub> and Associated Factors

Compared with controls, NCS patients had higher CDI scores ( $P < .008$ ; Table 1). In addition, more patients (16, 35.6%) had CDI scores  $\geq 15$  ( $\chi^2 = 6.02$ ,  $df = 1$ ,  $P = .014$ ), indicative of clinically important depression, compared with controls (6, 13.3%).

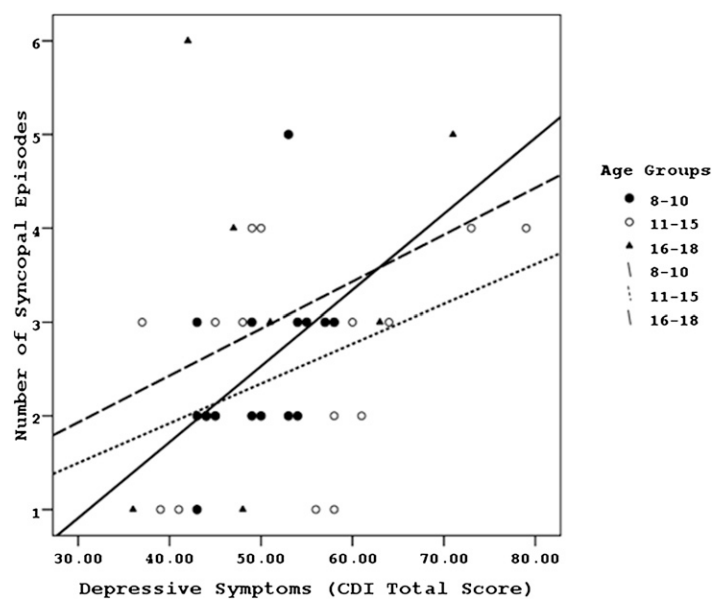
NCS patients reported worse ( $P = .05$ ) relationships with their parents, compared with controls (Table 1). The

psychological profile of parents was similar in the 2 groups, as was their opinion of their children's strengths and difficulties (data not shown). In

contrast, the teachers' opinions indicated that NCS patients had more difficulties than controls on most SDQ components (Table 1).

Univariate analyses revealed that diagnosis of NCS ( $P = .005$ ), the number of syncopal episodes ( $P = .011$ ), worse child-parent relationship ( $P = .041$ ), poor family cohesion ( $P = .002$ ), and adoption of a self-sacrificing defense style by the parents ( $P = .011$ ) were significantly associated with the severity of the children's depressive symptoms; with the exception of parents' self-sacrificing defense style, these variables were associated with depressive symptomatology in multiple regression analysis (Supplemental Table 4). All individual tolerance values were  $>0.2$  and all variance inflation factors were  $<2$ , indicating that collinearity was not biasing the regression model.<sup>31</sup>

Figure 1 shows the relationship between depressive symptomatology and number of syncopal episodes across three age groups. As shown in this figure, in all age groups the higher the CDI score the higher the number of syncopal episodes.



**FIGURE 1** Relation between neurocardiogenic syncope severity and CDI depression score in 3 age groups.

## Syncope, Depression, and Psychosocial Variables in Patients at T<sub>2</sub>

No recurrent syncope was observed in any NCS patient during the 2-year-follow-up period. Depressive symptomatology remained stable in control subjects but decreased ( $P < .001$ ) in the NCS group (Table 2). Similarly, the number of NCS patients with CDI scores  $\geq 15$  decreased ( $\chi^2 = 12.96$ ,  $df = 1$ ,  $P < .001$ ) from 16 of 45 (35.6%) to 1 of 36 (2.8%), being comparable ( $\chi^2 = 0.41$ ,  $df = 1$ ,  $P = .525$ ) to controls (13.3% at T<sub>1</sub> vs 18.4% at T<sub>2</sub>).

Child-parent relationship ( $P = .011$ ), family cohesion ( $P = .032$ ), and adaptability ( $P < .001$ ) improved in patients between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub> (Table 2). The opinions of parents regarding their children's strengths and difficulties remained stable between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>. Similarly, no significant changes were observed in parents' psychological distress, hostility, and defensive profiles between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub>. In contrast, the teachers thought that the difficulties of patients decreased over time for most SDQ components (Table 2).

The factors associated with improvement in depressive symptoms in the multivariate analysis (Table 3) were the improvement in syncopal episodes ( $P = .048$ ) and child-parent relationship ( $P = .019$ ). However, addition of the CDI score at T<sub>1</sub> rendered the previously significant associations nonsignificant, indicating that the initial rates of depression were the most significant predictor of improvement in depressive symptoms.

## DISCUSSION

We report an incidence of 35% in clinically significant depressive symptoms in children and adolescents with NCS, a 2.6-fold higher rate compared with healthy control subjects. Family functioning, as indicated by child-parent relationships and family cohesion, was associated with depressive symptomatology. Moreover, improvement in patients' depressive symptoms was associated with improvement in child-parent relationship, underlining the association between family functioning and children's emotional health.

Although the parents' descriptions of their children's strengths and difficul-

ties were similar in the 2 groups, the teachers reported that children with NCS faced more difficulties in most areas. Such divergent ratings are frequently observed,<sup>32</sup> mainly because parents tend to underreport their children's internalized disorders.<sup>15</sup> Thus, our data, along with previous reports,<sup>15,32</sup> emphasize the need for health care providers to include the teachers' opinion in their assessments.

## Psychiatric Morbidity and NCS in Adults and Children

In addition to peripheral autonomic dysfunction, central serotonergic mechanisms have emerged as important mediators of vasovagal reflexes.<sup>33–35</sup> The participation of serotonin in the provocation of vasovagal syncope suggests possible common pathophysiologic features between NCS and depression.<sup>35</sup> Recurrent syncope has been unequivocally shown to impair quality of life, resulting in depressive symptomatology.<sup>5</sup> However, a relationship between depression and NCS was suggested as early as in 1992<sup>5</sup> and was supported by subsequent reports in adults.<sup>6–12</sup> These studies<sup>6–12</sup> showed a high prevalence of psychiatric morbidity among syncope patients, with rates up to 80%; for example, it was recently shown that 45% of adult patients with depressive or anxiety disorders had a history of syncope.<sup>8</sup> Similarly, higher prevalence of anxiety,<sup>11</sup> depression,<sup>10</sup> and somatization disorders<sup>12</sup> have been reported among adult patients with recurrent syncope and positive HUTT.

In contrast to adults, relevant data in children and adolescents are scarce. Byars et al<sup>14</sup> studied 44 children and adolescents with a history of recurrent syncope and reported adjustment difficulties, including symptoms of anxiety and social withdrawal. In contrast, Blount et al<sup>13</sup> reported no significant differences in depressive symptomatology in 36 children with

**TABLE 2** Changes in Psychosocial Variables Studied Between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub> in NCS Patients.

Variables	Patients (n = 36) (Mean $\pm$ SD)			P <sup>a</sup>
	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>		
Depressive symptoms	11.6 $\pm$ 7.5	5.4 $\pm$ 3.9		.001
Scholastic competence <sup>b</sup>	3.1 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 0.8		.308
Relationships with peers <sup>b</sup>	3.4 $\pm$ 0.6	3.4 $\pm$ 0.6		.998
Relationships with parents <sup>b</sup>	2.2 $\pm$ 0.7	2.5 $\pm$ 0.9		.011
Behavioral conduct <sup>b</sup>	3.0 $\pm$ 0.7	3.2 $\pm$ 0.6		.153
Family cohesion <sup>c</sup>	4.4 $\pm$ 2.2	5.0 $\pm$ 1.4		.032
Family adaptability <sup>c</sup>	3.8 $\pm$ 2.0	4.8 $\pm$ 1.1		.001
Desirable family cohesion <sup>c</sup>	5.2 $\pm$ 1.7	6.2 $\pm$ 1.3		.001
Desirable family adaptability <sup>c</sup>	4.6 $\pm$ 1.6	5.7 $\pm$ 1.0		.001
Teachers' opinion <sup>d</sup>				
Total difficulties	10.5 $\pm$ 6.3	8.5 $\pm$ 5.7		.001
Emotional symptoms	3.6 $\pm$ 2.5	2.8 $\pm$ 2.4		.023
Conduct problems	2.8 $\pm$ 2.3	1.9 $\pm$ 1.5		.004
Hyperactivity/inattention	2.2 $\pm$ 1.9	2.5 $\pm$ 2.5		.378
Peer problems	1.8 $\pm$ 1.5	1.3 $\pm$ 1.7		.042
Prosocial behavior	9.8 $\pm$ 0.4	8.9 $\pm$ 1.6		.002

<sup>a</sup> Paired sample *t* tests.

<sup>b</sup> Based on the SPPC.

<sup>c</sup> Based on the FACES-III.

<sup>d</sup> Based on teachers' responses to SDQ.

**TABLE 3** Factors Associated With CDI Total Depressive Symptoms at T<sub>1</sub> and With Improvement of Depressive Symptoms Between T<sub>1</sub> and T<sub>2</sub> Within the NCS Patient Sample (*n* = 36)

Variables	Univariate Associations With Depressive Symptoms at T <sub>1</sub>		Univariate Associations With Improvement in Depressive Symptoms Between T <sub>1</sub> and T <sub>2</sub>		Hierarchical Multiple Regression Analysis With Dependent Variable the Improvement in Depressive Symptoms Between T <sub>1</sub> and T <sub>2</sub> <sup>a</sup>	
	<i>r</i> <sup>b</sup>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>b</sup>	<i>p</i>	Model 1	Model 2
Age	-.078	.612	.234	.169	—	—
Gender	-.195 <sup>c</sup>	.198	.091 <sup>c</sup>	.599	—	—
Number of syncopal episodes at T <sub>1</sub>	.214	.043	-.214	.043		
Change in syncopal episodes between T <sub>1</sub> and T <sub>2</sub>	—	—	.397	.018	0.335 ( <i>P</i> = .048)	0.117 ( <i>P</i> = .445)
Relationships with parents at T <sub>1</sub> <sup>d</sup>	-.365	.046	.176	.457	0.247 ( <i>P</i> = .240)	0.095 ( <i>P</i> = .626)
Improvement in relationships with parents <sup>d</sup>	—	—	.534	.015	0.543 ( <i>P</i> = .019)	0.264 ( <i>P</i> = .248)
Family cohesion at T <sub>1</sub> <sup>e</sup>	-.288	.055	.256	.131	—	—
Increase in family cohesion between T <sub>1</sub> and T <sub>2</sub> <sup>e</sup>	—	—	.117	.498	—	—
Family adaptability at T <sub>1</sub> <sup>e</sup>	-.251	.097	.125	.468	—	—
Increase in family adaptability between T <sub>1</sub> and T <sub>2</sub> <sup>e</sup>	—	—	.095	.581	—	—
Parent's self-sacrificing defense style	.240	.112	.255	.134	—	—
Depressive symptoms at T <sub>1</sub>	—	—	-.859	.001	—	-0.507 ( <i>P</i> = .035)
<i>R</i> <sup>2</sup> adjusted					0.241	0.527
Significance of <i>R</i> <sup>2</sup> change					0.043	0.035
Analysis of variance					<i>F</i> (4,31) = 10.2, <i>P</i> < .001	

—, not applicable.

