



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ
ΒΡΕΦΙΚΗ, ΝΗΠΙΑΚΗ, ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Τσέτσιλα Ιφιγένεια

Α.Μ: 16419

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΡΙΒΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

©ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2018



**PSYCHOMOTOR
DEVELOPMENT AND
PROBLEMS IN INFANT,
TODDLER, SCHOOL AND
ADOLESCENCE LIFE.**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την οικογένεια μου για όλη την υποστήριξη και συμπαράσταση κατά τη διάρκεια της φοίτησης μου στο τμήμα νοσηλευτικής. Επιπλέον θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο εκπαιδευτικό προσωπικό της σχολής για τις γνώσεις που μου μετέδωσε και για την αγάπη προς το επάγγελμα του νοσηλευτή. Ιδιαίτερως θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια καθηγήτρια της πτυχιακής μου κα Γρίβα Ευαγγελία για την καθοδήγηση που μου προσέφερε στην ολοκλήρωση της παρούσης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γνώση της ψυχοκινητικής εξέλιξης του παιδιού από τη νεογνική ως τη σχολική ηλικία είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση και έγκαιρη διάγνωση μιας υστέρησης, καθώς τα αναπτυξιακά προβλήματα ενίοτε συνοδεύουν το παιδί και στην ενήλικη ζωή. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση και καταγραφή όλων των παραμέτρων και των νεότερων δεδομένων, που σχετίζονται με την ψυχοκινητική εξέλιξη και τα προβλήματα στη βρεφική, νηπιακή, σχολική και εφηβική ηλικία. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

, Internurse και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά την τελευταία πενταετία (2013- 2018) στην αγγλική γλώσσα. Για την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά, όπως: psychomotor development problems, autism spectrum disorders, pre and neonatal infants, speech and sound disorders, eating disorders, mood disorders, the nursing role.

Η ανασκόπηση κατέδειξε την αλληλεπίδραση και αλληλουχία των εν λόγω διαταραχών, καθώς βιολογικές και ψυχοκοινωνικές εμπειρίες επηρεάζουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου. ενώ η ανίχνευση των αναπτυξιακών διαταραχών από την προσχολική ηλικία οδηγεί σε κατάρτιση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σημαντική βελτίωση της ψυχοκινητικής εξέλιξης του παιδιού. Η έλλειψη ερεθισμάτων και αγάπης θίγει περισσότερο την ψυχική εξέλιξη του παιδιού.

Η γνώση των αναπτυξιακών σταδίων του ατόμου οδηγεί στην έγκαιρη ανίχνευση και πρώιμη παρέμβαση ακόμα και σε απλές περιπτώσεις οδηγεί σε μείωση του άγχους τόσο της οικογένειας αλλά και του παιδιού, ενώ βοηθά ταυτόχρονα στην αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων του παιδιού τόσο σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο όσο και σε γνωστικό. Σημαντικός θεωρείται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση δυσμενών καταστάσεων, τόσο σε πρακτικό όσο και συμβουλευτικό επίπεδο.

Λέξεις-κλειδιά: ψυχοκινητική ανάπτυξη, διαταραχές αυτιστικού φάσματος, διάθεσης, ύπνου, λόγου και ομιλίας, νοσηλευτικός ρόλος.

ABSTRACT

Knowledge of psychomotor development of the child from the neonatal as school age is necessary for monitoring and early detection of development problems that sometimes accompany the child into adulthood. The present work aims at investigating and recording all parameters and newer data, associated with psychomotor development and problems in infant, toddler, school and adolescence stage of life.

Review of international literature was held in electronic databases, PubMed, Google Scholar. The material of the study has been featured articles published within the last five years (2013-2018) in English. For the search of relevant literature, there were used keywords such as: psychomotor development problems, autism spectrum disorders, pre and neonatal infants, speech and sound disorders, eating disorders, mood disorders, the nursing role.

The review showed the interaction and sequence of these disorders, biological and psychosocial experiences affect brain development, as well as the detection of developmental disorders from the preschool results in drawing up appropriate educational programmes and significant improvement of psychomotor development of the child. The lack of impulses and love affect more the mental development of the child.

Knowledge of developmental stages of the individual leads to early detection and early intervention, even in simple cases leads to reduction of stress both the family and the child, while at the same time helps to harness the full potential of the child both at emotional and cognitive field. The role of nursing staff is considered as important to cope with adverse situations, both in practical and advisory level.

Keywords: psychomotor development, autistic spectrum disorders, mood disorders, sleep disorders, speech disorders, nursing role.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	
1.1. Η έννοια της ανάπτυξης	10
1.2. Στάδια της ανθρώπινης ανάπτυξης	12
1.3. Ανάπτυξη και γνωστικές λειτουργίες	15
1.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις στη δια βίου ανάπτυξη	18
1.4.1. Θεωρίες γνωστικής ανάπτυξης PIAGET, VYGOTSKY	18
1.4.2. Θεωρία του FREUD	21
1.4.3. Η ψυχοκοινωνική θεωρία του E. ERIKSON	23
1.4.4. Η ανθρωπιστική προσέγγιση του A. MASLOW	26
1.4.5. Η θεωρία της ωρίμανσης του GESELL	27
1.4.6. Η θεωρία της συμπεριφοράς (A. BANDURA)	29
1.4.7. Η θεωρία των οικολογικών συστημάτων του U. BRONFERBRENNER	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	
2.1 Ορισμός της Ψυχοκινητικής εξέλιξης	33
2.2. Βασικοί σταθμοί της ψυχοκινητικής εξέλιξης	33
2.3. Αξιολόγηση της ανάπτυξης του παιδιού	34
2.4. Αναπτυξιολογική εξέταση και αξιολόγηση- Ακοή και Όραση	34
2.5. Προβλήματα στη βρεφική, νηπιακή και σχολική ηλικία	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	
3.1. Προωρότητα βρεφών	37
3.2. Περιγεννητική ασφυξία	37
3.3. Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας	38
3.4. Εγκεφαλική παράλυση	38
3.5. Υδροκεφαλία	39

3.6. Νεογνικοί σπασμοί	40
3.7. Ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές πρόωρων βρεφών	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΗΠΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	
4.1. Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές	42
4.1.1. Αυτισμός	44
4.1.2. Σύνδρομο Asperger	45
4.1.3. Σύνδρομο Rett	45
4.1.4. Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή	47
4.1.5. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανόμενου του άτυπου αυτισμού)	48
4.2. ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΑΔ	48
4.2.1. Σύνδρομο του εύθραυστου Χ	48
4.2.2. Σύνδρομο Down	50
4.3. Σύνδρομο ΔΕΠ-Υ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
5.1. Διαταραχές λόγου και ομιλίας	53
5.1.1. Δυσλεξία	54
5.1.2. Δυσπραξία	55
5.2. Αγχώδεις διαταραχές	57
5.3. Παιδική κατάθλιψη	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
6.1. Διαταραχές σεξουαλικότητας (έμφυλη διάσταση)	61
6.2. Διατροφικές διαταραχές	63
6.2.1. Νευρική ή ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)	65
6.2.2. Νευρική ή ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)	65
6.2.3. Επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating disorder)	66
6.3. Διπολική διαταραχή	67
6.4. Διαταραχές ύπνου	69
6.4.1. Σύνδρομο Kleine–Levin	70
6.4.2. Υπερυπνία σχετιζόμενη με ψυχική διαταραχή	70
6.4.3. Αϋπνία	70

6.4.4. Σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΖΩΗΣ	
ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΩΣ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	
7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στα αναπτυξιακά προβλήματα	72
7.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση προβλημάτων του πρόωρου βρέφους	72
7.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	73
7.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών	76
7.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διαταραχών του ύπνου	78
 ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	 81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Στάδια ανθρώπινης ανάπτυξης

14

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Η πυραμίδα αναγκών κατά τον Α. Maslow

27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

1.1. Η έννοια της ανάπτυξης

Η ανάπτυξη αφορά μια από τις τρεις φάσεις της εξέλιξης:

- ✓ πρώτη φάση: ανάπτυξη (από τη σύλληψη ως το 20ό περίπου έτος),
- ✓ δεύτερη φάση: ωριμότητα (από το 21ο ως το 35ο έτος περίπου) και
- ✓ τρίτη φάση: ενέλιξη ή φθίση (από το 36ο έτος ως τη γεροντική ηλικία).

Οι φάσεις της ανθρώπινης εξέλιξης είναι γνωστές από την αρχαιότητα, και ιδιαίτερα από το αίνιγμα της Σφίγγας, που κλήθηκε να λύσει ο Οιδίποδας. Σύμφωνα με τον μύθο, η Σφίγγα (Σφίνξ) καθόταν στο όρος Φίνιον στη Θήβα και έθετε το εξής αίνιγμα στους περαστικούς :« ποιο είναι το ζώο το οποίο το πρωί έχει τέσσερα πόδια, το μεσημέρι δύο και το βράδυ τρία;» Η Σφίγγα καταβρόχθιζε όποιον δε μπορούσε να το λύσει. Τελικά στη Σφίγγα παρουσιάστηκε και ο Οιδίπους, ο οποίος έλυσε το αίνιγμα: το ζώο του αινίγματος είναι ο άνθρωπος ο οποίος ως νεογνό είναι τετράποδος, όταν μεγαλώσει χρησιμοποιεί τα δύο του πόδια και όταν γεράσει χρησιμοποιεί μπαστούνι. Μετά τη λύση του αινίγματος η Σφίγγα αυτοκτόνησε πέφτοντας από το βράχο της, ενώ σύμφωνα με άλλη εκδοχή, θανατώθηκε από τον Οιδίποδα (Γιανάκουλας, 2002).

Η ανάπτυξη του ατόμου δεν είναι μια μονόδρομη διαδικασία που συντελείται στο κενό, αλλά μια αμφίδρομη σχέση διαρκούς συναλλαγής μεταξύ του ατόμου και

του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του, συμμετέχοντας σε μία οικολογία πλαισίων ή συστημάτων που προσδιορίζει την ανθρώπινη ανάπτυξη σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Το άτομο εντάσσεται ταυτόχρονα σε διαφορετικά πλαίσια-συστήματα από τα οποία δέχεται επιδράσεις, αλλά και, παράλληλα, ασκεί επιδράσεις σε αυτά (Πετρογιάννης, 2003).

Μερικές από τις πιο βασικές αρχές που διέπουν την ανάπτυξη είναι οι ακόλουθες:

α) Η ανάπτυξη πραγματοποιείται σύμφωνα με ένα πρότυπο, καθώς οι μεταβολές που συμβαίνουν είναι συστηματικές και στοχεύουν σε συγκεκριμένο σκοπό, που είναι η ωρίμανση σε όλα τα επίπεδα.

β) Η ανάπτυξη γίνεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα: γενική ανάπτυξη – εξατομικευμένη-ενιαία. Αρχικά η ανάπτυξη είναι μαζική και γενική. Εν συνεχεία ακολουθεί η διαφοροποίηση και η εξειδίκευση της λειτουργίας των διαφόρων μερών οργάνων. Τέλος, πραγματοποιείται ο συντονισμός και η ενοποίηση των επιμέρους λειτουργιών σε ενιαίο οργανικό όλο.

γ) Η ανάπτυξη συντελείται από τα άνω προς τα κάτω και από το κέντρο προς τα πλάγια. Από όλα δηλαδή τα μέλη του σώματος ταχύτερα αναπτύσσεται η κεφαλή, ακολουθεί ο κορμός και τελευταία τα κάτω άκρα.

δ) Υπάρχουν ατομικές διαφορές στο ρυθμό της ανάπτυξης, καθώς ο κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, με διαφορετικά ερεθίσματα και καταβολές, γεγονός που επηρεάζει τον ρυθμό ανάπτυξης του.

Οι τομείς ανάπτυξης αφορούν:

- ✓ Την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών
- ✓ Την ανάπτυξη των συναισθημάτων και των κινήτρων
- ✓ Την κοινωνική και ηθική ανάπτυξη

- ✓ Την ανάπτυξη του εαυτού

Η ανάπτυξη είναι μια διαδικασία αλλαγών, που αφορούν σε δομικές λειτουργίες και συμπεριφορές, οι οποίες αποκαλύπτουν τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες του ατόμου. Η μελέτη της ανάπτυξης επιδιώκει να περιγράψει το είδος και τη φύση των αλλαγών αυτών και να καθορίσει τους παράγοντες που τις δημιουργούν.

1.2. Στάδια της ανθρώπινης ανάπτυξης

Η ανάπτυξη καθορίζεται από παράγοντες όπως η κληρονομικότητα και το περιβάλλον. Ο ρυθμός της ανάπτυξης μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο, τα στάδια όμως που διέρχεται η ανάπτυξη είναι ίδια για όλα τα άτομα. Αν και η ανάπτυξη είναι μια συνεχής διαδικασία, είναι δυνατό να χωρίσουμε την όλη πορεία της σε επιμέρους κύκλους. Κάθε κύκλος έχει διαφορετικά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά (αναπτυξιακούς στόχους, κίνητρα και μορφές συμπεριφοράς, νέες ικανότητες και δεξιότητες).

Η συνήθης διαίρεση των αναπτυξιακών σταδίων είναι η εξής:

-  Προγεννητικό
-  Νηπιακό
-  Παιδικό
-  Εφηβικό
-  Ενήλικη ζωή
-  Γηρατειά

Πρέπει να τονιστεί ότι τα αναφερόμενα χρονικά όρια για κάθε περίοδο είναι ενδεικτικά και πρέπει να θεωρηθούν ως γενικοί δείκτες, καθώς ο ρυθμός της

ανάπτυξης διαφέρει από άτομο σε άτομο και δεν φθάνουν όλα τα άτομα σε κάθε εξελικτική βαθμίδα στην ίδια χρονολογική ηλικία. Από τις περιόδους ανάπτυξης η παιδική και η εφηβική ηλικία έχουν τύχει ευρύτερης μελέτης (Βοσνιάδου, 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
1. ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ	ΣΥΛΛΗΨΗ ΕΩΣ ΓΕΝΝΗΣΗ	ΦΥΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΟΣ
2. ΝΗΠΙΑΚΟ	ΓΕΝΝΗΣΗ ΕΩΣ 2 ΕΤΩΝ	ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
3. ΠΑΙΔΙΚΟ	2-12 ΕΤΩΝ	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΓΛΩΣΣΑΣ, ΣΚΕΨΗΣ, ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ, ΕΠΙΡΡΟΗ ΑΠΟ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ
4. ΕΦΗΒΙΚΟ	13-20 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΕΤΩΝ	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ (ΑΥΞΗΤΙΚΟ ΤΙΝΑΓΜΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ, ΚΡΙΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ, ΕΠΙΡΡΟΗ ΑΠΟ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ, ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
5. ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ	20-65 ΕΤΩΝ	ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ, ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΟΜΕΙΩΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ, ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΚΡΙΣΗ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
6. ΓΗΡΑΣ	65 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΠΡΑΓΜΕΝΩΝ ΖΩΗΣ, ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΠΟΜΕΙΩΣΗ ΦΥΣΙΚΩΝ, ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ, ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ, ΕΠΕΡΧΟΜΕΝΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ, ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ.

1.3. Ανάπτυξη και γνωστικές λειτουργίες

Η μελέτη για τη γνωστική ανάπτυξη αφορά α) στη νόηση ή στο γνωσιακό σύστημα, το οποίο απαρτίζεται από την έρευνα σχετικά με την ανάπτυξη των δομών και των λειτουργιών του εγκεφάλου, β) στις διεργασίες της μάθησης και γ) στις σχέσεις βιολογικής ωρίμανσης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Ledoux, 2002). Ο Kant όριζε την γνώση ως ένα σύνολο από αναπαραστάσεις, οι οποίες έχουν γεννηθεί στο εσωτερικό της συνείδησης και οι οποίες έχουν συγκριθεί και συνδεθεί μεταξύ τους. Οι αναπαραστάσεις σχηματίζονται από την ενεργοποίηση των δύο γνωστικών δυνάμεων της ανθρώπινης συνείδησης. Της αισθητικότητας και του νου. Οι γνωστικές δυνάμεις οικειοποιούνται τις ιδιότητες των αντικειμένων, κι' έτσι μεταφέρουν στο εσωτερικό της συνείδησης πληροφορίες σχετικά με αυτά. Το σύνολο των πληροφοριών, που αποκτούμε χάρις στην δραστηριοποίηση των γνωστικών δυνάμεων της συνείδησής μας, είναι η γνώση.

Ο Πλάτων περιγράφει κατά τρόπο συστηματικό την γέννηση της γνώσης ως μία συνολική διαδικασία, η οποία ξεκινά από την επίδραση των αισθητών αντικειμένων του εξωτερικού κόσμου επί της αισθητικότητας ή αισθητικής δύναμης της συνείδησης (ψυχής) και ολοκληρώνεται με την εκφορά κρίσεων και τον σχηματισμό προτάσεων από τον νου ή λόγο.

Οι λειτουργίες της μάθησης, της μνήμης, της δημιουργίας αναπαραστάσεων και της λύσης προβλημάτων περιγράφονται και παρουσιάζονται ως συνιστώσες της γνώσης, δηλαδή ως αλληλοεπιδρώντες μεταξύ τους παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τόσο τον τρόπο απόκτησης και επεξεργασίας των πληροφοριών του περιβάλλοντος, όσο και τον τρόπο διατήρησής τους. Κατά τη διαδικασία της γνωστικής ανάπτυξης οι λειτουργίες της αντίληψης, της μάθησης, της μνήμης και

της νόησης, συνεργάζονται, αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται (Μπαμπλέκου, 2003).

Η αναπτυξιακή ψυχολογία μελετά τα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου, και ειδικότερα του παιδιού. Θεμελιωτής της ήταν ο γνωστός ψυχολόγος Ζαν Πιαζέ. Σύμφωνα με τη θεωρία του τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού είναι τέσσερα: αισθητικοκινητικό, προ-ενεργητικό, συγκεκριμένων νοητικών ενεργειών και τυπικών νοητικών ενεργειών(Γαλανάκη, 2003).

Η αντίληψη είναι ίσως η βασικότερη γνωστική μας λειτουργία, υπό την έννοια ότι αποτελεί προϋπόθεση για όλες τις υπόλοιπες διεργασίες του γνωστικού μας συστήματος. Ένας οργανισμός που στερείται αντίληψης, δεν έχει τη δυνατότητα μάθησης. Η αντίληψη είναι ο βασικός τρόπος με τον οποίο παίρνουμε πληροφορίες για το περιβάλλον που ζούμε. Ένας από τους πρώτους ορισμούς της αντίληψης έχει δοθεί από τον T. Reid (1785). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, αντίληψη είναι όλες εκείνες οι εμπειρίες που συνδέονται με εξωτερικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Η αντίληψη αποτελεί τη βάση κάθε ψυχικού γεγονότος και προϋποθέτει τρία στάδια:

- το εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα
- τον ερεθισμό του αισθητηρίου οργάνου
- τη συνειδητοποίηση του ερεθισμού

Ως μάθηση θεωρείται η σχετικά μόνιμη μεταβολή της συμπεριφοράς που προέρχεται από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Η μάθηση σχετίζεται με τη νοητική ικανότητα του ανθρώπου, είναι απερίοριστη, ποικίλη και ευέλικτη. Συνδέεται με την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του και με την ικανοποίηση των αναγκών του.

Μνήμη είναι η λειτουργία του νου που επιτρέπει τη διατήρηση της μάθησης στο χρόνο μέσω της αποθήκευσης και της ανάκτησης/ανάκλησης πληροφοριών. Για να αποθηκεύσουμε στη μνήμη ένα γεγονός, δημιουργούμε και στέλνουμε τις σχετικές με αυτό πληροφορίες στον εγκέφαλό μας (κωδικοποίηση), τις εγκαθιστούμε εκεί (αποθήκευση) και αργότερα, αν τις ξαναχρησιμοποιήσουμε, τις στέλνουμε προς τα έξω (ανάκτηση).

Οι Atkinson & Shiffrin (1968) πρότειναν ένα μοντέλο διαχωρισμού της δομικής σύστασης της μνήμης, βάσει του οποίου η μνήμη αποτελείται από τρία επίπεδα, ανάλογα με τον χρόνο που καταφέρνει να διατηρεί τις ληφθείσες πληροφορίες.

Στο δομικό μοντέλο μνήμης η μνήμη αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία αλληλεπιδρούν. Συγκεκριμένα, πρόκειται για:

- 1) την αισθητήρια καταγραφή (sensory register),
- 2) τη βραχύχρονη μνήμη (short-term memory) και
- 3) τη μακρόχρονη μνήμη (long-term memory) (Πόρποδας, 2011).