<sup>a</sup> Values shown are standardized  $\beta$  coefficients.

<sup>b</sup> Bivariate Pearson or Spearman's correlations, as appropriate.

<sup>c</sup> Correlation based on Student's *t* tests.

<sup>d</sup> Based on the SPPC.

<sup>e</sup> Based on the FACES-III.

syncope and a positive HUTT, when compared with 20 children with syncope but negative HUTT. However, a major limitation of this study<sup>13</sup> is the lack of appropriate controls; in fact, it is well established that a negative HUTT does not exclude the diagnosis of NCS, given the relatively low sensitivity of this test.<sup>17</sup> Moreover, the identification of psychosocial difficulties is complex in pediatric populations and requires input from family and school sources, as discussed earlier. Our present findings extend previous conclusions in adults and indicate that psychological assessment should be considered also in pediatric patients presenting with NCS.

### Improvement in Psychological Profile in NCS Patients During Follow-up

We report substantial improvement in depressive symptoms in patients with NCS during a 2-year-follow-up, correlating

with strengthening of the child-parent relationship. This finding is in line with previous reports,<sup>56</sup> implicating distressed family bonds and unstable parent-child relationship as important factors for NCS in children and adolescents. In addition, it has been reported that family cohesion and adaptability are significant factors in the adolescents' feeling in control over their own health.<sup>37</sup> Although we cannot establish whether depression decreased in our study because the family functioned better or vice versa, our results nonetheless underscore the importance of family functioning in pediatric patients with NCS.

### Syncope Recurrence and Improvement in Depressive Symptoms

In our patient population, we observed no syncope recurrences. Although this improvement in the clinical course of NCS predicted improvement in depressive symptoms, the establishment

of a causal association is difficult. This view is based on the nature of NCS symptoms (especially in pediatric patients with moderately symptomatic NCS, as in our study population), characterized by occasional episodes with long intermediate periods of spontaneous remissions.<sup>2</sup>

Despite these considerations, previous studies tried to explore the therapeutic potential of psychiatric interventions in adult NCS patients. A prospective study indicated improvement of both syncopal and depressive symptoms after psychiatric treatment,<sup>9</sup> whereas psychiatric morbidity was predictive of syncopal recurrence during 1-year follow-up.<sup>12</sup> Similarly, adult patients with NCS who did not respond to treatment after a 3-month follow-up period had higher baseline levels of psychosocial impairment and psychological distress.<sup>38</sup> These findings indicate that psychological interventions may have a therapeutic potential in adult NCS patients.

The findings of the current study extend these observations to pediatric patients. Here, we demonstrated the complex association between depressive symptomatology, family functioning, and syncope in children and adolescents. However, the therapeutic value of psychological counseling in children with syncope is still uncertain; because we did not include a treatment control group, the decrease in depression observed in our study could have merely reflected the absence of syncopal episodes during the follow-up period. Nonetheless, we feel that our findings provide a rationale for designing interventional studies, targeting at decreasing depressive symptomatology in pediatric populations with NCS.

### Strengths and Limitations

The in-depth psychological evaluation (including variables derived from the family and school environment), the

use of well-recognized standardized instruments, and the inclusion of healthy participants as a control group, represent major strengths of this work. However, 3 limitations should be acknowledged: First, our sample size is relatively small, and this could explain the minor preponderance of female patients, as opposed to clear-cut female prevalence in NCS pediatric populations described in larger series.<sup>1,2</sup> Furthermore, our patients were recruited from a dedicated syncope-clinic in a tertiary hospital, thereby introducing potential bias. Second, we used only self-report measures, and studies using structured interviews are needed to confirm our results. Third and foremost, the therapeutic value of psychological counseling on syncope recurrence cannot be formally assessed because of the lack of an NCS control group, as noted earlier; thus, our findings

should be viewed only as hypotheses generating.

### CONCLUSIONS

At the time of diagnosis, 45 children and adolescents with NCS had a 2.6-fold higher rate of clinically significant depressive symptoms, compared with an equal sample of age- and gender-matched healthy control subjects. During a medium-term follow-up, no syncope recurrences were observed; this was associated with depressive symptoms improvement, along with marked improvement in family functioning, based on information from patients, as well as from the family and school environment. Our findings call for additional investigation on the possible pathophysiologic association between depressive symptomatology and NCS and for clinical studies evaluating psychological counseling in pediatric patients.

### REFERENCES

- McLeod KA. Syncope in childhood. *Arch Dis Child*. 2003;88(4):350–353
- Wieling W, Ganzeboom KS, Saul JP. Reflex syncope in children and adolescents. *Heart*. 2004;90(9):1094–1100
- Anderson JB, Czosek RJ, Knilans TK, Marino BS. The effect of paediatric syncope on health-related quality of life [published online ahead of print February 21, 2012]. *Cardiol Young*
- Kapoor WN, Fortunato M, Hanusa BH, Schulberg HC. Psychiatric illnesses in patients with syncope. *Am J Med*. 1995;99(5):505–512
- Linzer M, Varia I, Pontinen M, Divine GW, Grubb BP, Estes NA III. Medically unexplained syncope: relationship to psychiatric illness. *Am J Med*. 1992;92(1A):18S–25S
- Ventura R, Maas R, Ruppel R, et al. Psychiatric conditions in patients with recurrent unexplained syncope. *Europace*. 2001;3(4):311–316
- Kouakam C, Lacroix D, Klug D, Baux P, Marquié C, Kacet S. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorders in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. *Am J Cardiol*. 2002;89(5):530–535
- Leftheriotis D, Michopoulos I, Flevari P, et al. Minor psychiatric disorders and syncope: the role of psychopathology in the expression of vasovagal reflex. *Psychother Psychosom*. 2008;77(6):372–376
- D'Antono B, Dupuis G, St-Jean K, et al. Prospective evaluation of psychological distress and psychiatric morbidity in recurrent vasovagal and unexplained syncope. *J Psychosom Res*. 2009;67(3):213–222
- McGrady A, Kern-Buell C, Bush E, Khuder S, Grubb BP. Psychological and physiological factors associated with tilt table testing for neurally mediated syncopal syndromes. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2001;24(3):296–301
- Cohen TJ, Thayapran N, Ibrahim B, Quan C, Quan W, von zur Muhlen F. An association between anxiety and neurocardiogenic syncope during head-up tilt table testing. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2000;23(5):837–841
- Giada F, Silvestri I, Rossillo A, Nicotera PG, Manzillo GF, Raviele A. Psychiatric profile, quality of life and risk of syncopal recurrence in patients with tilt-induced vasovagal syncope. *Europace*. 2005;7(5):465–471
- Blount RL, Morris JA, Cheng PS, Campbell RM, Brown RT. Parent and child psychological factors in pediatric syncope and other somatic symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):597–604
- Byars KC, Brown RT, Campbell RM, Hobbs SA. Psychological adjustment and coping in a population of children with recurrent syncope. *J Dev Behav Pediatr*. 2000;21(3):189–197
- De Los Reyes A, Kazdin AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychol Bull*. 2005;131(4):483–509
- Strieper MJ, Auld DO, Hulse JE, Campbell RM. Evaluation of recurrent pediatric syncope: role of tilt table testing. *Pediatrics*. 1994;93(4):660–662
- Kouakam C, Vaksman G, Pachy E, Lacroix D, Rey C, Kacet S. Long-term follow-up of children and adolescents with syncope;



- predictor of syncope recurrence. *Eur Heart J*. 2001;22(17):1618–1625
18. Vlahos AP, Tzoufi M, Katsouras CS, et al. Provocation of neurocardiogenic syncope during head-up tilt testing in children: comparison between isoproterenol and nitroglycerin. *Pediatrics*. 2007;119(2). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/2/e419](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/2/e419)
  19. Giannakopoulos G, Kazantzi M, Dimitrakaki C, Tsiantis J, Kolaitis G, Tountas Y. Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(8):485–492
  20. Comer JS, Kendall PC. High-end specificity of the children's depression inventory in a sample of anxiety-disordered youth. *Depress Anxiety*. 2005;22(1):11–19
  21. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997;314(7080):572
  22. Makri-Botsari E, Robinson P. Harter's self-perception profile for children: A cross-cultural validation in Greece. *Eval Res Educ*. 1991;5:135–143
  23. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:20
  24. Tsibidaki A, Tsamparli A. Adaptability and cohesion of Greek families: Raising a child with a severe disability on the island of Rhodes. *J Fam Stud*. 2009;15:245–260
  25. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(4):371–378
  26. Caine TM, Foulds GA, Hope K. *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London, England: University of London Press; 1967
  27. Hyphantis T. The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Compr Psychiatry*. 2010;51(6):618–629
  28. Bond M. An empirical study of defence styles: the Defence Style Questionnaire. In: Vaillant GE, ed. *Ego Mechanisms of Defence: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992:127–138
  29. Romme JJ, Reitsma JB, Go-Schön IK, et al. Prospective evaluation of non-pharmacological treatment in vasovagal syncope. *Europace*. 2010;12(4):567–573
  30. Blanc JJ. To avoid fainting: cross the legs and not the fingers. *Europace*. 2010;12(4):466–467
  31. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155–159
  32. De Los Reyes A, Kazdin AE. Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychol Assess*. 2004;16(3):330–334
  33. Theodorakis GN, Livanis EG, Leftheriotis D, Flevari P, Markianos M, Kremastinos DT. Head-up tilt test with clomipramine challenge in vasovagal syndrome—a new tilt testing protocol. *Eur Heart J*. 2003;24(7):658–663
  34. Flevari P, Leftheriotis D, Komborozos C, et al. Recurrent vasovagal syncope: comparison between clomipramine and nitroglycerin as drug challenges during head-up tilt testing. *Eur Heart J*. 2009;30(18):2249–2253
  35. Hainsworth R. Pathophysiology of syncope. *Clin Auton Res*. 2004;14(suppl 1):18–24
  36. Nakada Y. A study of psychosocial factors in the psychosomatic symptoms of adolescents in Okinawa. *Acta Paediatr Jpn*. 1992;34(3):301–309
  37. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. Family, health, and adolescence. *Psychosomatics*. 2004;45(6):500–507
  38. Flint B, Baker C, Freeston M, Newton JL. Level of psychosocial impairment predicts early response to treatment in vasovagal syncope. *Europace*. 2009;11(2):231–236

## Παράρτημα ΙΙ

## Ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους γονείς

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

(Goldberg, 1978; Goldberg & Hillier, 1979)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Γ. Γαρούφαλλος & συν., 1991)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.

Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματα σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

#### ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

<b>1. Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
<b>2. Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>3. Νοιώθατε εξαντλημένος/η &amp; κακοδιάθετος/η;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>4. Είχατε αισθανθεί πως είσατε άρρωστος/η;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>6. Νοιώθατε σφιξίμο ή βάρος στο κεφάλι;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4



<b>7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>8. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>9. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4

<b>10. Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>11. Είσατε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>12. Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>13. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>14. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>15. Έχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4

<b>16. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;</b>	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>17. Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Περίπου το ίδιο 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
<b>18. Είσατε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;</b>	Περισσότερο ικανοποιημένος/η 1	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η 4
<b>19. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 4

<b>20. Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>21. Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>22. Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>23. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4

<b>24. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>25. Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;</b>	Σίγουρα όχι 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα το σκέφτηκα 4
<b>26. Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>27. Πιάνατε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;</b>	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
<b>28. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;</b>	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

## DEFENSE STYLE QUESTIONNAIRE (Bond et al, 1984)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδειας: Θ. Υφαντής & συν., 2002)

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 88 ερωτήσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια βαθμολογία, από το 1 έως το 9:

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση, βάζοντας σε έναν κύκλο τον αριθμό που κατά τη γνώμη σας αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

**Παράδειγμα: Η Αθήνα είναι μια πόλη της Ελλάδας.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Εδώ, θα συμφωνούσατε απολύτως και θα βάζατε σε κύκλο τον αριθμό εννέα.

- 1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 2. Συχνά ο κόσμος με λέει κατσούφη.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 3. Μέχρι να βρώ χρόνο να ασχοληθώ με ένα πρόβλημα που με απασχολεί, μπορώ να μην το σκέφτομαι.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 4. Πάντα μου φέρνονται άδικα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 5. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να ζωγραφίζω ή να ασχολούμαι με την ξυλουργική.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 6. Κάπου-κάπου αναβάλλω για αύριο ό,τι πρέπει να κάνω σήμερα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

- 7. Μπλέκομαι συνέχεια σε καταστάσεις που με απογοητεύουν, και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

**8. Μπορώ πολύ εύκολα να γελώ με τον εαυτό μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**9. Όταν απογοητεύομαι φέρνομαι σαν παιδί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**10. Δειλιάζω όταν είναι να διεκδικήσω τα δικαιώματά μου απέναντι στους άλλους.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**11. Είμαι ανώτερος από τους περισσότερους ανθρώπους που ξέρω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**12. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να μου φέρνονται άσχημα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**13. Αν κάποιος με λήστευε στον δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**14. Κάπου-κάπου σκέφτομαι πολύ κακά πράγματα, που δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**15. Κάπου-κάπου γελώ με ένα βρώμικο αστέιο.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**16. Οι άνθρωποι λένε πως είμαι σαν την στρουθοκάμηλο, με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Μ' άλλα λόγια, έχω την τάση να αγνοώ τα δυσάρεστα πράγματα, σαν να μην υπήρχαν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**17. Δεν αφήνω τον εαυτό μου να βάλλει τα δυνατά του όταν συναγωνίζομαι με άλλους.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**18. Συχνά νοιώθω ανώτερος απ' τους ανθρώπους γύρω μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**19. Κάποιος μου κλέβει ό,τι συναισθημα έχω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**20. Μερικές φορές θυμώνω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**21. Συχνά οδηγούμαι στο να αντιδρώ παρορμητικά.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**22. Θα προτιμούσα να λιμοκτονήσω παρά να πιεστώ να φάω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**23. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο Σούπερμαν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**24. Περηφανεύομαι για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίοι όσο φαντάζονται.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**25. Οι άνθρωποι μου λένε πως νομίζω ότι όλοι με καταδιώκουν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**26. Μερικές φορές όταν δεν νοιώθω καλά εκνευρίζομαι.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**27. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**28. Αρρωσταίνω πραγματικά όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**29. Είμαι πολύ συγκρατημένος άνθρωπος.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**30. Είμαι στ' αλήθεια ένας παραγνωρισμένος καλλιτέχνης.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**31. Δεν λέω πάντα την αλήθεια.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**32. Όταν πληγώνομαι κλείνομαι στον εαυτό μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**33. Πολλές φορές το παρακάνω κι έτσι οι άλλοι αναγκάζονται να μου βάλουν όρια.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**34. Οι φίλοι μου με βλέπουν σαν κλόουν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**35. Όταν είμαι θυμωμένος κλείνομαι στον εαυτό μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**36. Έχω την τάση να είμαι επιφυλακτικός με ανθρώπους που φέρνονται περισσότερο φιλικά από όσο θα φανταζόμουνα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**37. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζω χωρίς προβλήματα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**38. Συχνά σε διάφορες εκλογές ψηφίζω ανθρώπους για τους οποίους δεν ξέρω σχεδόν τίποτα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**39. Συχνά καθυστερώ στα ραντεβού μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**40. Ζώ περισσότερο πράγματα στη φαντασία μου παρά στην πραγματική ζωή μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**41. Είμαι πολύ άτολμος στο να πλησιάσω τους άλλους.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**42. Δεν φοβάμαι τίποτα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**43. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι διάβολος.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**44. Σ' ένα παιγνίδι προτιμώ να κερδίσω παρά να χάσω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**45. Όταν θυμώνω, γίνομαι πολύ σαρκαστικός.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**46. Όταν πληγώνομαι, γίνομαι ανοιχτά επιθετικός.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**47. Όταν κάποιος με πληγώσει πιστεύω ότι πρέπει να γυρίσω και το άλλο μάγουλο.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**48. Δεν διαβάζω κάθε μέρα όλα τα κύρια άρθρα στην εφημερίδα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**49. Όταν στεναχωριέμαι κλείνομαι στον εαυτό μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**50. Είμαι ντροπαλός σε θέματα σχετικά με το σέξ.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**51. Πάντα νοιώθω πως κάποιος που ξέρω είναι σαν φύλακας άγγελός μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**52. Η φιλοσοφία μου είναι «Δεν είδα τίποτα, δεν άκουσα τίποτα, δεν ξέρω τίποτα».**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**53. Για μένα, οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως



**54. Αν το αφεντικό μου μούκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί να έκανα κάποιο λάθος στη δουλειά μου ή να δούλευα πιο αργά για να τον εκδικηθώ.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**55. Όλοι είναι εναντίον μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**56. Προσπαθώ να είμαι καλός με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**57. Δεν θα παραζόμουν πολύ αν χάλαγε ένας κινητήρας του αεροπλάνου την ώρα της πτήσης.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**58. Ξέρω κάποιον για τον οποίο τίποτα δεν είναι αδύνατο και που είναι απολύτως έντιμος και δίκαιος.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**59. Μπορώ να καταπιέσω τα συναισθήματά μου, αν νοιώσω ότι θα παρεμπόδιζαν ό,τι κάνω, εάν τα άφηνα να εκφραστούν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**60. Κάποιοι σχεδιάζουν να με σκοτώσουν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**61. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**62. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μ' αρέσει.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**63. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είναι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**64. Δεν ισχύει αυτό που λένε «μπορείς να βρεις στον καθένα και κάποια καλή πλευρά». Αν είσαι κακός, είσαι τελείως κακός.**

- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 65. Δεν θάπρεπε ποτέ να θυμώνουμε με ανθρώπους που δεν συμπαθούμε.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 66. Σίγουρα η ζωή μου έχει φερθεί σκληρά.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 67. Διαλύομαι όταν έχω στρές.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 68. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολη κατάσταση, όπως εξετάσεις ή μία συνέντευξη για εργασία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 69. Οι γιατροί ποτέ δεν καταλαβαίνουν πραγματικά τι δεν πηγαίνει καλά με μένα.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 70. Δεν νοιώθω να τaráζομαι όταν πεθαίνει κάποιος κοντινός μου άνθρωπος.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 71. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, έχω την τάση να απολογούμαι για την επιμονή μου.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 72. Για τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν, δεν είμαι εγώ υπεύθυνος.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 73. Όταν είμαι αγχωμένος ή στεναχωρημένος, το να τρώω με κάνει να νοιώθω καλύτερα.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 74. Η σκληρή δουλειά με κάνει να νοιώθω καλύτερα.**
- |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                  |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Διαφωνώ απολύτως | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Συμφωνώ απολύτως |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|
- 75. Οι γιατροί μου δεν μπορούν να με βοηθήσουν να ξεπεράσω πραγματικά τα προβλήματά μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**76. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**77. Πιστεύω πως οι άνθρωποι συνήθως διακρίνουν περισσότερα πράγματα στις ταινίες, στο θέατρο ή στα βιβλία, από όσα πραγματικά υπάρχουν.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**78. Έχω κάποιες σταθερές συνήθειες ή «τελετουργικούς» τρόπους να κάνω κάποια πράγματα, γιατί φοβάμαι ότι αλλιώς κάτι τρομερό θα συμβεί.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**79. Όταν είμαι σε ένταση, πίνω αλκοόλ ή παίρνω φάρμακα ή ακόμη και ναρκωτικά.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**80. Όταν νοιώθω άσχημα, προσπαθώ να είμαι παρέα με κάποιον.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**81. Όταν έχω τη δυνατότητα εκ των προτέρων να προβλέψω ότι θα στεναχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**82. Όσο και να παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ ικανοποιητική ανταπόκριση.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**83. Συχνά βρίσκω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**84. Το να ασχολούμαι με μια δουλειά που πρέπει να γίνει, με προστατεύει από το άγχος και τη στεναχώρια.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**85. Όταν εκνευρίζομαι, καπνίζω.**

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ  
απολύτως

**86. Αν αντιμετωπίζα μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο πρόσωπο που είχε το ίδιο πρόβλημα.**

Διαφωνώ απολύτως      1   2   3   4   5   6   7   8   9      Συμφωνώ  
απολύτως

**87. Δεν είναι δικό μου το φταιξιμο για τα λάθη που κάνω.**

Διαφωνώ απολύτως      1   2   3   4   5   6   7   8   9      Συμφωνώ  
απολύτως

**88. Άν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.**

Διαφωνώ απολύτως      1   2   3   4   5   6   7   8   9      Συμφωνώ  
απολύτως

**HOSTILITY AND DIRECTION OF HOSTILITY QUESTIONNAIRE (Caine and Foulds, 1967)**

**ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ**

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βάζοντας κύκλο γύρω από τις λέξεις «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ» που υπάρχουν στο τέλος κάθε πρότασης. Αν το βρίσκετε δύσκολο να αποφασίσετε, τότε σκεφτείτε αν η πρόταση είναι **γ ε ν ι κ ά** σωστή ή όχι, και βάλτε κύκλο στην ανάλογη λέξη.