Σχετικά με την αισθητήρια καταγραφή, αποτελεί το αρχικό στάδιο στο οποίο συγκεντρώνονται οι πληροφορίες κατά την πρόσληψή τους, προκειμένου να αρχίσει η επεξεργασία με στόχο την αναγνώρισή τους» (Πόρποδας, 2011). Το συγκεκριμένο σύστημα κωδικοποιεί τις πληροφορίες ανάλογα με το είδος και όσες από τις πληροφορίες κωδικοποιηθούν περνούν στο επόμενο στάδιο, τη βραχύχρονη μνήμη, η οποία έχει δυνατότητα μεγαλύτερης σε χρονική διάρκεια συγκράτησης. Το είδος των πληροφοριών στη βραχύχρονη μνήμη ποικίλλει ανάλογα με τις απαιτήσεις του γνωστικού έργου (Μπαμπλέκου, 2003). Στην περίπτωση που οι πληροφορίες συγκεντρωθούν περισσότερο, τότε περνούν στο τελευταίο στάδιο, αυτό της

μακρόχρονης μνήμης, όπου η χωρητικότητα είναι μεγαλύτερη και οι πληροφορίες συγκρατούνται για περισσότερο καιρό. Η κωδικοποίηση γίνεται με βάση τις έννοιες (Πόρποδας, 2011).

Νόηση είναι η ανώτερη πνευματική λειτουργία του ανθρώπου. Κέντρο της, είναι ο εγκέφαλος, γι' αυτό λέμε ότι η νόηση είναι η ικανότητα του ανθρώπινου μυαλού να συμπληρώνει τις έννοιες των διάφορων παραστάσεων που του δίνουν οι αισθήσεις, τους συλλογισμούς και τις κρίσεις, καταλήγοντας έτσι στη γνώση της πραγματικότητας (Βοσνιάδου, 2004).

1.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις στη δια βίου ανάπτυξη

Οι θεωρίες γύρω από την ανθρώπινη ανάπτυξη βασίζονται στην κατανόηση και την εκτίμηση της τυπικής ανάπτυξης και επικεντρώνονται στις αναπτυξιακές αλλαγές που συντελούνται σε κάθε της στάδιο, την ωρίμανση και τη μάθηση, και την αλληλεπίδραση με εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες.

1.4.1. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ PIAGET, VYGOTSKY

Το γνωστικο-εξελικτικό μοντέλο ενδιαφέρεται κυρίως για τους μηχανισμούς που προωθούν τη μετάβαση από το ένα στάδιο της ανάπτυξης στο άλλο και θεωρεί τα ανθρώπινα όντα ως ενεργητικούς μετόχους της εξελικτικής διαδικασίας (Salkind, 2006).

Ο Piaget (1936) ήταν ο πρώτος ψυχολόγος που έκανε μια συστηματική μελέτη της γνωστικής ανάπτυξης. Η συνεισφορά του περιλαμβάνει μια θεωρία της γνωστικής ανάπτυξης των παιδιών, λεπτομερείς μελέτες παρατήρησης της γνωστικής λειτουργίας σε παιδιά, καθώς και μια σειρά από απλές αλλά έξυπνες δοκιμές για να αποκαλύψει διαφορετικές γνωστικές ικανότητες. Σύμφωνα με τον

Piaget, τα παιδιά γεννιούνται με μια πολύ βασική ψυχική δομή (γενετικά κληρονομική και εξελισσόμενη) στην οποία βασίζεται όλη η μεταγενέστερη μάθηση και τη γνώση. Για τον Piaget, η γνωστική ανάπτυξη ήταν μια προοδευτική αναδιοργάνωση των ψυχικών διεργασιών ως αποτέλεσμα της βιολογικής ωρίμανσης και των περιβαλλοντικών εμπειριών.

Ο Piaget επικεντρώθηκε στα καθολικά στάδια της γνωστικής ανάπτυξης και της βιολογικής ωρίμανσης, ωστόσο απέτυχε να εξετάσει την επίδραση που μπορεί να έχει το κοινωνικό περιβάλλον και ο πολιτισμός στη γνωστική ανάπτυξη. Η ανάπτυξη είναι μια σειρά από διαδοχικές μορφές ισορροπίας, τις περιόδους νοητικής ανάπτυξης. Ο Piaget περιγράφει τέσσερις τέτοιες μεγάλες περιόδους νοητικής ανάπτυξης:

- 1) Την αισθησιοκινητική περίοδο (0-2 ετών),
- 2) την προσυλλογιστική περίοδο (2-7 ετών),
- 3) τη συγκεκριμένη σκέψη (7-11 ετών) και
- 4) την αφαιρετική σκέψη (11-15 ετών).

Σε κάθε περίοδο, διαμορφώνονται και λειτουργούν, κάτω από τις επιδράσεις της αφομοίωσης και της συμμόρφωσης, διαφορετικά γνωστικά σχήματα (Compas et al, 2001).

Ο Piaget, ένας από τους σημαντικότερους αναμορφωτές στο χώρο της επιστήμης της Ψυχολογίας, καταλήγει ότι η ανάπτυξη συνιστά την κατάσταση ισορροπίας προς την οποία τείνουν όλες οι αισθησιο-κινητικές και γνωστικές διαδοχικές προσαρμογές, όπως επίσης και όλες οι αφομοιωτικές και προσαρμοστικές ανταλλαγές μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος (Piaget, 1999). Πιο συγκεκριμένα, κατά τον Piaget η νοημοσύνη είναι ένας δυναμικός παράγοντας, ο οποίος οικοδομείται προοδευτικά, έχοντας σαν βάση την κληρονομικότητα, αλλά

συγχρόνως ακολουθώντας την πορεία και έχοντας την εξέλιξη που θα καθορίσει το περιβάλλον.

Ο Vygotsky (1978) έχει αναπτύξει μια κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση για τη γνωστική ανάπτυξη. Οι θεωρίες του Vygotsky τονίζουν το θεμελιώδη ρόλο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στην ανάπτυξη της γνωστικής ανάπτυξης. Ο Vygotsky υποστήριξε ότι «η μάθηση είναι μια αναγκαία και καθολική πτυχή της διαδικασίας ανάπτυξης εντός οργανωμένου πολιτισμικού πλαισίου», ενώ έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στον πολιτισμό που επηρεάζει / διαμορφώνει τη γνωστική ανάπτυξη. Ως εκ τούτου, ο Vygotsky προϋποθέτει ότι η γνωστική ανάπτυξη διαφέρει μεταξύ των πολιτισμών, ενώ ο Piaget αναφέρει ότι γνωστική ανάπτυξη είναι ως επί το πλείστον καθολική στους πολιτισμούς. Η γνωστική ανάπτυξη πηγάζει από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις από την καθοδηγούμενη μάθηση εντός της ζώνης της επικείμενης ανάπτυξης. Η ανθρώπινη συμπεριφορά διαμορφώνεται εντός κοινωνικού και πολιτιστικού πλαισίου που διαφέρει σε κάθε τόπο (Sternberg & Grigorenko, 2004).

Για τον Vygotsky, το περιβάλλον στο οποίο τα παιδιά μεγαλώνουν, θα επηρεάσουν το πώς και τι σκέφτονται. Οι ενήλικες είναι μια σημαντική πηγή της γνωστικής ανάπτυξης, καθώς μεταδίδουν τα εργαλεία του πολιτισμού τους στα παιδιά, τα οποία μέσα από την αλληλεπίδραση εντός ενός κοινωνικοπολιτισμικού περιβάλλοντος, αυτά αναπτύσσονται με πιο εξελιγμένες και αποτελεσματικές διανοητικές διαδικασίες / στρατηγικές που παραπέμπουν σε ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Ως εκ τούτου, ο Vygotsky βλέπει τις γνωστικές λειτουργίες να επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα εργαλεία της πνευματικής προσαρμογής της κουλτούρας στην οποία ένα άτομο αναπτύσσεται (Δεδικούση και συν, 2013).

1.4.2. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FREUD

Το ψυχαναλυτικό μοντέλο, του οποίου κύριος εισηγητής είναι ο Sigmund Freud, αντιπροσωπεύει μια άποψη της ανάπτυξης που είναι επαναστατική τόσο ως προς το περιεχόμενο της όσο και ως προς τις συνέπειες της για τη φύση της ανάπτυξης. Ο βασικός άξονας αυτού του μοντέλου είναι το ότι η ανάπτυξη συνίσταται από δυναμικά, δομικά και αλληλοδιάδοχα συστατικά στοιχεία, που το καθένα επηρεάζεται από τη συνεχώς ανανεωνόμενη ανάγκη για ικανοποίηση των βασικών ενστίκτων. Το -ψυχαναλυτικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα της συνεχούς ανάγκης για ικανοποίηση των ενστίκτων (Salkind, 2006).

Για τον Freud, η σεξουαλική ορμή αποτελεί το ισχυρότερο κίνητρο για τον άνθρωπο. Η συγκεκριμένη του πεποίθηση τον οδήγησε στη διαμόρφωση της θεωρίας του για την ψυχοσεξουαλική εξέλιξη του ατόμου, μέσα από πέντε στάδια. Κάθε στάδιο συνδέεται με συγκεκριμένες ερωτογενείς ζώνες, τις περιοχές του σώματος, όπου κάθε φορά συγκεντρώνεται η ενέργεια της υποβόσκουσας βιολογικής δύναμης (libido) και η ευχαρίστηση. Αποτυχία διαχείρισης από το άτομο τυχόν σύγκρουσης ανάμεσα στην ικανοποίηση των σεξουαλικών αναγκών, που περιλαμβάνει το εκάστοτε στάδιο, και στις επιταγές της κοινωνικής και ηθικής αντίληψης οδηγεί σε αίσθημα άγχους, με ολέθριες συνέπειες στην υγιή εξέλιξη της προσωπικότητας (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2001).

Στο πρώτο στάδιο (γέννηση μέχρι 1 1/2 έτους), το στοματικό (oral stage), η σεξουαλική ευχαρίστηση επικεντρώνεται στην περιοχή του στόματος. Ο θηλασμός δεν ικανοποιεί μόνο το αίσθημα της πείνας αλλά και της ευχαρίστησης.

Στο δεύτερο στάδιο (1 1/2 μέχρι 3 ετών), το πρωκτικό (anal stage), η ευχαρίστηση εστιάζεται στο σφιγκτήρα και στον έλεγχό του.

Στο τρίτο στάδιο (3 μέχρι 6 ετών), το φαλλικό (phallic stage), πηγή ευχαρίστησης είναι τα γεννητικά όργανα· στην περίοδο αυτή, των οιδιπόδειων επιθυμιών, το αγόρι θέλει να πάρει τη θέση του πατέρα του για τη μητέρα και το κορίτσι τη θέση της μητέρας του για τον πατέρα. Στο πλαίσιο ενός μηχανισμού άμυνας, ο φόβος τιμωρίας για τις επιθυμίες αυτές και, πιο συγκεκριμένα, ο φόβος ευνουχισμού από τον πατέρα, για τα αγόρια, και ο φόβος απώλειας της αγάπης της μητέρας, για τα κορίτσια, που βιώνουν φθόνο του πέους, αποτελούν, για το Freud, τα ισχυρά εκείνα κίνητρα που οδηγούν το άτομο στην επιτυχή απόρριψη των σεξουαλικών αισθημάτων προς το γονέα του αντίθετου φύλου και στην ταύτιση με το γονιό του ίδιου φύλου.

Στο τέταρτο στάδιο (6 ετών μέχρι την εφηβεία), τη λανθάνουσα περίοδο (latency stage), οι σεξουαλικές ορμές καταστέλλονται λόγω της κυρίαρχης ανάγκης για κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη.

Στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο (εφηβεία), το γενετήσιο στάδιο (genital stage), τα σεξουαλικά ένστικτα βρίσκονται σε παροξυσμό και η ευχαρίστηση προέρχεται από τη σεξουαλική πράξη. Επιπλέον, μια ομαλή μετάβαση από όλα τα παραπάνω στάδια σηματοδοτεί την επιτυχία του ατόμου στους δύο μεγάλους, για το Freud, τομείς της ζωής, την αγάπη και την εργασία (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2001, Σηφάκη, 2001).

Κατά τον Fromm (2013), ο ισχυρός αιτιοκρατικός χαρακτήρας της θεωρίας του Freud, συνδέεται αναπόσπαστα με τις επιδράσεις του από τη φιλοσοφία των κυρίαρχων ιδεολογικών ρευμάτων της εποχής του, όπως αυτό του διαφωτισμού, που στον πυρήνα του έχει την έννοια της λογικής και της γραμμικής ακολουθίας των

πραγμάτων· επιπλέον, το εστιασμένο του προσωπικό ενδιαφέρον στις φυσικές επιστήμες της Βιολογίας και της Φυσιολογίας, συνηγορούν στην ίδια κατεύθυνση.

1.4.3. Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ Ε. ERIKSON

Το κεντρικό σημείο της θεωρίας του Erikson ήταν η επίλυση των κοινωνικών και ψυχολογικών συγκρούσεων, προκειμένου το άτομο να μεταβεί από το ένα αναπτυξιακό στάδιο στο άλλο. Αυτός είναι ο λόγος που η θεωρία του αποκαλείται ψυχοκοινωνική (Stonehouse, 2002).

Ο Erikson έβλεπε την ανάπτυξη του ανθρώπου ως μια δυναμική διαδικασία, η οποία συνεχίζει ως το τέλος της ζωής, δημιουργώντας μια θεωρία που φτάνει ως την τρίτη ηλικία και τον θάνατο. Βασικό στοιχείο της είναι η ταυτότητα του Εγώ, η οποία αναφέρεται στην αίσθηση που έχει το άτομο για το ποιο είναι. Ο δρόμος της υγιούς ανάπτυξης περνά μέσα από την επίλυση συγκρούσεων που περιλαμβάνει κάθε στάδιο. Αν το άτομο δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις που προκύπτουν, τις «κουβαλά» μαζί του στην επόμενη αναπτυξιακή φάση, κι έτσι η ανάπτυξη δεν συντελείται σωστά. Τα 8 στάδια της θεωρίας του Erikson είναι τα ακόλουθα (Craig, 2002, Σηφάκη, 2001):

Θεμελιώδης εμπιστοσύνη vs Δυσπιστία (1ο έτος): Το άτομο βρίσκεται σε πλήρη εξάρτηση από τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντός του. Αν το βρέφος νιώθει ότι οι ανάγκες του ικανοποιούνται μόλις προκύψουν και ότι οι γονείς του και το άμεσο περιβάλλον του εξασφαλίζουν άφθονη αγάπη και περιποίηση αναπτύσσει το συναίσθημα της βασικής εμπιστοσύνης, της ασφάλειας και της αισιοδοξίας. Αν όμως νιώθει ότι το περιβάλλον του το παραμελεί, αναπτύσσει το συναίσθημα της δυσπιστίας προς τους άλλους, της καχυποψίας και της ανασφάλειας.

Αυτονομία vs Αμφιβολία (2ο και 3ο έτος): Το παιδί αρχίζει να αποκτά την ικανότητα για συντονισμένη σωματική κίνηση και διανοητική λειτουργία. Αν το παιδί νιώθει ότι οι γονείς του αναγνωρίζουν την ανάγκη να ενεργεί με το δικό του τρόπο και με το δικό του ρυθμό αναπτύσσει το συναίσθημα ότι ασκεί έλεγχο πάνω στον εαυτό του και το περιβάλλον, έτσι αποκτά αυτονομία. Από την άλλη, αν το παιδί νιώθει ότι οι γονείς του δείχνουν υπερπροστατευτική διάθεση και δεν το αφήνουν να αυτενεργεί, αναπτύσσει το συναίσθημα της ντροπής και της αμφιβολίας.

Πρωτοβουλία vs Ενοχή (4ο και 5ο έτος): Κατά την περίοδο αυτή οι κινητικές δραστηριότητες και οι διανοητικές πράξεις του παιδιού αποτελούν προϊόντα της ενεργητικής πρωτοβουλίας του ίδιου του παιδιού. Αν το περιβάλλον αποδέχεται χωρίς επικρίσεις αυτές τις πρωτοβουλίες του παιδιού και επιπλέον το ενθαρρύνουν να ενισχύσει την αυτόβουλη εξερεύνηση του περιβάλλοντος το παιδί αναπτύσσει το συναίσθημα της πρωτοβουλίας. Αντίθετα, αν το παιδί νιώθει ότι οι γονείς είναι επικριτικοί με αυτές του τις πρωτοβουλίες τότε αναπτύσσει το συναίσθημα της ενοχής.

Φιλοπονία vs Κατωτερότητα (λανθάνουσα περίοδος): Κατά την περίοδο αυτή το παιδί πρέπει να αποκτήσει τις σχολικές γνώσεις και ικανότητες και να εξοικειωθεί στο πνεύμα της συνεργασίας και της ομαδικότητας. Αν το περιβάλλον του, οικογενειακό και σχολικό, ενθαρρύνει το ενδιαφέρον του παιδιού να γνωρίσει τον κόσμο γύρω του θα αναπτυχθεί το συναίσθημα της εργατικότητας και της φιλοπονίας. Αντίθετα, αν το περιβάλλον ενοχοποιήσει αυτές τις προσπάθειες και θεωρήσει ότι οι προσπάθειες του παιδιού δε γίνονται με τον κατάλληλο τρόπο τότε το παιδί θα εισπράξει απόρριψη

Ταυτότητα vs Σύγχυση ρόλων (εφηβεία): Στη φάση αυτή το άτομο έχει αποκτήσει την αφηρημένη συλλογιστική και μπορεί να διαμορφώνει θεωρίες και

φιλοσοφικά συστήματα που συνενώνουν σε ένα αρμονικό σύνολο αντιθετικές πτυχές της κοινωνικής συμβίωσης. Αν ο έφηβος μπορέσει να συνενώσει σε ένα ενιαίο σύνολο όλες τις προηγούμενες εμπειρίες του και να δώσει την προοπτική της συνέχειας θα αποκτήσει μια ικανοποιητική ταυτότητα. Στην αντίθετη περίπτωση υπάρχει δυσκολία ανάληψης ρόλων και έλλειψη προτύπων.

Οικειότητα vs Απομόνωση (πρώιμη ενήλικη ζωή): Στη φάση αυτή το άτομο βρίσκεται στην παραγωγική φάση του όπου σταθεροποιείται στην επαγγελματική ζωή και δημιουργεί τη δική του οικογένεια. Το σημαντικό σημείο στη φάση αυτή είναι να κατορθώσει να προσφέρει αγάπη αλλά και να αποδέχεται τη στοργή και την αγάπη που του προσφέρουν. Τα θετικά αποτελέσματα της υγιούς εμπειρίας αυτού του σταδίου είναι η αμοιβαιότητα, το μοίρασμα, ο επαγγελματικός προορισμός, σε διαφορετική περίπτωση έχουμε επιφανειακές σχέσεις, απομόνωση.

Πανανθρώπινο ενδιαφέρον vs Αυτοαπορρόφηση (ενήλικη ζωή): Στο στάδιο αυτό το άτομο αφού έχει κατακτήσει μια αποτελεσματική προσαρμογή στο οικογενειακό και το επαγγελματικό επίπεδο στρέφει το ενδιαφέρον του για άτομα πέρα από το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και τείνει να εργάζεται για την οικοδόμηση ενός καλύτερου μέλλοντος. Η μη υγιής διέλευση από αυτό το στάδιο οδηγεί στην αυτοαπορρόφηση.

Καταξίωση vs Απόγνωση (γήρας): Στο στάδιο αυτό το άτομο δεν είναι παραγωγικό εργασιακά και κοινωνικά δε δείχνει τόσο δραστήριος πια. Η θετική προσωπική ανασκόπηση φέρνει στο άτομο αισθήματα ικανοποίησης για τα προσωπικά του επιτεύγματα και προσωπικής καταξίωσης, αισθάνεται πλήρης και ολοκληρωμένος. Αν ο προσωπικός απολογισμός ζωής έχει αρνητικό πρόσημο βιώνει συναισθήματα πικρίας αναξιοσύνης και απόγνωσης, ο φόβος του θανάτου τότε

γίνεται πιο μεγάλος, βιώνει πικρία για τη ζωή, για όσα επέλεξε να κάνει και για όσα δεν κατόρθωσε να πραγματοποιήσει.

Η ψυχοκοινωνική θεωρία του Erikson θεωρείται από τις βασικότερες από την πλευρά την αναπτυξιακής ψυχολογίας. Ωστόσο, η ανάπτυξη είναι μια ατέρμονη δυναμική διαδικασία, που δεν συντελείται με παύσεις.