1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν κάποτε χρήσιμοι..... NAI – ΟΧΙ
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που παίρνει σαν ευκαιρία το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του..... NAI – ΟΧΙ
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω..... NAI – ΟΧΙ
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν..... NAI – ΟΧΙ
5. Μακάρι να μπορούσα να μην στεναχωριέμαι για πράγματα που έχω πεί και που μπορεί να πλήγωσαν τα αισθήματα άλλων ανθρώπων..... NAI – ΟΧΙ
6. Νομίζω ότι ο καθένας θάλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες..... NAI – ΟΧΙ
7. Δεν κατηγορώ κανένα που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτόν τον κόσμο..... NAI – ΟΧΙ
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου..... NAI – ΟΧΙ
9. Ξέρω ποιος άλλος εκτός από μένα είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου..... NAI – ΟΧΙ
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό, που μου έρχεται να κάνω το αντίθετο από αυτό που μου ζητούν, ακόμη κι αν ξέρω ότι έχουν δίκιο... NAI – ΟΧΙ
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που μ' ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ..... NAI – ΟΧΙ
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρετα σφάλματα..... NAI – ΟΧΙ
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με τα μέλη της οικογένειάς μου..... NAI – ΟΧΙ
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, έχω βρεθεί χαμένος σε μια υπόθεση, γιατί δεν μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως..... NAI – ΟΧΙ
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα..... NAI – ΟΧΙ
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος..... NAI – ΟΧΙ
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά..... NAI – ΟΧΙ
18. Μερικές φορές έχω σταθεί εμπόδιο στο δρόμο ανθρώπων που

- προσπαθούσαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά,  
αλλά γιατί ήτανε για μένα ζήτημα αρχής..... NAI – ΟΧΙ
19. Οι πιο πολλοί είναι τίμιοι κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν..... NAI – ΟΧΙ
20. Μερικές φορές μ' αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπάω..... NAI – ΟΧΙ
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε..... NAI – ΟΧΙ
22. Μερικές φορές μούρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλο... NAI – ΟΧΙ
23. Φαίνεται να είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος όσο και οι περισσότεροι  
άνθρωποι γύρω μου..... NAI – ΟΧΙ
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα..... NAI – ΟΧΙ
25. Μερικές φορές θυμώνω..... NAI – ΟΧΙ
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου..... NAI – ΟΧΙ
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης..... NAI – ΟΧΙ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δύσκολες και κρίσιμες καταστάσεις..... NAI – ΟΧΙ
29. Νομίζω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θάλεγαν ψέματα για να πάνε  
μπροστά..... NAI – ΟΧΙ
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν τόσο πολύ,  
που δεν θα μπορούσα να τις υπερνικήσω..... NAI – ΟΧΙ
31. Πιστεύω ότι αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα  
μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος..... NAI – ΟΧΙ
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες..... NAI – ΟΧΙ
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κάποιο κακό ή και κάτι άδικο..... NAI – ΟΧΙ
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές  
μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό..... NAI – ΟΧΙ
35. Κάποιος μ' έχει στο μάτι..... NAI – ΟΧΙ
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το  
ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής..... NAI – ΟΧΙ
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει..... NAI – ΟΧΙ
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν..... NAI – ΟΧΙ
39. Μερικές φορές έχω την έντονη τάση να κάνω κάτι βλαβερό και  
συγκλονιστικό..... NAI – ΟΧΙ
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση..... NAI – ΟΧΙ
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν..... NAI – ΟΧΙ
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους..... NAI – ΟΧΙ
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος..... NAI – ΟΧΙ

44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
46. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρχίσω να τα σπάω..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
49. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει..... ΝΑΙ – ΟΧΙ
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου..... ΝΑΙ – ΟΧΙ

## Κλίμακα Αξιολόγησης της Προσαρμοστικότητας και Συνοχής της Οικογένειας

### (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale - FACES-III)

David Olson

Μετάφραση: Βάγια Παπαγεωργίου, Γρηγόρης Σίμος  
 Προσαρμογή: Α. Μπίμπου, Α. Στογιαννίδου, Β. Παπαγεωργίου, Γ. Κιοσέογλου

Όνοματεπώνυμο:..... Ηλικία.....

Ημερομηνία:.....

Παρακαλώ τοποθετείστε έναν από τους αριθμούς που ακολουθούν σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. Σας ευχαριστώ.

1= Σχεδόν ποτέ, 2= Που και που, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά, 5= Σχεδόν πάντα

		Σ Χ Ε Δ Ο Ν	Π Ο Υ  Κ Α Ι	Μ Ε Ρ Ι Κ Ε Σ	Σ Υ Χ Ν Α	Σ Χ Ε Δ Ο Ν  Π Α Ν Τ Α
	<b>Παρακαλώ, περιγράψτε την οικογένειά σας όπως είναι τώρα:</b>					
1	Τα μέλη της οικογένειάς μου ζητούν βοήθεια το ένα από το άλλο					



2	Στη λύση των προβλημάτων ακολουθούνται οι υποδείξεις των παιδιών					
3	Εγκρίνουμε ο ένας τους φίλους του άλλου					
4	Τα παιδιά έχουν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους					
5	Μας αρέσει να κάνουμε διάφορα πράγματα όλοι μαζί					
6	Διαφορετικά πρόσωπα είναι αρχηγοί στην οικογένειά μου					
7	Νιώθουμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια					
8	Στην οικογένειά μου αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο χειριζόμαστε τα καθήκοντά μας					
9	Μας αρέσει να αφιερώνουμε ελεύθερο χρόνο ο ένας στον άλλο					
10	Οι γονείς συζητούν τις τιμωρίες με τα παιδιά					
11	Νιώθουμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο					
12	Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις τις παίρνουν τα παιδιά					
13	Είμαστε όλοι παρόντες στις οικογενειακές					

	δραστηριότητες					
14	Οι κανόνες αλλάζουν στην οικογένειά μου					
15	Μπορούμε εύκολα να σκεφθούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα μαζί σαν οικογένεια					
16	Οι ευθύνες του σπιτιού περνούν από άτομο σε άτομο					
17	Συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας					
18	Είναι δύσκολο να πεις ποιος είναι αρχηγός στην οικογένειά μου					
19	Η συνοχή της οικογένειας είναι πολύ σημαντική					
20	Είναι δύσκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές στην οικογένειά μου					

**Πως θα επιθυμούσατε να ήταν η οικογένειά σας;**

21	Τα μέλη της οικογένειάς μου να ζητούσαν βοήθεια το ένα από το άλλο					
22	Στη λύση των προβλημάτων να ακολουθούνταν οι υποδείξεις των παιδιών					
23	Να εγκρίναμε ο ένας τους φίλους του άλλου					

24	Τα παιδιά να είχαν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους					
25	Να μας άρεσε να κάνουμε διάφορα πράγματα όλοι μαζί					
26	Να ήταν αρχηγοί στην οικογένειά μου διαφορετικά πρόσωπα					
27	Να νιώθαμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια					
28	Να άλλαζε ο τρόπος με τον οποίο χειριζόμαστε τα καθήκοντά μας στην οικογένειά μου					
29	Να μας άρεσε να αφιερώνουμε ελεύθερο χρόνο ο ένας στον άλλο					
30	Γονείς και παιδιά να συζητούσαμε μεταξύ μας τις τιμωρίες					
31	Να νιώθαμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο					
32	Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις να τις έπαιρναν τα παιδιά					
33	Να ήμασταν όλοι παρόντες στις οικογενειακές δραστηριότητες					
34	Να άλλαζαν οι κανόνες στην οικογένειά μου					
35	Να μπορούσαμε εύκολα να σκεφθούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα μαζί σαν οικογένεια					

36	Να περνούσαμε τις ευθύνες του σπιτιού από άτομο σε άτομο					
37	Να συμβουλευόμασταν ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας					
38	Να μπορούσαμε να ξέραμε ποιος ή ποιοι είναι αρχηγοί στην οικογένειά μου					
39	Η συνοχή της οικογένειας να ήταν πολύ σημαντική					
40	Να μπορούσαμε να πούμε ποιος κάνει ποιες δουλειές στην οικογένειά μου.					

Για κάθε θέμα, σημειώστε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθούσε αν απαντούσατε σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείτε ακόμα και αν δεν είστε απόλυτα σίγουρος/η ή το θέμα φαίνεται αστειό! Παρακαλούμε να απαντήσετε βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τους τελευταίους έξι μήνες ή στη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς.

Όνομα του παιδιού: .....

Αγόρι/Κορίτσι

Ημερομηνία Γέννησης .....

	Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
Λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανήσυχος/η και υπερδραστήριος/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παραπονείται συχνά για πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι ή αδιαθεσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά έχει ξεσπάσματα νεύρων ή είναι ευέξαπτος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μάλλον μοναχικός/η, τείνει να παίζει μόνος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γενικά είναι υπάκουος/η, ή συνήθως κάνει ότι του/της ζητούν οι ενήλικες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τον/ην απασχολεί το παραμικρό, συχνά φαίνεται ανήσυχος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είναι πρόθυμος/η να βοηθήσει κάποιον που είναι πληγωμένος, αναστατωμένος, στεναχωρημένος, άρρωστος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνεχώς στριφογυρίζει νευρικά ή δεν στέκεται ήσυχος/η, έχει νευρικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχει τουλάχιστον ένα φίλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά μαλώνει με τα άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά είναι δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η προσοχή του/της διασπάται εύκολα, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σε καινούριες καταστάσεις είναι νευρικός/η ή δείχνει συμπεριφορά προσκόλλησης, εύκολα χάνει την αυτοπεποίθησή του/της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είναι καλός/ή με τα μικρότερα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά λέει ψέμματα ή εξαπατά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άλλα παιδιά τον/ην έχουν στο μάτι ή τον/ην κοροϊδεύουν, τον/ην φοβερίζουν, τον/ην χτυπούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προθυμοποιείται συχνά να βοηθήσει τους άλλους (γονείς, καθηγητές, άλλα παιδιά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πριν κάνει κάτι το μελετάει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα πηγαίνει καλύτερα με τους ενήλικες παρά με τα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φέρνει σε πέρας μία εργασία, έχει καλή προσοχή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Έχετε άλλα σχόλια ή ανησυχίες;

Συνολικά, νομίζετε ότι το παιδί σας έχει δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές: συναισθήματα, συγκέντρωση, συμπεριφορά ή δυνατότητα να τα πηγαίνετε καλά με τους άλλους ανθρώπους;

Όχι	Ναι-κάποιες δυσκολίες	Ναι-αρκετές δυσκολίες	Ναι-σοβαρές δυσκολίες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν έχετε απαντήσει «Ναι», παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις δυσκολίες:

- Από πότε υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες;

Λιγότερο από μήνα	1-5 μήνες	6-12 μήνες	Περισσότερο από χρόνο
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Αυτές οι δυσκολίες ανησυχούν ή αναστατώνουν το παιδί σας;

Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Οι δυσκολίες αποτελούν εμπόδιο στη καθημερινή ζωή του παιδιού σας στις παρακάτω περιοχές;

	Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
ΖΩΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΦΙΛΙΕΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Οι δυσκολίες είναι βάρος για σας ή γενικά για την οικογένεια;

Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπογραφή ..... Ημερομηνία .....

Πατέρας / Μητέρα / Άλλος (διευκρινίστε):

**Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια**

**Ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν σε εκπαιδευτικούς**

Για κάθε θέμα, σημειώστε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθούσε αν απαντούσατε σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείτε ακόμα και αν δεν είστε απόλυτα σίγουρος/η ή το θέμα φαίνεται αστείο! Παρακαλούμε να απαντήσετε βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τους τελευταίους έξι μήνες ή στη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς.

Όνομα του παιδιού: .....

Αγόρι/Κορίτσι

Ημερομηνία Γέννησης .....

	Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
Λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανήσυχος/η και υπερδραστήριος/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παραπονείται συχνά για πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι ή αδιαθεσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά έχει ξεσπάσματα νεύρων ή είναι ευέξαπτος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μάλλον μοναχικός/η, τείνει να παίζει μόνος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γενικά είναι υπάκουος/η, ή συνήθως κάνει ότι του/της ζητούν οι ενήλικες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τον/ην απασχολεί το παραμικρό, συχνά φαίνεται ανήσυχος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είναι πρόθυμος/η να βοηθήσει κάποιον που είναι πληγωμένος, αναστατωμένος, στεναχωρημένος, άρρωστος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνεχώς στριφογυρίζει νευρικά ή δεν στέκεται ήσυχος/η, έχει νευρικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχει τουλάχιστον ένα φίλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά μαλώνει με τα άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά είναι δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η προσοχή του/της διασπάται εύκολα, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σε καινούριες καταστάσεις είναι νευρικός/η ή δείχνει συμπεριφορά προσκόλλησης, εύκολα χάνει την αυτοπεποίθησή του/της	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είναι καλός/ή με τα μικρότερα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά λέει ψέμματα ή εξαπατά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άλλα παιδιά τον/ην έχουν στο μάτι ή τον/ην κοροϊδεύουν, τον/ην φοβερίζουν, τον/ην χτυπούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προθυμοποιείται συχνά να βοηθήσει τους άλλους (γονείς, καθηγητές, άλλα παιδιά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πριν κάνει κάτι το μελετάει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα πηγαίνει καλύτερα με τους ενήλικες παρά με τα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φέρνει σε πέρας μία εργασία, έχει καλή προσοχή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Έχετε άλλα σχόλια ή ανησυχίες;



Συνολικά, νομίζετε ότι αυτό το παιδί έχει δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές: συναισθήματα, συγκέντρωση, συμπεριφορά ή δυνατότητα να τα πηγαίσετε καλά με τους άλλους ανθρώπους;

Όχι	Ναι-κάποιες δυσκολίες	Ναι-αρκετές δυσκολίες	Ναι-σοβαρές δυσκολίες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Εάν έχετε απαντήσει «Ναι», παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις δυσκολίες:

- Από πότε υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες;

Λιγότερο από μήνα	1-5 μήνες	6-12 μήνες	Περισσότερο από χρόνο
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Αυτές οι δυσκολίες ανησυχούν ή αναστατώνουν το παιδί;

Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Οι δυσκολίες αποτελούν εμπόδιο στη καθημερινή ζωή του παιδιού στις παρακάτω περιοχές;

	Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Οι δυσκολίες είναι βάρος για σας ή γενικά για την τάξη;

Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπογραφή ..... Ημερομηνία .....

**Ευχαριστούμε πολύ για τη βοήθεια**

© Robert Goodman, 2000

**Ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στα παιδιά**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ  
CDI (Τροποποιημένο).

Σε παρακαλώ διάλεξε σε κάθε ερώτηση τη φράση που περιγράφει καλύτερα την ψυχική σου κατάσταση τον τελευταίο μήνα. Βάλε ένα + μέσα στο κουτάκι  δίπλα από την απάντησή σου.

<p>Ερώτηση 1</p> <p><input type="checkbox"/> Καμιά φορά αισθάνομαι λυπημένος/η</p> <p><input type="checkbox"/> Αισθάνομαι συχνά λυπημένος</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι συνέχεια λυπημένος</p>	<p>Ερώτηση 8</p> <p><input type="checkbox"/> Νομίζω πάντα ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά νομίζω ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά</p> <p><input type="checkbox"/> Όταν κάτι πάει στραβά συνήθως δεν φταίω εγώ</p>
<p>Ερώτηση 2</p> <p><input type="checkbox"/> Τίποτε δεν θα πάει ποτέ καλά για μένα</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος/η αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα</p> <p><input type="checkbox"/> Νομίζω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα</p>	<p>Ερώτηση 9</p> <p><input type="checkbox"/> Συνήθως σκέφτομαι ότι η ζωή αξίζει πολύ</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος/η ότι η ζωή αξίζει πολύ</p> <p><input type="checkbox"/> Σπάνια σκέφτομαι ότι η ζωή αξίζει πολύ</p>
<p>Ερώτηση 3</p> <p><input type="checkbox"/> Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά κάνω πράγματα λάθος</p> <p><input type="checkbox"/> Τα κάνω όλα λάθος</p>	<p>Ερώτηση 10</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε μέρα θέλω να κλαίω</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά θέλω να κλαίω</p> <p><input type="checkbox"/> Πού και πού θέλω να κλαίω</p>
<p>Ερώτηση 4</p> <p><input type="checkbox"/> Διασκεδάζω με πολλά πράγματα</p> <p><input type="checkbox"/> Καμιά φορά διασκεδάζω με τα πράγματα που κάνω</p> <p><input type="checkbox"/> Τίποτα από όσα κάνω δεν με διασκεδάζει</p>	<p>Ερώτηση 11</p> <p><input type="checkbox"/> Με ανησυχούν συνέχεια διάφορα πράγματα</p> <p><input type="checkbox"/> Ανησυχώ συχνά για διάφορα πράγματα</p> <p><input type="checkbox"/> Πού και πού ανησυχώ για διάφορα πράγματα</p>
<p>Ερώτηση 5</p> <p><input type="checkbox"/> Νιώθω πάντοτε ότι είμαι κακός/ιά</p> <p><input type="checkbox"/> Νιώθω συχνά ότι είμαι κακός/ιά</p> <p><input type="checkbox"/> Σπάνια νιώθω ότι είμαι κακός/ιά</p>	<p>Ερώτηση 12</p> <p><input type="checkbox"/> Μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά δεν μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν θέλω να είμαι με άλλους ανθρώπους</p>
<p>Ερώτηση 6</p> <p><input type="checkbox"/> Πού και πού νομίζω ότι κάτι κακό μου συμβαίνει</p> <p><input type="checkbox"/> Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι σίγουρος/η ότι κάτι κακό θα μου συμβεί</p>	<p>Ερώτηση 13</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μπορώ να αποφασίσω για τίποτα</p> <p><input type="checkbox"/> Δυσκολεύομαι να αποφασίσω</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι αποφασιστικός/ή</p>
<p>Ερώτηση 7</p> <p><input type="checkbox"/> Μισώ τον εαυτό μου</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου</p> <p><input type="checkbox"/> Μου αρέσει ο εαυτός μου</p>	<p>Ερώτηση 14</p> <p><input type="checkbox"/> Η εμφάνισή μου είναι καλή</p> <p><input type="checkbox"/> Πολλά πράγματα στην εμφάνισή μου δεν μου αρέσουν</p> <p><input type="checkbox"/> Η εμφάνισή μου είναι αταίρια</p>

<p>Ερώτηση 15</p> <p><input type="checkbox"/> Πρέπει να πιέζομαι συνέχεια για να μελετήσω για το σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά πρέπει να πιεστώ για να μελετήσω για το σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Η μελέτη για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα</p>	<p>Ερώτηση 21</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Καμιά φορά διασκεδάζω στο σχολείο</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά διασκεδάζω στο σχολείο</p>
<p>Ερώτηση 16</p> <p><input type="checkbox"/> Κάθε βράδυ δυσκολεύομαι να κοιμηθώ</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά δυσκολεύομαι να κοιμηθώ</p> <p><input type="checkbox"/> Κοιμάμαι αρκετά καλά</p>	<p>Ερώτηση 22</p> <p><input type="checkbox"/> Έχω πολλούς φίλους</p> <p><input type="checkbox"/> Έχω μερικούς φίλους αλλά θα ήθελα να έχω πιο πολλούς</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν έχω κανένα φίλο</p>
<p>Ερώτηση 17</p> <p><input type="checkbox"/> Καμιά φορά αισθάνομαι κουρασμένος/η</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά νιώθω κουρασμένος/η</p> <p><input type="checkbox"/> Συνέχεια αισθάνομαι κουρασμένος</p>	<p>Ερώτηση 23</p> <p><input type="checkbox"/> Πάω καλά στα μαθήματά μου</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είμαι τόσο καλός/ή με τα μαθήματα όπως πιο παλιά</p> <p><input type="checkbox"/> Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός/ή</p>
<p>Ερώτηση 18</p> <p><input type="checkbox"/> Τις περισσότερες μέρες δεν πεινάω</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά δεν θέλω να φάω</p> <p><input type="checkbox"/> Συνήθως τρώω καλά</p>	<p>Ερώτηση 24</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά</p> <p><input type="checkbox"/> Αν το θελήσω, μπορεί να είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι καλός/ή όσο είναι και τα άλλα παιδιά</p>
<p>Ερώτηση 19</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου</p> <p><input type="checkbox"/> Ανησυχώ συχνά για πόνους στο σώμα μου</p> <p><input type="checkbox"/> Πάντα ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου</p>	<p>Ερώτηση 25</p> <p><input type="checkbox"/> Κανένας δεν με αγαπάει πραγματικά</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος/η αν κάποιος με αγαπάει</p> <p><input type="checkbox"/> Είμαι σίγουρος/η ότι μερικοί με αγαπούν</p>
<p>Ερώτηση 20</p> <p><input type="checkbox"/> Δεν αισθάνομαι μόνος/η</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά αισθάνομαι μόνος/η</p> <p><input type="checkbox"/> Συνέχεια αισθάνομαι μόνος/η</p>	<p>Ερώτηση 26</p> <p><input type="checkbox"/> Συνήθως κάνω ότι μου λένε</p> <p><input type="checkbox"/> Συχνά κάνω ότι μου λένε</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε</p>
	<p>Ερώτηση 27</p> <p><input type="checkbox"/> Τα πάω καλά με τους άλλους</p> <p><input type="checkbox"/> Καυγαδίζω συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Μου φαίνεται ότι συνέχεια τσακώνομαι</p>

# ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ II ΠΑΤΕΜ II

Εύη Μακρή-Μπότσαρη

Ελληνική έκδοση για μαθητές Δ', Ε' και Στ' Δημοτικού του ερωτηματολογίου  
*Self-Perception Profile for Children*  
(Harter)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Το φυλλάδιο αυτό δεν είναι διαγώνισμα γνώσεων, αλλά ένα συνηθισμένο ερωτηματολόγιο που, όπως βλέπεις από την επικεφαλίδα, αναφέρεται στο πώς ο καθένας από σας αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, δηλαδή στο τι τύπος ανθρώπου πιστεύει ότι είναι ο καθένας.

Σε αυτού του είδους τα ερωτηματολόγια δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Επειδή το κάθε άτομο διαφέρει από το άλλο, ο καθένας σας θα δώσει διαφορετικές απαντήσεις.

Ας δούμε ένα παράδειγμα για το πώς θα απαντήσεις στις ερωτήσεις.