1.4.4. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ Α. MASLOW

Ο Maslow ιεράρχησε τις ανθρώπινες ανάγκες σε ερευνητική εργασία που δημοσιεύθηκε το 1943 με τίτλο «A Theory of Human Motivation». Οι ανάγκες απεικονίζονται με τη μορφή πυραμίδας. Οι ανάγκες της βάσης της πυραμίδας του Maslow αποτελούν τις φυσιολογικές/βιολογικές ανθρώπινες ανάγκες, συμπεριλαμβάνοντας την ανάγκη για τροφή, νερό, ύπνο, και θέρμανση. Από την στιγμή που ικανοποιούνται οι συγκεκριμένες ανάγκες οι άνθρωποι κινούνται προς το επόμενο επίπεδο αναγκών, που συμπεριλαμβάνουν τις ανάγκες για ασφάλεια και προστασία. Επόμενος σταθμός είναι η κατάκτηση του σεβασμού, που εκπληρώνεται με την αποδοχή και την εκτίμηση από τον κοινωνικό περίγυρο, ενώ στο ύψιστο επίπεδο βρίσκεται η αυτοπραγμάτωση, που επιτυγχάνεται με την κάλυψη όλων των προηγούμενων αναγκών και την κατάκτηση ενός υψηλού προσωπικού στόχου (Λύτρας, 1992).

Όταν ένα άτομο αντιμετωπίσει σημαντικό πρόβλημα σε κάποια περίοδο της ανάπτυξής του, είναι πολύ πιθανό να παραμείνει στατικό στο συγκεκριμένο πλαίσιο αναγκών, που δεν έχουν καλυφθεί, ανεξάρτητα από άλλες αντικειμενικές παραμέτρους (Frager, 2011).



Εικ.1. Η πυραμίδα αναγκών κατά τον A. Maslow

1.4.5. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΤΟΥ GESELL

Το μοντέλο της ωρίμανσης τονίζει τη σημασία των βιολογικών επιδράσεων πάνω στην ανάπτυξη και άσκησε τη μεγαλύτερη επίδραση πάνω στις στρατηγικές ανατροφής των παιδιών.

Ο Arnold Gesell, ο γνωστότερος θεωρητικός της ωρίμανσης στην εξελικτική ψυχολογία, αντιπροσωπεύει μια μοναδική προσέγγιση στη μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης. Η ανάπτυξη του οργανισμού βρίσκεται, ουσιαστικά, υπό τον έλεγχο των βιολογικών συστημάτων και της διαδικασίας της ωρίμανσης, ενώ το περιβάλλον

λειτουργεί μόνο ως υποστηρικτική δύναμη και δεν εξασφαλίζει οποιαδήποτε ώθηση για αλλαγή (Slater et al, 2005).

Ο Gesell πίστευε ότι οι πιο σημαντικές επιδράσεις πάνω στην ανάπτυξη του ανθρώπινου οργανισμού έχουν βιολογικό υπόβαθρο. Ο Gesell συνοψίζει τη θεωρία του σε πέντε σαφείς αρχές της ανάπτυξης, τις οποίες αργότερα εφάρμοσε και για την ερμηνεία της συμπεριφοράς. Όλες αυτές οι αρχές υποθέτουν ότι η διαμόρφωση δομών είναι αναγκαία πριν οποιοδήποτε συμβάν έξω από τον οργανισμό θα μπορούσε να έχει κάποια επίδραση στην ανάπτυξη. Είναι αξιοσημείωτο ότι η άποψη πως «η λειτουργία ακολουθεί τη δομή» δεν υποστηρίχτηκε μόνο από τον Gesell, αλλά οι σχεδιαστές, οι αρχιτέκτονες και οι μηχανικοί πίστεψαν σε μεγάλο βαθμό στην εγκυρότητα αυτής της άποψης.

Ο Gesell πίστευε επίσης ότι η συμπεριφορά στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης παρουσιάζει διαφορετικού βαθμού ισορροπία ή σταθερότητα, και μέσω αυτών των μετατοπίσεων το παιδί εξελίσσεται και χρησιμοποιεί καινούριες δομές (Berk, 2007).

Ο Gesell έκανε επίσης μια σημαντική συμβολή με την τελειοποίηση της μεθόδου ελέγχου των διδύμων που απέβλεπε στη σύγκριση των σχετικών επιδράσεων της κληρονομικότητας (φύσης) και του περιβάλλοντος (ανατροφής) πάνω στην ανάπτυξη. Στο πλαίσιο αυτής της τεχνικής ένα μονοζυγωτικό δίδυμο ασκείται ειδικά σε κάποια δεξιότητα (όπως, για παράδειγμα, το ανέβασμα σε μια σκάλα), ενώ το άλλο δίδυμο δεν ασκείται καθόλου ως προς αυτή τη δεξιότητα. Η λογική πίσω από αυτή τη στρατηγική βρίσκεται στο ότι επειδή τα παιδιά αυτά έχουν την ίδια γενετική συγκρότηση (είναι μονοζυγωτικά δίδυμα), οποιαδήποτε διαφορά στην ικανότητα τους ν' ανεβαίνουν κάποια σκάλα θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα άσκησης. Αυτό αποτέλεσε το βασικό επιχείρημα που χρησιμοποίησε ο Gesell για να αμφισβητήσει μερικές πολύ ενδιαφέρουσες και αντιλεγόμενες απόψεις γύρω από τη φύση της ευφυΐας.

Η συμβολή του Gesell σχετίζεται με την κατανόηση της ανάπτυξης του «ομαλού» παιδιού. Η λεπτομερειακή κινηματογράφηση και η ανάλυση και καταγραφή των πληροφοριών σε βιβλία για το ευρύ κοινό, επηρέασαν τα πρότυπα παιδικής ανατροφής στις Ηνωμένες Πολιτείες (Salkind, 2006).

1.4.6. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (A. BANDURA)

Η θεωρία της συμπεριφοράς υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη είναι το αποτέλεσμα διαφορετικών μορφών μάθησης καθώς και της μίμησης κάποιου προτύπου. Ο κρίσιμος παράγοντας για την ανάπτυξη είναι η απόκτηση εμπειρίας (Salkind, 2006).

Η θεωρία της συμπεριφοράς αποτελεί μια ιδιάζουσα προσέγγιση της ανάπτυξης στο πλαίσιο της αμερικανικής ψυχολογίας που είναι διαφορετική από οποιαδήποτε άλλη θεωρητική περιγραφή. Κατά το μοντέλο αυτό, η ανάπτυξη είναι καρπός της μάθησης και συντελείται σύμφωνα με συγκεκριμένους νόμους της μάθησης. Η σημαντικότερη διάσταση του είναι το ότι τοποθετεί το κατ' εξοχήν κίνητρο για την ανάπτυξη έξω από το άτομο, στο περιβάλλον, παρά μέσα στον ίδιο τον οργανισμό. Η βαρύτητα που δίνει στο περιβάλλον ποικίλλει ανάλογα με τις επιμέρους θεωρίες που εντάσσονται σ' αυτό το γενικό μοντέλο, αλλά σε κάθε περίπτωση, ο ρόλος του οργανισμού θεωρείται δευτερογενής και όχι πρωτογενής (Κολλιιάδης, 2002).

Σε κάθε σχεδόν επιμέρους θεωρία του συμπεριφορικού μοντέλου υπάρχει ενσωματωμένη η αντίληψη ότι η συμπεριφορά αποτελεί έκφραση των συνεπειών της. Αν οι συνέπειες της συμπεριφοράς (όπως η μελέτη) είναι καλές (παράδειγμα, η λήψη υψηλής βαθμολογίας), η μελέτη είναι πολύ πιθανόν να συνεχιστεί και στο μέλλον. Αν οι συνέπειες δεν είναι καλές, η συμπεριφορά θα αλλάξει (πιθανώς να υιοθετηθεί ένας νέος τρόπος μελέτης) ή να εγκαταλειφθεί η μελέτη.

Το συμπεριφορικό μοντέλο θέτει τους νόμους της μάθησης και τις περιβαλλοντικές επιδράσεις στο κέντρο της εξελικτικής διαδικασίας. Για τη θεωρία της συμπεριφοράς το νεογέννητο παιδί είναι απλοϊκό και αμαθές. Η έννοια της *tabula rasa* όπως διατυπώθηκε από τον John Locke, καταδεικνύει κατά τρόπο άριστο τις φιλοσοφικές ρίζες της θεωρίας της συμπεριφοράς. Η φράση *tabula rasa* σημαίνει κατά κυριολεξία «άσπρη πλάκα». Το νεογέννητο μοιάζει με λευκή σελίδα που περιμένει το γράψιμο κάποιου· κατά τη γέννηση λειτουργούν μόνο τα βασικά αντανακλαστικά (όπως αυτό του θηλασμού). Ο οργανισμός είναι εύπλαστος και η συμπεριφορά εξελίσσεται και αλλάζει εξαιτίας της προσκτώμενης εμπειρίας. Η θεωρία της συμπεριφοράς υποστηρίζει ότι οι ανθρώπινες δυνατότητες δεν περιορίζονται από εσωτερικούς παράγοντες. Μερικές φορές όμως ο βιολογικός εξοπλισμός (ένας εσωτερικός παράγων) μπορεί να περιορίσει τις εξελικτικές

επιτεύξεις, όπως συμβαίνει στην περίπτωση γενετικών ασθενειών ή νοητικής καθυστέρησης (Salkind, 2006).

Με κριτήριο τη συχνότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς, ο παραδοσιακός τρόπος μελέτης της ανάπτυξης εντοπίζεται στην εξέταση της επίδρασης που ασκούν συγκεκριμένα περιβαλλοντικά συμβάντα πάνω στη συμπεριφορά. Συνήθως αυτό γίνεται με τον εντοπισμό και την παρατήρηση εκείνων των συνθηκών στο περιβάλλον που ελέγχουν τη συμπεριφορά και κατόπιν, αν κριθεί αναγκαίο, με την τροποποίηση των συνθηκών αυτών, για να μελετηθεί κατά πόσο επηρεάστηκε η υπό μελέτη συμπεριφοράς (Smith, 2005).

Μια δημοφιλής προσέγγιση της κατανόησης της ανάπτυξης, γίνεται γνωστή μέσω της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης και των εργασιών του Albert Bandura. Ο Bandura ανέπτυξε ιδέες για τριαδική αμοιβαιότητα, η οποία καθορίζει τις συνδέσεις μεταξύ ανθρώπινης συμπεριφοράς, περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων, όπως γνωστικά, συναισθηματικά και βιολογικά συμβάντα, και για αμοιβαία αιτιοκρατία, η οποία καθορίζει τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων. Η έμφαση του Bandura στην ικανότητα των ατόμων να οργανώνονται και να θέτουν κανόνες στον εαυτό τους θα οδηγούσε τελικά στο έργο του για την αυτοαποτελεσματικότητα. Στην κοινωνικογνωστική θεωρία του Bandura, η συμπεριφορά και η λειτουργία του ανθρώπου ως κοινωνικού όντος ερμηνεύεται σύμφωνα με το μοντέλο της Τριαδικής Αμοιβαίας Αιτιοκρατίας (Triadic Reciprocal Causation Model), ως αποτέλεσμα που προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση τριών παραγόντων: της συμπεριφοράς, των ενδοπροσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των γεγονότων του περιβάλλοντος. Η αμοιβαία αυτή διάδραση ποικίλλει ανάλογα με τις διαφορετικές δραστηριότητες που αναλαμβάνει το άτομο, τις διαφορετικές καταστάσεις που βιώνει αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα. Το περιβάλλον (κοινωνικές δομές, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακή οργάνωση) δεν είναι μια μονολιθική οντότητα, αλλά χαρακτηρίζεται από εξαιρετική ποικιλομορφία (Bandura, 2001).

Ως εκ τούτου, το άτομο δεν είναι ένας παθητικός αποδέκτης των κοινωνικών επιρροών. Μέσα στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο διαμορφώνει τη συμπεριφορά του, οργανώνει και αναπροσαρμόζει τη δράση του, ενώ παράλληλα αναστοχάζεται με βάση τις πεποιθήσεις και το επίπεδο της αυτοεκτίμησής του.

Το άτομο, επομένως, δέχεται τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος, αλλά και οι δράσεις του κάθε ατόμου επηρεάζουν με τη σειρά τους τη δομή του

κοινωνικού περιβάλλοντος. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο είναι όχι μόνο προϊόν αλλά και παραγωγός των κοινωνικών συστημάτων (Smith, 2005).

1.4.7. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ U. BRONFENBRENNER

Σύμφωνα με την οικοσυστημική θεώρηση, η ανθρώπινη ανάπτυξη συνίσταται σε μια διαδικασία προσαρμογής στα χαρακτηριστικά του οικολογικού πλαισίου, και είναι το αποτέλεσμα της συνέργειας ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών παραμέτρων. Το άτομο αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, και κάθε μεταβολή σε κάποιο στοιχείο του συστήματος, επιφέρει μεταβολή σε ολόκληρο το σύστημα. Τα γεγονότα και οι συνθήκες που διέπουν και καθορίζουν τη δια βίου ανάπτυξη στα πραγματικά περιβάλλοντα που κινείται ο άνθρωπος, είναι το επίκεντρο της συγκεκριμένης θεωρίας (Πετρογιάννης, 2003). Το μοντέλο αυτό προσφέρει τη δυνατότητα να γίνει κατανοητή η σχέση ενός αναπτυσσόμενου ατόμου με το περιβάλλον το οποίο θεωρείται ότι διαμορφώνεται από τον ίδιο τον άνθρωπο (Λαλούμη-Βιδάλη, 2008).

Ο Bronfenbrenner έκανε λόγο για τέσσερα είδη οικολογικών δομών, οι οποίες φωλιάζουν η μία μέσα στην άλλη, διαμορφώνονται και αναπροσαρμόζονται κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού και αποτελούν τα πλαίσια όπου συντελούνται οι αναπτυξιακές μεταβολές. Ο εκάστοτε κύκλος, επηρεάζει τους άλλους και τους αλλάζει συνεχώς, καθώς αλληλοεξαρτώνται. (Αγγελάκη και συν, 2012). Η θεωρία του περιλαμβάνει τέσσερα βασικά ομόκεντρα συστήματα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και ανάπτυξη του παιδιού, τα οποία είναι: το μικροσύστημα, το μεσοσύστημα, το εξωσύστημα και το μακροσύστημα.

Το μικροσύστημα αναφέρεται σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και στις πολύπλοκες σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ του αναπτυσσόμενου ατόμου και του άμεσου περιβάλλοντος

Το μεσοσύστημα αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και την επικοινωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων μικροσυστημάτων και στις συνδέσεις ή τις διαδικασίες που τα συνδέουν μεταξύ τους, στα όποια βρίσκεται το άτομο κατά τη διάρκεια των διαφορετικών φάσεων της εξέλιξής του (Κιρκιγιάννη, 2012).

Το εξωσύστημα εστιάζει σε δομές που επηρεάζουν έμμεσα την ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά. Τέτοιες δομές είναι το ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η κρατική κοινωνική πολιτική

Το τελευταίο σύστημα αποτελείται από το μακροσύστημα, το οποίο αναφέρεται στην ιδεολογία και τις πεποιθήσεις του κάθε πολιτισμού.

Ο Bronferbrenner παρομοιάζει τα 4 συστήματα με τις ρωσκές κούκλες, που κάθε μία περικλείει στο εσωτερικό της μια μικρότερη. Η παρομοίωση αυτή δηλώνει και το μειονέκτημα της συγκεκριμένης θεωρίας, που είναι η απουσία σύνδεσης μεταξύ των συστημάτων (Σηφάκη, 2001).

Ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται το παιδί, αντιδρά και χειρίζεται διαφορετικά τις αλλαγές που συντελούνται στο περιβάλλον του, οι όποιες μπορούν να το επηρεάσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

2.1 Ορισμός της Ψυχοκινητικής εξέλιξης

Ψυχοκινητική ανάπτυξη είναι η εξελικτική διαδικασία του ανθρώπου από τη σύλληψη μέχρι την ωριμότητα(έως 20 ετών), κατά τη διάρκεια της οποίας αποκτώνται συνεχώς νέες ικανότητες σε όλους τους τομείς όπως κινητικό, γλωσσικό, κοινωνικό και συναισθηματικό. Πρόκειται για μια πορεία με σκοπό την επιβίωση (Ματσανιώτης και συν, 2010).

Η ψυχοκινητική εξέλιξη εξαρτάται (Βρυώνης, 2004):

- Από τη μυελίνωση των νευρικών οδών, από γενετικά καθορισμένες διεργασίες (εγγενής παράγοντας)
- Από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στα κρίσιμα στάδια της ενδομήτριας ζωής (εξωγενής παράγοντας).

2.2. Βασικοί σταθμοί της ψυχοκινητικής εξέλιξης

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες παραμέτρους, οι οποίες πρέπει να ελέγχονται στα πλαίσια της περιοδικής εκτίμησης της φυσιολογικής εξέλιξης του παιδιού (Καφετζής και συν., 2011).

- Η ωρίμανση του νευρικού συστήματος γίνεται κατά τον κεφαλουριαίο άξονα.

Κυριότεροι σταθμοί εκτίμησης της ανάπτυξης του βρέφους είναι ηλικία στήριξης της κεφαλής, ηλικία στήριξης του κορμού και η έναρξη της βάδισης.

- Αντανακλαστικά(νεογνικά η βρεφικά): Έχουν συγκεκριμένη ηλικία εμφάνισης και εξάλειψης, που ακολουθεί τη λοιπή ωρίμανση του οργανισμού και μπορεί να μας δώσει πληροφορία για υποκείμενη νευρολογική βλάβη.
- Ανιχνευτικές δοκιμασίες όπως η δοκιμασία δεξιοτήτων κατά Denver, η οποία συγκρίνει την ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού με εκείνη ενός μεγάλου δείγματος παιδιών της ίδιας ηλικίας (Βρυώνης, 2004).

2.3. Αξιολόγηση της ανάπτυξης του παιδιού

Κατά την αξιολόγηση της ανάπτυξης ενός μικρού παιδιού εξετάζονται (Lissauer et al., 2012: Ματσανιώτης, Καρπάθιος και Νικολαΐδου- Καρπαθίου, 2010):

- Τα τέσσερα πεδία αναπτυξιακών δεξιοτήτων: αδρή κινητικότητα, λεπτή κινητικότητα και όραση, ομιλία, λόγος και ακοή, κοινωνικός τομέας, συναισθηματικός τομέας, τομέας συμπεριφοράς.
- Η απόκτηση των αναπτυξιακών δυνατοτήτων ακολουθεί παρόμοια τάση μεταξύ των παιδιών, αλλά μπορεί να είναι φυσιολογική.
- Η ακολουθία της αναπτυξιακής πορείας.
- Το στάδιο στο οποίο έχει φτάσει το κάθε παιδί για κάθε τομέα δεξιοτήτων.
- Εάν η πρόοδος είναι παρόμοια σε κάθε τομέα δεξιοτήτων.
- Πώς σχετίζονται με την ηλικία τα αναπτυξιακά επιτεύγματα του παιδιού.
- Προσφέρεται στο παιδί κατάλληλα παιχνίδια προκειμένου να διαπιστωθούν οι δεξιότητες του μέσα από το παιχνίδι.
- Δίνεται έμφαση πώς το παιδί χρησιμοποιεί τα παιχνίδια και αλληλεπιδρά με τους ανθρώπους.

2.4. Αναπτυξιολογική εξέταση και αξιολόγηση- Ακοή και Όραση

- Αναπτυξιολογικός προσυμπτωματικός έλεγχος διαλογής: είναι ο έλεγχος ολόκληρων πληθυσμών παιδιών σε καθορισμένες ηλικίες από εκπαιδευμένους επαγγελματίες και αποτελεί μια τυπική διαδικασία στο πλαίσιο προγράμματος επιτήρησης και προαγωγής της υγείας των παιδιών (Lissauer et al., 2012).
- Αναπτυξιολογική αξιολόγηση: είναι η λεπτομερής ανάλυση των συγκεκριμένων περιοχών της ανάπτυξης και εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ανησυχίας μετά τον προσυμπτωματικό έλεγχο ότι η εξελικτική πορεία ενός παιδιού μπορεί να μην είναι φυσιολογική (Lissauer et al., 2012).