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά τα κα- ταφέρνουν πολύ καλά στα μαθήματά τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά δεν τα κα- ταφέρνουν και τόσο κα- λά στα μαθήματά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Στο παράδειγμα περιγράφονται δύο τύποι ατόμων και θα θέλαμε να ξέρουμε ποιος από τους δύο σου ταιριάζει και πόσο. Για να απαντήσεις τις ερωτήσεις:

(1) Πρώτα, θέλουμε να αποφασίσεις αν ταιριάζεις με τον τύπο του ατόμου που περιγράφεται στο **αριστερό μέρος** ή με τον τύπο που περιγράφεται στο **δεξιό μέρος**.

(2) Αφού αποφασίσεις ποιος από τους δύο τύπους ατόμου σου ταιριάζει, σκέψου στη συνέχεια **πόσο σου ταιριάζει** ο τύπος αυτός: **απόλυτα σου ταιριάζει** ή **μάλλον σου ταιριάζει**.

- Αν **απόλυτα σου ταιριάζει**, θα βάλεις ένα **X** στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Απόλυτα μου ταιριάζει**».
- Αν **μάλλον σου ταιριάζει**, θα βάλεις ένα **X** στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Μάλλον μου ταιριάζει**».

(3) **Προσοχή:** Σε κάθε ερώτηση πρέπει να βάλεις **X** σε **ένα μόνο** από τα τέσσερα τετράγωνα.

Να απαντήσεις μια-μια όλες τις παρακάτω ερωτήσεις  
τσεκάροντας το τετράγωνο που ταιριάζει σε σένα.

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει			Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει	
1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι είναι πολύ καλά στη σχολική τους εργασία.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> είναι και τόσο καλά στη σχολική τους εργασία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκολεύονται να κάνουν φίλους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά κάνουν πολύ εύκολα φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ και τη γυμναστική.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ και τη γυμναστική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλή εξωτερική εμφάνιση.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλή εξωτερική εμφάνιση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι ο τρόπος που συμπεριφέρονται <u>δεν</u> είναι καλός.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι ο τρόπος που συμπεριφέρονται είναι καλός.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά είναι συχνά δυσαρεστημένα με τον εαυτό τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά είναι αρκετά ευχαριστημένα με τον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι είναι τόσο καλά στα μαθήματα του σχολείου όσο και τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά δεν είναι τόσο σίγουρα και αναρωτιούνται αν είναι το ίδιο καλά στα μαθήματα του σχολείου όπως οι συνομήλικοί τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν πολλούς φίλους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> έχουν πολλούς φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθελαν να είναι καλύτερα στα σπορ και τα αθλήματα.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι είναι αρκετά καλά στα σπορ και τα αθλήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλό ύψος και βάρος.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό ύψος ή βάρος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει			Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως κάνουν αυτό που είναι σωστό.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά συχνά <u>δεν</u> κάνουν αυτό που είναι σωστό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικά παιδιά <u>δεν</u> αρέσει η ζωή που κάνουν.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Σε άλλα παιδιά αρέσει η ζωή που κάνουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά αργούν πολύ να τελειώσουν τη σχολική τους εργασία.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά τελειώνουν γρήγορα τη σχολική τους εργασία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθελαν να έχουν περισσότερους φίλους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά έχουν τόσους φίλους όσους θα ήθελαν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλά σχεδόν σε κάθε νέο σπορ με το οποίο δεν έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά αναρωτιούνται μήπως <u>δεν</u> τα καταφέρουν καλά σε σπορ με τα οποία δεν έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό σώμα.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλό σώμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως βρίσκουν τον μπελά τους με αυτά που κάνουν.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά συνήθως <u>δεν</u> κάνουν πράγματα που τα βάζουν σε μπελάδες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά είναι ικανοποιημένα με τον εαυτό τους ως άτομο.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά συχνά <u>δεν</u> είναι ικανοποιημένα με τον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά τα καταφέρνουν πολύ καλά στα μαθήματά τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> τα καταφέρνουν και τόσο καλά στα μαθήματά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθελαν να τα συμπαθούν περισσότεροι συνομηλικοί τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι τα συμπαθούν οι περισσότεροι από τους συνομηλίκους τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι είναι καλύτερα στα σπορ και τη γυμναστική από ό,τι οι συνομηλικοί τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> μπορούν να τα καταφέρουν στα σπορ και τη γυμναστική το ίδιο καλά με τους συνομηλίκους τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει			
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθε- λαν η εμφάνισή τους να είναι διαφορετική.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> θα ή- θελαν η εμφάνισή τους να είναι διαφορετική.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>συχνά</u> κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έ- πρεπε να κάνουν.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>σπάνια</u> κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έ- πρεπε να κάνουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύ- ουν ότι τα περισσότερα πράγματα στη ζωή τους τα κάνουν τόσο καλά όσο τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι πολλά πράγματα στη ζωή τους <u>δεν</u> τα κά- νουν τόσο καλά όσο τα άλλα παιδιά της ηλι- κίας τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκο- λεύονται να βρουν τις σωστές απαντήσεις στο σχολείο.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά σχεδόν πάντα βρίσκουν τις σω- στές απαντήσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά είναι δη- μοφιλή ανάμεσα στους συνομηλίκους τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> είναι και τόσο δημοφιλή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>δεν</u> τα καταφέρνουν καλά στα υπαίθρια παιχνίδια (βό- λει, ποδόσφαιρο, μπά- σκετ).	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά τα κατα- φέρνουν καλά στα υ- παίθρια παιχνίδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύ- ουν ότι έχουν ωραίο πρόσωπο.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο ωραίο πρόσωπο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συμπε- ριφέρονται πολύ καλά.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά συχνά δυ- σκολεύονται να ελέγ- ξουν τη συμπεριφορά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>δεν</u> εί- ναι πολύ ικανοποιημέ- να με τον τρόπο που κάνουν διάφορα πράγ- ματα στη ζωή τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά είναι ικα- νοποιημένα με τον τρό- πο που κάνουν διάφο- ρα πράγματα στη ζωή τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ΣΧΟΛΕΙΟ ..... ΤΑΞΗ .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (προαιρετικό) .....

ΦΥΛΟ Αγόρι  Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Έτος: ..... Μήνας: .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ .....

Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΟΥ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

Η ΜΗΤΕΡΑ ΣΟΥ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΣΟΥ;

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ { ΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑ   
Η ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΣΟΥ { ΣΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ

# ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ III

## ΠΑΤΕΜ III

Εύη Μακρή-Μπότσαρη

Ελληνική έκδοση για μαθητές γυμνασίου του ερωτηματολογίου

*Self-Perception Profile for Children*

(Harter)

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Το φυλλάδιο αυτό δεν είναι διαγώνισμα γνώσεων, αλλά ένα συνηθισμένο ερωτηματολόγιο που, όπως βλέπεις από την επικεφαλίδα, αναφέρεται στο πώς ο καθένας από σας αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, δηλαδή στο τι τύπος ανθρώπου πιστεύει ότι είναι ο καθένας.

Σε αυτού του είδους τα ερωτηματολόγια δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Επειδή το κάθε άτομο διαφέρει από το άλλο, ο καθένας σας θα δώσει διαφορετικές απαντήσεις.

Ας δούμε ένα παράδειγμα για το πώς θα απαντήσεις στις ερωτήσεις.

Απόλυτα  
μου  
ταιριάζει

Μάλλον  
μου  
ταιριάζει

Μάλλον  
μου  
ταιριάζει

Απόλυτα  
μου  
ταιριάζει

Μερικά παιδιά σπάνια έρχονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους.

**ΟΜΩΣ**

Άλλα παιδιά συχνά έρχονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους.

Στο παράδειγμα περιγράφονται δύο τύποι ατόμων και θα θέλαμε να ξέρουμε ποιος από τους δύο σου ταιριάζει και πόσο. Για να απαντήσεις τις ερωτήσεις:

(1) Πρώτα, θέλουμε να αποφασίσεις αν ταιριάζεις με τον τύπο του ατόμου που περιγράφεται στο **αριστερό μέρος** ή με τον τύπο που περιγράφεται στο **δεξιό μέρος**.

(2) Αφού αποφασίσεις ποιος από τους δύο τύπους ατόμου σου ταιριάζει, σκέψου στη συνέχεια **πόσο σου ταιριάζει** ο τύπος αυτός: **απόλυτα σου ταιριάζει** ή **μάλλον σου ταιριάζει**.

- Αν **απόλυτα σου ταιριάζει**, θα βάλεις ένα **X** στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Απόλυτα μου ταιριάζει**».
- Αν **μάλλον σου ταιριάζει**, θα βάλεις ένα **X** στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Μάλλον μου ταιριάζει**».

(3) **Προσοχή:** Σε κάθε ερώτηση πρέπει να βάλεις **X** σε **ένα μόνο** από τα τέσσερα τετράγωνα.

Να απαντήσεις μια-μια όλες τις παρακάτω ερωτήσεις  
τσεκάροντας το τετράγωνο που ταιριάζει σε σένα.