- Ακοή: η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των διαταραχών της ακοής βελτιώνει την πρόγνωση σχετικά με την ανάπτυξη της ομιλίας, της γλώσσας και της συμπεριφοράς. Ο έλεγχος ακοής του νεογέννητου διεξάγεται για τον έγκαιρο εντοπισμό των διαταραχών ακοής. Αν υπάρχει ανησυχία των γονέων για την ακοή, περαιτέρω εκτίμηση είναι δικαιολογημένη (Lissauer et al., 2012).
- Όραση: τελειόμηνια νεογέννητα μπορούν να εστιάσουν και να ακολουθήσουν οριζόντια και προτιμούν να βλέπουν πρόσωπα. Η οπτική οξύτητα είναι φτωχή στο νεογέννητο, αλλά αυξάνεται στα επίπεδα των ενηλίκων από 4 ετών. Τέλος, η εξέταση της όρασης πραγματοποιείται κατά την έναρξη του σχολείου ή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Lissauer et al., 2012).

2.5. Προβλήματα στη βρεφική, νηπιακή και σχολική ηλικία

Νευροαναπτυξιακά προβλήματα εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες, με δυνατότητα αυξανόμενου αριθμού να αναγνωρίζονται πλέον και προγεννητικά. Πολλά εμφανίζονται στη νεογνική περίοδο λόγω της μη φυσιολογικής νευρολογικής εξέτασης ή των δυσμορφικών χαρακτηριστικών. Κατά τη διάρκεια της βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, τα προβλήματα συχνά παρουσιάζονται σε μια εποχή κατά την οποία μια συγκεκριμένη περιοχή της ανάπτυξης είναι πιο γρήγορη και εμφανής, δηλαδή κινητικά προβλήματα κατά τη διάρκεια των πρώτων 18 μηνών, προβλήματα ομιλίας και λόγου μεταξύ 18 μηνών και 3 ετών και διαταραχές της κοινωνικοποίησης και της επικοινωνίας μεταξύ 2 και 4 ετών.

Πιο συγκεκριμένα, **περιγεννητικά και κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας** συναντώνται προβλήματα όπως πρόωρα βρέφη με ενδοκοιλιακή αιμορραγία/ περικοιλιακή λευκομαλακία/ μεθαιμορραγικός υδροκέφαλος, δυσμορφικά χαρακτηριστικά, μη φυσιολογική νευρολογική συμπεριφορά- μυικός τόνος, σίτιση, κινήσεις, επιληπτικές κρίσεις, δεν ακολουθεί οπτικά.

Στη **νηπιακή ηλικία**, καθολική καθυστέρηση της ανάπτυξης, καθυστερημένη ή ασύμμετρη ανάπτυξη του κινητικού συστήματος, ανησυχία σχετικά με την ανάπτυξη της όρασης ή της ακοής από τους γονείς ή μετά από έλεγχο, νευροδερματικά/ δυσμορφικά χαρακτηριστικά.

Στη **σχολική ηλικία**, παρουσιάζονται καθυστέρηση της ομιλίας και του λόγου, διαταραχές βάδισης, αδεξιότητα στην κίνηση, πτωχές δεξιότητες στην κοινωνική συνδιαλλαγή, προβλήματα με την ισορροπία και τον συντονισμό,

μαθησιακές δυσκολίες. Έλεγχος της προσοχής, υπερκινητικότητα, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως για παράδειγμα δυσλεξία, δυσπραξία, δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία (Lissauer et al., 2012: Βρυώνης, 2004).

Στην **εφηβική ηλικία** συναντώνται προβληματισμοί όσον αφορά τη σεξουαλικότητα, τη σωματική, την κοινωνική, τη γλωσσική-γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη, καθώς και διαταραχές παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος, όπως η εφηβική κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής, ψυχώσεις, παρασυμπτωματικότητα και διαταραχές διαγωγής (Κουμάτου- Αντωνιάδου & συν., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

3.1. Προωρότητα βρεφών

Τα πρόωρα νεογνά αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για τη μετέπειτα εμφάνιση νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι σοβαρές και να προκαλούν αναπηρία (εγκεφαλική παράλυση, σοβαρή νοητική υστέρηση, κώφωση ή τύφλωση) ή ηπιότερες (ήπιες κινητικές διαταραχές, ήπια διαταραχή αντίληψης, μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές συμπεριφοράς) αλλά με πιθανές δυσμενείς επιδράσεις στις σχολικές και στις απώτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις, στην επικοινωνία και στην κοινωνικότητα.

3.2. Περιγεννητική ασφυξία

Η περιγεννητική ασφυξία ή νεογνική υποξία-ισχαιμία ορίζεται ως μια προσωρινή διακοπή της διαθεσιμότητας του οξυγόνου, που συνεπάγεται μια επικίνδυνη πρόκληση του μεταβολισμού, ακόμη και όταν η προσβολή δεν θα οδηγήσει σε θανατηφόρο έκβαση (Herrera-Marschitz et al., 2011).

Η περιγεννητική ασφυξία ή ασφυξία νεογνών, παρουσιάζει χαρακτηριστικά όπως είναι οι διαταραχές που προκαλούνται κατά την ανταλλαγή αερίων στον πλακούντα, οι οποίοι οδηγούν στην υποξία, την υπερκαπνία και την μεταβολική οξέωση. Ειδικότερα, η υποξία στην περίπτωση που παραταθεί ή είναι αρκετά σοβαρή, μπορεί να προκαλέσει την καταστολή της λειτουργίας του μυοκαρδίου και την ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου, πράγμα το οποίο θα έχει ως αποτέλεσμα την ισχαιμία. Έτσι, ένα υποξαιμικό-ισχαιμικό επεισόδιο, περιγράφει την παθοφυσιολογία της ασφυξίας (Διαμαντή, 2008).

Οι κύριες αιτίες αυτής της περιγεννητικής ασφυξίας, είναι η συστηματική υποξαιμία ή και η μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή. Η νεογνική και περιγεννητική θνησιμότητα, αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο παγκοσμίως. Το ποσοστό που αναλογεί σε κάθε αιτία ποικίλλει, καθώς σε περιοχές όπου η νεογνική θνησιμότητα είναι χαμηλότερη, αιτία φαίνεται να είναι ο πρόωρος τοκετός, ενώ σε περιπτώσεις όπου η θνησιμότητα είναι υψηλότερη, οι επιδράσεις της ασφυξίας, του τετάνου, και των λοιμώξεων είναι οι κυριότερες και πιθανότερες αιτίες θανάτου. Ακόμη, η υγεία των μητέρων και η διατροφή, είναι σημαντικά για την υγεία των νεογνών, καθώς και οι λοιμώξεις της μητέρας συμβάλλουν σε αρνητικές εκβάσεις στην υγεία του νεογνού.

3.3. Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας

Το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ) του νεογνού μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει μια εκδήλωση της αναπτυξιακής ανωριμότητας του πνεύμονα και με αυτή την έννοια δεν είναι μια πραγματική νόσος ή σύνδρομο. Συμβαίνει κυρίως σε πρόωρα νεογνά με συχνότητα που αυξάνει ανάλογα με το βαθμό ανωριμότητάς τους. Η ευαισθησία για την ανάπτυξη του ΣΑΔ εξαρτάται περισσότερο από τη κατάσταση της ωρίμανσης των πνευμόνων κατά τη στιγμή του τοκετού παρά από την ακριβή διάρκεια κύησης (Clark et al, 2011).

Η αναπνευστική δυσχέρεια επιδεινώνεται προοδευτικά. Τα πολύ μικρά πρόωρα νεογνά που συχνά γεννιούνται ασφυκτικά, παρουσιάζουν σε ποσοστό 50% δυσκολία στην έναρξη της φυσιολογικής αναπνοής και ανεπαρκή αερισμό και χρειάζονται ανάνηψη με διασωλήνωση της τραχείας και μηχανικό αερισμό.

Εκτός από τη προωρότητα, που είναι ο σπουδαιότερος παράγων κινδύνου για την ανάπτυξη του ΣΑΔ, άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης της εγκύου, η αιμορραγία της επιτόκου και η περιγεννητική ασφυξία (Σαραφίδης και συν, 2006).

3.4. Εγκεφαλική παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση είναι διαταραχή των κινητικών λειτουργιών του σώματος λόγω ελλιπούς ανάπτυξης των κινητικών περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν, ελέγχουν και συντονίζουν τις κινήσεις για να υπάρχει μια ομαλή και συγχρονισμένη στάση και κίνηση του σώματος. Η βλάβη στα κινητικά κέντρα του εγκεφάλου είναι δυνατόν να επισυμβεί κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη, τον τοκετό και μετά τον τοκετό, και να οφείλεται -μεταξύ άλλων- και στους παρακάτω παράγοντες:

- **Κληρονομικότητα:** χωρίς να είναι κληρονομική με την αυστηρή έννοια του όρου εμφανίζεται συχνότερα σε οικογένειες με βεβαρημένο ιστορικό νευρολογικών διαταραχών, ενώ σχετίζεται ακόμη με πολλαπλές κυήσεις και πρόωρο τοκετό, παράγοντες που συχνά συνδέονται με εγκεφαλική παράλυση.

- **Επίκτητοι προγεννητικοί παράγοντες:** ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά, σύφιλη, ηπατίτιδα κ.ά.), ενδομήτρια ασφυξία λόγω ανοξίας, αναιμίας, παρατεταμένης εγκυμοσύνης κ.ά., ενδομήτρια αιμορραγία λόγω τραυματισμών,

τοξιναιμίας κ.ά., διαταραχές μεταβολισμού της εγκύου υπερβολική ή παρατεταμένη έκθεσή της σε ακτινοβολία, κακή διατροφή, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ κ.ά.

- Περιγεννητικοί παράγοντες: καθυστερημένη πρώτη αναπνοή του νεογνού μηχανική κρανιακή κάκωση και ενδοκρανιακή αιμορραγία του νεογνού.
- Μεταγεννητικοί παράγοντες: νεογνικός ίκτερος, ατυχήματα, ακτινοβολία, νεοπλάσματα, δηλητηριάσεις,

3.5. Υδροκεφαλία

Η υδροκεφαλία είναι μια κατάσταση του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από παθολογική συγκέντρωση εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY). Ο όρος «υδροκέφαλος» προέρχεται από τη λέξη ύδωρ και κεφάλι και σημαίνει «νερό μέσα στο κεφάλι». Η υπερβολική συσσώρευση εγκεφαλονωτιαίου υγρού ονομάζεται υδροκέφαλος και μπορεί να συνοδεύεται από αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, μια κατάσταση που μπορεί να είναι ιδιαίτερα απειλητική για την υγεία και πιθανόν για τη ζωή του ασθενούς. Ο υδροκέφαλος μπορεί να προκύψει είτε από μια απόφραξη στην φυσιολογική κυκλοφορία του υγρού εξαιτίας 12 διαταραχής της επαναρρόφησής του, είτε σε περίπτωση υπερπαραγωγής του υγρού (Burmeister et al., 2005). Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων υδροκεφαλίας συναντάται στην παιδική ηλικία. Αυτή η διαταραχή μπορεί να οφείλεται σε μια αναπτυξιακή διαταραχή των ανατομικών στοιχείων του εγκεφάλου και του κρανίου, σε κάποιο όγκο ή σε άλλη δυσπλασία. Είναι εξαιρετικά σημαντικό ο παιδίατρος να διαγιγνώσκει άμεσα την υδροκεφαλία και να παραπέμπει τις περιπτώσεις στο νευροχειρουργό για περαιτέρω διερεύνηση, θεραπεία και παρακολούθηση (Lissauer et al., 2008).