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		ΟΜΩΣ		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι είναι τόσο καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα όσο και τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> είναι τόσο σίγουρα και αναρωτιούνται αν είναι το ίδιο καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα όπως οι συνομήλικοί τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκολεύονται να κάνουν φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά κάνουν πολύ εύκολα φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως συζητούν τα προβλήματά τους με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά σπάνια συζητούν τα προβλήματά τους με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Για μερικά παιδιά τα μαθηματικά είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Για άλλα παιδιά τα μαθηματικά <u>δεν</u> είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ, τα όργανα γυμναστικής και τις γυμναστικές ασκήσεις.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ, τα όργανα γυμναστικής και τις γυμναστικές ασκήσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλή εξωτερική εμφάνιση.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλή εξωτερική εμφάνιση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Για μερικά παιδιά τα φιλολογικά είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Για άλλα παιδιά τα φιλολογικά <u>δεν</u> είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως κάνουν αυτό που είναι σωστό.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συχνά <u>δεν</u> κάνουν αυτό που είναι σωστό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		ΟΜΩΣ		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά μπο- ρούν να κάνουν πραγ- ματικά <u>στενούς</u> φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά δυσκολεύ- ονται να κάνουν πραγ- ματικά <u>στενούς</u> φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά, γενι- κά, <u>δεν</u> είναι ευχαρι- στημένα με τον εαυτό τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά, γενικά, είναι ευχαριστημένα με τον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκο- λεύονται στα περισσό- τερα σχολικά μαθήμα- τα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> δυ- σκολεύονται στα πε- ρισσότερα σχολικά μα- θήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν πολλούς φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> έχουν πολλούς φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκο- λεύονται να συνεννοη- θούν με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συνεννο- ούνται εύκολα με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συχνά χρειάζονται βοήθεια στα μαθηματικά.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά σπάνια χρειάζονται βοήθεια στα μαθηματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύ- ουν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν κα- λά σχεδόν σε κάθε νέα αθλητική δραστηριότη- τα με την οποία <u>δεν</u> έ- χουν ασχοληθεί μέχρι τόρα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> είναι τόσο σίγουρα για το αν θα τα καταφέρουν κα- λά σε αθλητικές δρα- στηριότητες με τις ο- ποίες <u>δεν</u> έχουν ασχο- ληθεί μέχρι τώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύ- ουν ότι έχουν ωραίο πρόσωπο.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο ωραίο πρόσωπο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συχνά αμφιβάλλουν για το αν αξιίζουν ως άτομα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> αμφι- βάλλουν για το αν αξί- ζουν ως άτομα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικά παιδιά <u>δεν</u> αρέσουν καθόλου τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Σε άλλα παιδιά αρέ- σουν πολύ τα φιλολογι- κά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συχνά βρίσκουν τον μπελά τους με αυτά που κά- νουν.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συνήθως <u>δεν</u> κάνουν πράγματα που τα βάζουν σε μπε- λάδες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		ΟΜΩΣ		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
21 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν κάποιο <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο μπορούν να μοιράζονται τα μυστικά τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> έχουν ένα <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο να μπορούν να μοιράζονται τα μυστικά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι μπορούν να κάνουν πολλά σημαντικά πράγματα στη ζωή τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> μπορούν να κάνουν πολλά σημαντικά πράγματα στη ζωή τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των περισσότερων σχολικών μαθημάτων.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των περισσότερων σχολικών μαθημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθελαν να τα συμπαθούν περισσότεροι συνομηλικοί τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι τα συμπαθούν οι περισσότεροι από τους συνομηλικούς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά σπάνια έρχονται σε σύγκριση με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συχνά έρχονται σε σύγκριση με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των μαθηματικών.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συνήθως <u>δεν</u> τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των μαθηματικών.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> μπορούν να τα καταφέρουν στα σπορ τόσο καλά όσο και οι συνομηλικοί τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν στα σπορ τόσο καλά όσο και οι συνομηλικοί τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλή σωματική διάπλαση.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλή σωματική διάπλαση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι αξίζουν ως άτομα τουλάχιστον όσο και οι άλλοι.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> αξίζουν ως άτομα όσο και οι άλλοι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>δεν</u> τα καταφέρνουν και τόσο καλά στα διαγωνίσματα των φιλολογικών μαθημάτων.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά τα καταφέρνουν αρκετά καλά στα διαγωνίσματα των φιλολογικών μαθημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει	
31 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συχνά δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά συνήθως ελέγχουν εύκολα τη συμπεριφορά τους. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά θα ήθελαν να έχουν ένα στενό φίλο με τον οποίο να μοιράζονται τα συναισθήματά τους (χαρά, λύπη, φόβο, απογοήτευση).	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά έχουν κάποιο στενό φίλο με τον οποίο μοιράζονται τα συναισθήματά τους. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι, γενικά, δεν μπορούν να κάνουν κάποια πράγματα το ίδιο καλά όπως και οι άλλοι.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι, γενικά, μπορούν να κάνουν κάποια πράγματα το ίδιο καλά όπως και οι άλλοι. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά παίρνουν χαμηλούς βαθμούς στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά παίρνουν υψηλούς βαθμούς στα περισσότερα σχολικά μαθήματα. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά είναι δημοφιλή μεταξύ των συνομηλίκων τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> είναι και τόσο δημοφιλή. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά ενεργούν και εκφράζονται ελεύθερα μπροστά στους γονείς τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά δυσκολεύονται να ενεργήσουν και να εκφραστούν ελεύθερα μπροστά στους γονείς τους. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκολεύονται να καταλάβουν στιδήποτε έχει σχέση με τα μαθηματικά.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά εύκολα καταλαβαίνουν στιδήποτε έχει σχέση με τα μαθηματικά. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>δεν</u> τα καταφέρνουν καλά στα υπαίθρια παιχνίδια (βόλεια, ποδόσφαιρο, μπάσκετ).	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά τα καταφέρνουν καλά στα υπαίθρια παιχνίδια. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλό ύψος και βάρος.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό ύψος ή βάρος. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν θετική στάση απέναντι στον εαυτό τους.	<b>ΟΜΩΣ</b>	Άλλα παιδιά έχουν αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό τους. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
41 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικά παιδιά φαίνονται εύκολες οι εργασίες που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Σε άλλα παιδιά φαίνονται δύσκολες οι εργασίες που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συχνά κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έπρεπε να κάνουν.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά σπάνια κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έπρεπε να κάνουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά δυσκολεύονται να κάνουν στενούς φίλους τους οποιούς να μπορούν πραγματικά να εμπιστευθούν.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> δυσκολεύονται να κάνουν <u>στενούς</u> φίλους τους οποίους να μπορούν πραγματικά να εμπιστευθούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι υπάρχουν αρκετά πράγματα στον εαυτό τους για τα οποία είναι υπερήφανα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> υπάρχουν και πολλά πράγματα στον εαυτό τους για τα οποία να είναι υπερήφανα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά τα καταφέρουν πολύ καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> τα καταφέρνουν και τόσο καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν τόσους φίλους όσους θα ήθελαν.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά θα ήθελαν να έχουν περισσότερους φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά <u>δεν</u> τα πάνε και τόσο καλά με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά τα πάνε καλά με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικά παιδιά <u>δεν</u> αρέσουν καθόλου τα μαθηματικά.	ΟΜΩΣ	Σε άλλα παιδιά αρέσουν πολύ τα μαθηματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι είναι αρκετά καλά στα σπορ και τα αθλήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά θα ήθελαν να είναι καλύτερα στα σπορ και τα αθλήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό σώμα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι έχουν καλό σώμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά νιώθουν αποτυχημένα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> νιώθουν αποτυχημένα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
52 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά μαθαίνουν γρήγορα κάθε καινούριο θέμα που έχει σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> μαθαίνουν γρήγορα τα καινούρια θέματα που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά συνήθως συμπεριφέρονται έτσι όπως ξέρουν ότι πρέπει να συμπεριφερθούν.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά συχνά <u>δεν</u> συμπεριφέρονται έτσι όπως ξέρουν ότι πρέπει να συμπεριφερθούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά έχουν κάποιο <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο μοιράζονται τις προσωπικές τους σκέψεις.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά <u>δεν</u> έχουν ένα <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο να μοιράζονται τις προσωπικές τους σκέψεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικά παιδιά πιστεύουν ότι, γενικά, <u>δεν</u> αξίζουν και τόσο πολύ.	ΟΜΩΣ	Άλλα παιδιά πιστεύουν ότι, γενικά, αξίζουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ΣΧΟΛΕΙΟ ..... ΤΑΞΗ .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (προαιρετικό) .....

ΦΥΛΟ Αγόρι  Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Έτος: ..... Μήνας: .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ .....

Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΟΥ  
ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

Η ΜΗΤΕΡΑ ΣΟΥ  
ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΣΟΥ;

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ  
Η ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΣΟΥ { ΣΤΑ ΑΡΧΑΙΑ  ΣΤΑ ΝΕΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ   
ΣΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ  ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ

# ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ IV PLATEM IV

Εύη Μακρή-Μπότσαρη  
Ελληνική έκδοση για μαθητές λυκείου του ερωτηματολογίου  
*Self-Perception Profile for Adolescents*  
(Harter)

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Το φυλλάδιο αυτό δεν είναι διαγώνισμα γνώσεων, αλλά ένα συνηθισμένο ερωτηματολόγιο που, όπως βλέπεις από την επικεφαλίδα, αναφέρεται στο πώς ο καθένας από σας αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, δηλαδή στο τι τύπος ανθρώπου πιστεύει ότι είναι ο καθένας.

Σε αυτού του είδους τα ερωτηματολόγια δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Επειδή το κάθε άτομο διαφέρει από το άλλο, ο καθένας σας θα δώσει διαφορετικές απαντήσεις.

Ας δούμε ένα παράδειγμα για το πώς θα απαντήσεις στις ερωτήσεις.

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι είναι δημοφιλείς μεταξύ των συνομηλίκων τους.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> είναι και τόσο δημοφιλείς.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Στο παράδειγμα περιγράφονται δύο τύποι ατόμων και θα θέλαμε να ξέρουμε ποιος από τους δύο σου ταιριάζει και πόσο. Για να απαντήσεις τις ερωτήσεις:

- (1) Πρώτα, θέλουμε να αποφασίσεις αν ταιριάζεις με τον τύπο του ατόμου που περιγράφεται στο **αριστερό μέρος** ή με τον τύπο που περιγράφεται στο **δεξιό μέρος**.
- (2) Αφού αποφασίσεις ποιος από τους δύο τύπους ατόμου σου ταιριάζει, σκέψου στη συνέχεια **πόσο σου ταιριάζει** ο τύπος αυτός: **απόλυτα σου ταιριάζει** ή **μάλλον σου ταιριάζει**.
  - Αν σου ταιριάζει **απόλυτα**, θα βάλεις ένα X στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Απόλυτα μου ταιριάζει**».
  - Αν **μάλλον σου ταιριάζει**, θα βάλεις ένα X στο τετράγωνο που βρίσκεται κάτω από την ένδειξη: «**Μάλλον μου ταιριάζει**».
- (3) **Προσοχή:** Σε κάθε ερώτηση πρέπει να βάλεις X σε **ένα μόνο** από τα τέσσερα τετράγωνα.

Να απαντήσεις μια-μια όλες τις παρακάτω ερωτήσεις  
 τσεκάροντας το τετράγωνο που ταιριάζει σε σένα.

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει			Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει	
1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι είναι τόσο καλοί στα περισσότερα σχολικά μαθήματα όσο και οι άλλοι έφηβοι της ηλικίας τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> είναι τόσο σίγουροι και αναρωτιούνται αν είναι το ίδιο καλοί στα περισσότερα σχολικά μαθήματα όπως οι συνομήλικόι τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται να κάνουν φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι κάνουν πολύ εύκολα φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συνήθως συζητούν τα προβλήματά τους με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι σπάνια συζητούν τα προβλήματά τους με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Για μερικούς εφήβους τα μαθηματικά είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Για άλλους εφήβους τα μαθηματικά <u>δεν</u> είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ, τα όργανα γυμναστικής και τις γυμναστικές ασκήσεις.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν πολύ καλά στα σπορ, τα όργανα γυμναστικής και τις γυμναστικές ασκήσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν καλή εξωτερική εμφάνιση.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλή εξωτερική εμφάνιση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι θα τα καταφέρουν πολύ καλά, αν πάνε να εργαστούν σε μια εργασία μερικής απασχόλησης.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> θα τα καταφέρουν αν πάνε να εργαστούν σε μια εργασία μερικής απασχόλησης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Για μερικούς εφήβους τα φιλολογικά είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Για άλλους εφήβους τα φιλολογικά <u>δεν</u> είναι ένα από τα αγαπημένα τους μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• ΣΕΛΙΔΑ 2 •

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει			Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι προκαλούν το αισθηματικό ενδιαφέρον των ατόμων του αντίθετου φύλου.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> προκαλούν το αισθηματικό ενδιαφέρον των ατόμων του αντίθετου φύλου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συνήθως κάνουν αυτό που είναι σωστό.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι συχνά <u>δεν</u> κάνουν αυτό που είναι σωστό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι μπορούν να κάνουν πραγματικά στενούς φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι δυσκολεύονται να κάνουν πραγματικά στενούς φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι, γενικά, <u>δεν</u> είναι ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι, γενικά, είναι ευχαριστημένοι με τον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> δυσκολεύονται στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι έχουν πολλούς φίλους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> έχουν πολλούς φίλους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται να συνεννοηθούν με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι συνεννοούνται εύκολα με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συχνά χρειάζονται βοήθεια στα μαθηματικά.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι σπάνια χρειάζονται βοήθεια στα μαθηματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν καλά σχεδόν σε κάθε νέα αθλητική δραστηριότητα με την οποία δεν έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> είναι τόσο σίγουροι για το αν θα τα καταφέρουν καλά σε αθλητικές δραστηριότητες με τις οποίες δεν έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν ωραίο πρόσωπο.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο ωραίο πρόσωπο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		ΟΜΩΣ		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συχνά αμφιβάλλουν για το αν αξίζουν ως άτομα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> αμφιβάλλουν για το αν αξίζουν ως άτομα.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν αρκετές ικανότητες για να τα καταφέρουν καλά αν αναλάβουν κάποια αμειβόμενη εργασία.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν πράγματι αρκετές ικανότητες για να τα καταφέρουν καλά αν αναλάβουν κάποια αμειβόμενη εργασία.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικούς εφήβους <u>δεν</u> αρέσουν καθόλου τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Σε άλλους εφήβους αρέσουν τα φιλολογικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι, εάν εκδηλώσουν αισθηματικό ενδιαφέρον για κάποιο άτομο του αντίθετου φύλου, αυτό το άτομο θα ανταποκριθεί.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι αναρωτιούνται μήπως, όταν εκδηλώσουν αισθηματικό ενδιαφέρον για κάποιο άτομο του αντίθετου φύλου, αυτό το άτομο δεν ανταποκριθεί.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συνήθως βρίσκουν τον μπελά τους με αυτά που κάνουν.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι συνήθως <u>δεν</u> κάνουν πράγματα που τους βάζουν σε μπελάδες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι έχουν κάποιο <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο μπορούν να μοιράζονται τα μυστικά τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> έχουν ένα <u>στενό</u> φίλο με τον οποίο να μπορούν να μοιράζονται τα μυστικά τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι μπορούν να κάνουν πολλά σημαντικά πράγματα στη ζωή τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> μπορούν να κάνουν πολλά σημαντικά πράγματα στη ζωή τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των περισσότερων σχολικών μαθημάτων.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των περισσότερων σχολικών μαθημάτων.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι θα ήθελαν να τους συμπαθούν περισσότεροι συνομήλικοί τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι τους συμπαθούν οι περισσότεροι από τους συνομηλίκους τους.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## ΣΕΛΙΔΑ 4

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
29 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι σπάνια έρχονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι συχνά έρχονται σε σύγκρουση με τους γονείς τους.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συνήθως τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των μαθηματικών.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι συνήθως <u>δεν</u> τα πάνε καλά στα διαγωνίσματα των μαθηματικών.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
31 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> μπορούν να τα καταφέρουν στα σπορ τόσο καλά όσο και οι συνομήλικοί τους.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν στα σπορ τόσο καλά όσο και οι συνομήλικοί τους.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλή σωματική διάπλαση.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν καλή σωματική διάπλαση.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι αξίζουν ως άτομα τουλάχιστον όσο και οι άλλοι.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> αξίζουν ως άτομα όσο και οι άλλοι.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι είναι αρκετά έτοιμοι για να αναλάβουν και να διατηρήσουν μια αμειβόμενη θέση εργασίας.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> είναι ακόμη αρκετά έτοιμοι για να αναλάβουν και να διατηρήσουν μια αμειβόμενη θέση εργασίας.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν και τόσο καλά στα διαγωνίσματα των φιλολογικών μαθημάτων.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι τα καταφέρνουν αρκετά καλά στα διαγωνίσματα των φιλολογικών μαθημάτων.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> ελκύουν αισθηματικά τα άτομα του αντίθετου φύλου.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι ελκύουν αισθηματικά τα άτομα του αντίθετου φύλου.	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συχνά δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους.	ΟΜΩΣ Άλλοι έφηβοι συνήθως ελέγχουν εύκολα τη συμπεριφορά τους.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
38 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι θα ήθελαν να έχουν ένα <u>στενό φίλο</u> με τον οποίο να μοιράζονται τα συναισθήματά τους (χαρά, λύπη, φόβο, απογοήτευση).	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι έχουν κάποιο <u>στενό φίλο</u> με τον οποίο μοιράζονται τα συναισθήματά τους.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι, γενικά, <u>δεν</u> μπορούν να κάνουν κάποια πράγματα το ίδιο καλά όπως και οι άλλοι.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι, γενικά, <u>μπορούν</u> να κάνουν κάποια πράγματα το ίδιο καλά όπως και οι άλλοι.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι παίρνουν χαμηλούς βαθμούς στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι παίρνουν υψηλούς βαθμούς στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι είναι δημοφιλείς μεταξύ των συνομηλίκων τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> είναι και τόσο δημοφιλείς.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι ενεργούν και εκφράζονται ελεύθερα μπροστά στους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι δυσκολεύονται να ενεργήσουν και να εκφραστούν ελεύθερα μπροστά στους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται να καταλάβουν οτιδήποτε έχει σχέση με τα μαθηματικά.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι εύκολα καταλαβαίνουν οτιδήποτε έχει σχέση με τα μαθηματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν καλά στα υπαιθρία παιχνίδια (ποδόσφαιρο, βόλει, μπάσκετ).	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι τα καταφέρνουν καλά στα υπαιθρία παιχνίδια.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν καλό ύψος και βάρος.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό ύψος ή βάρος.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι έχουν θετική στάση απέναντι στον εαυτό τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι έχουν αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει		
47 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν ακόμη αποκτήσει αρκετά προσόντα ώστε να τα καταφέρουν σε μια αμειβόμενη εργασία.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν αρκετά προσόντα ώστε να τα καταφέρουν σε μια αμειβόμενη εργασία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικούς εφήβους φαίνονται εύκολες οι εργασίες που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Σε άλλους εφήβους φαίνονται δύσκολες οι εργασίες που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται να αναπτύξουν αισθηματικές σχέσεις με άτομα του αντίθετου φύλου, ακόμη και όταν το επιδιώκουν.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> δυσκολεύονται να αναπτύξουν αισθηματικές σχέσεις με άτομα του αντίθετου φύλου, αν το επιδιώξουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συχνά κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έπρεπε να κάνουν.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι σπάνια κάνουν πράγματα που ξέρουν ότι δεν θα έπρεπε να κάνουν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι δυσκολεύονται να κάνουν στενούς φίλους τους οποίους να μπορούν πραγματικά να εμπιστευθούν.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι καταφέρνουν να κάνουν στενούς φίλους τους οποίους μπορούν πραγματικά να εμπιστευθούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι υπάρχουν αρκετά πράγματα στον εαυτό τους για τα οποία είναι υπερήφανοι.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> υπάρχουν και πολλά πράγματα στον εαυτό τους για τα οποία να είναι υπερήφανοι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι τα καταφέρνουν πολύ καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> τα καταφέρνουν και τόσο καλά στα περισσότερα σχολικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι είναι κοινωνικά αποδεκτοί μεταξύ των συνομηλίκων τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι θα ήθελαν να είναι κοινωνικά αποδεκτοί από περισσότερους συνομηλίκους τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Απόλυτα μου ταιριάζει	Μάλλον μου ταιριάζει		ΟΜΩΣ		Μάλλον μου ταιριάζει	Απόλυτα μου ταιριάζει
55 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι <u>δεν</u> τα πάνε και τόσο καλά με τους γονείς τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι τα πάνε καλά με τους γονείς τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Σε μερικούς εφήβους <u>δεν</u> αρέσουν καθόλου τα μαθηματικά.	ΟΜΩΣ	Σε άλλους εφήβους αρέσουν πολύ τα μαθηματικά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι είναι πολύ αθλητικοί τύποι.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> είναι πολύ αθλητικοί τύποι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι <u>δεν</u> έχουν και τόσο καλό σώμα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι έχουν καλό σώμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι νιώθουν αποτυχημένοι.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> νιώθουν αποτυχημένοι.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι είναι πραγματικά σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μιας αμειβόμενης εργασίας.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι αναρωτούνται για το αν είναι πραγματικά σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μιας αμειβόμενης εργασίας.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι μαθαίνουν γρήγορα κάθε καινούριο θέμα που έχει σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι <u>δεν</u> μαθαίνουν γρήγορα τα καινούρια θέματα που έχουν σχέση με τα φιλολογικά μαθήματα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι τα άτομα του αντίθετου φύλου αποφεύγουν να δημιουργήσουν αισθηματικές σχέσεις μαζί τους.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι τα άτομα του αντίθετου φύλου <u>δεν</u> αποφεύγουν να δημιουργήσουν αισθηματικές σχέσεις μαζί τους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μερικοί έφηβοι συνήθως συμπεριφέρονται έτσι όπως ξέρουν ότι πρέπει να συμπεριφερθούν.	ΟΜΩΣ	Άλλοι έφηβοι συχνά <u>δεν</u> συμπεριφέρονται έτσι όπως ξέρουν ότι πρέπει να συμπεριφερθούν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Απόλυτα Μάλλον  
μου μου  
ταιριάζει ταιριάζει

Μάλλον Απόλυτα  
μου μου  
ταιριάζει ταιριάζει

64

Μερικοί έφηβοι έχουν κάποιο στενό φίλο με τον οποίο μοιράζονται τις προσωπικές τους σκέψεις.

ΟΜΩΣ

Άλλοι έφηβοι δεν έχουν ένα στενό φίλο με τον οποίο να μοιράζονται τις προσωπικές τους σκέψεις.



65

Μερικοί έφηβοι πιστεύουν ότι, γενικά, δεν αξίζουν και τόσο πολύ.

ΟΜΩΣ

Άλλοι έφηβοι πιστεύουν ότι, γενικά, αξίζουν.



ΣΧΟΛΕΙΟ ..... ΤΑΞΗ .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (προαιρετικό) .....

ΦΥΛΟ Αγόρι  Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ Έτος: ..... Μήνας: .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ .....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ .....

Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΟΥ ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

Η ΜΗΤΕΡΑ ΣΟΥ ΕΧΕΙ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ { Μερικές τάξεις του Δημοτικού  Δημοτικό   
Γυμνάσιο  Λύκειο   
ΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΣΟΥ;

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΣΟΥ { ΣΤΑ ΑΡΧΑΙΑ  ΣΤΑ ΝΕΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ   
ΣΤΑ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ  ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