Η ανάπτυξη υδροκεφαλίας που δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα μπορεί να έχει τραγικές επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη ενός παιδιού. Η αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης μπορεί να απειλήσει άμεσα τη ζωή του παιδιού και να απαιτεί επείγουσα νευροχειρουργική αντιμετώπιση. Έρευνες μάλιστα έχουν δείξει ότι τα παιδιά, τα οποία αντιμετωπίζονται χειρουργικά από τα πρώτα στάδια της ζωής τους (νεογνική ηλικία), παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση όσον αφορά στις νοητικές τους λειτουργίες και στις τυχόν μαθησιακές δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσουν (Beni- Adani et al., 2006).

3.6. Νεογνικοί σπασμοί

Οι σπασμοί είναι συχνό πρόβλημα της νεογνικής ηλικίας με συχνότητα που κυμαίνεται από 1,5-14/1000 ζώντα νεογνά (3-6/1000 ζώντα νεογνά για τα τελειόμηνια και 50-100/1000 για τα πρόωρα). Σπασμοί συμβαίνουν όταν υπάρχει παρατεταμένη εκπόλωση των κυττάρων με αποτέλεσμα μαζικές σύγχρονες ηλεκτρικές εκφορτίσεις.

Τα αίτια των νεογνικών σπασμών είναι:

1. Περιγεννητική ασφυξία. Είναι το πιο συχνό αίτιο και συμβαίνουν στο 1 ο 24ωρο της ζωής, ενίοτε δε εξελίσσονται σε επιληπτική κατάσταση.

2. Εγκεφαλική αιμορραγία (υπαραχνοειδής, ενδοκοιλιακή, υποσκληρίδια)

3. Μεταβολικές διαταραχές :

Υπογλυκαιμία. Είναι συχνή στα νεογνά διαβητικών μητέρων και με ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης. Οι σπασμοί σχετίζονται με τη διάρκεια της υπογλυκαιμίας και το χρόνο έναρξης της θεραπείας.

Υπασβεσταιμία. Παρατηρείται σε νεογνά διαβητικών μητέρων, χαμηλού βάρους γέννησης, με περιγεννητική ασφυξία κ.λ.π.

Υπονατριαιμία Διαταραχές μεταβολισμού αμινοξέων κ.λ.π.

4. Λοιμώξεις (μικροβιακές, ιογενείς)

5. Φάρμακα

3.7. Ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές πρόωρων βρεφών

Σημαντικό ποσοστό προώρων (50–70%) εμφανίζει ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (ήπιες κινητικές διαταραχές, ήπιες διαταραχές της αντίληψης, μαθησιακά προβλήματα, διαταραχές συμπεριφοράς), οι οποίες συνήθως γίνονται αντιληπτές μετά από τα πρώτα χρόνια της ζωής, κατά την προσχολική και τη σχολική ηλικία.

Ήπιες κινητικές διαταραχές εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό προώρων στη σχολική ηλικία (10–50%) συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (5–6%). Στις ήπιες κινητικές διαταραχές περιλαμβάνονται διαταραχές στο μυϊκό τόνο (ήπια-μέτρια υποτονία ή υπερτονία), στη βάδιση και στην ισορροπία (στατική και δυναμική), στο συντονισμό και στην αλληλουχία των κινήσεων, στη λεπτή κινητικότητα και στην

οπτικοκινητική δεξιότητα, δηλαδή την ικανότητα συντονισμού οπτικών ερεθισμάτων και κινητικών δεξιοτήτων (Arpino et al, 2010).

Επιπλέον, συμπτώματα άγχους έχουν καταγραφεί σε πολύ υψηλό ποσοστό προώρων (25–50%) στη σχολική ηλικία,¹³ ενώ στην εφηβική ηλικία είναι πολλαπλάσιο το ποσοστό των προώρων (8–14%) συγκριτικά με τα τελειόμνηνα (1–4%) που πληροί τα κριτήρια γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Επίσης, αναφέρεται συχνότερα από τα τελειόμνηνα κατάθλιψη (έως τριπλάσιος κίνδυνος), καθώς και ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και κοινωνική απόσυρση (Latal, 2009). Αν και σε ορισμένες μελέτες τα πρόωρα έχουν συχνότερα από τα τελειόμνηνα παραβατική και επιθετική συμπεριφορά, σε άλλες μελέτες είναι εσωστρεφή, ντροπαλά και δεν εκτίθενται σε κινδύνους, περιλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών-οινοπνεύματος και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στην εφηβεία. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα των επιδημιολογικών μελετών είναι ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Αντίθετα με την επικράτηση των αγοριών στις περισσότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές των προώρων, ο κίνδυνος αυτισμού είναι μεγαλύτερος σε κορίτσια, τα οποία, επί πλέον, εμφανίζουν νοητική υστέρηση ή άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (Stephens & Vohr, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΗΠΙΑΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

4.1. Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από σοβαρά και εκτεταμένα αναπτυξιακά προβλήματα, που αφορούν διάφορους τομείς της ανάπτυξης. Θεωρούνται ένα φάσμα νευροεξελικτικών διαταραχών (Barney, 2000). Έτσι, το άτομο με κάποια από αυτές τις διαταραχές μπορεί να παρουσιάζει έντονα μειωμένη ικανότητα για κοινωνική αλληλεπίδραση, για συναισθηματική αμοιβαιότητα ή για επικοινωνία, να εμφανίζει στερεότυπη συμπεριφορά και στερεότυπα ενδιαφέροντα.

Σύμφωνα με την Wing (1979) τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η καθυστέρηση ομιλίας, η διαταραχή στην επικοινωνία, η διαταραχή στην συμπεριφορά και η διαταραχή στις κοινωνικές σχέσεις.

Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος λαμβάνουν μια αινιγματική διάσταση στα πλαίσια του συνόλου των αναπτυξιακών διαταραχών, καθώς η αιτιολογία τους παραμένει εν πολλοίς άγνωστη και τα συμπτώματα που εκδηλώνονται προσδιορίζονται κατά περίπτωση.

Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές είναι συχνότερες στον παιδικό πληθυσμό. Μπορούν να διαγνωστούν από την ηλικία των 3 ετών, και σε μερικές περιπτώσεις ακόμα και από την ηλικία των 18 μηνών. Η εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος των αναπτυξιακών διαταραχών αποτελεί λόγο αξιολόγησης του παιδιού από ειδικευμένο επαγγελματία στις αναπτυξιακές διαταραχές.

Στις αναπτυξιακές διαταραχές διακρίνουμε 5 βασικές κατηγορίες.

- Αυτισμός (Autism)
- Σύνδρομο Asperger (Asperger Syndrome)
- Σύνδρομο Rett (Rett Syndrome)
- Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (Childhood Disintegrative Disorder)
- Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή- μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (P.D.D.-N.O.S., Pervasive Developmental Disorder- not otherwise specified).

Ο όρος Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή (Δ.Α.Δ.) χρησιμοποιείται συνώνυμα με τον όρο Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού (Δ.Α.Φ.), ενώ στην πραγματικότητα είναι ευρύτερος και περιλαμβάνει, και άλλες διαταραχές εκτός από τον αυτισμό. Η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού περιλαμβάνει:

- ποιοτικές δυσκολίες στη κοινωνική κατανόηση, συναλλαγή και συναισθηματική αμοιβαιότητα,
- δυσκολίες στον τρόπο επικοινωνίας και στη γλώσσα, - περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων, ενώ στη συμπεριφορά επικρατούν ιδιόρρυθμα ενδιαφέροντα και ενασχολήσεις,
- ανομοιογενή ανάπτυξη γνωσιακών λειτουργιών
- συχνά ανακόλουθη επεξεργασία αισθητηριακών προσλήψεων.

Οι δυσκολίες και οι περιορισμοί αυτοί, που ποικίλουν σε βαρύτητα από άτομο σε άτομο, αποτελούν χαρακτηριστικό που επηρεάζει συνολικά τη λειτουργία του (Νότας, 2006). Ένα βασικό επίπεδο δυσκολιών που επηρεάζεται από τις ΔΑΦ στις οποίες συμπεριλαμβάνεται το σύνδρομο RETT, αποτελεί το επίπεδο της πραγματολογίας. Η αυτιστική διαταραχή περιλαμβάνει ευρύτερες επικοινωνιακές διαταραχές που επηρεάζουν την πραγματολογία, δηλαδή την κατάλληλη χρήση της γλώσσας στο γενικότερο επικοινωνιακό πλαίσιο, καθώς και την μη λεκτική επικοινωνία. Επιπλέον, υπάρχουν διαταραχές στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την γλωσσική κατανόηση, ενώ το εύρος της συμπεριφοράς και των ενδιαφερόντων είναι ασυνήθιστο και συχνά περιορίζεται (Bishop, 2010).

Οι διαταραχές αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ, autistic spectrum disorders, ASD) αποτελούν μια σοβαρή διαταραχή επικοινωνίας που εκφράζεται με δυσκολίες στην έκφραση και στην κοινωνική συναναστροφή. Οι δυσκολίες επικοινωνίας είναι ίσως το πιο συχνό στοιχείο σε άτομα με αυτισμό. Απαιτείται το άτομο να διαθέτει ικανότητες που του επιτρέπουν να κατανοεί και να εκφράζει τον προφορικό και το γραπτό λόγο. Η επικοινωνία ορίζεται ως «κάθε αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων προκειμένου να μεταδοθεί ένα μήνυμα μέσω κοινού συστήματος σημάτων, συμβόλων ή τρόπων συμπεριφοράς. Αποτελεί ορόσημο στην ανάπτυξη λειτουργικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Mednick, 2007).

Η θεωρία του νου αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αποδίδει νοητικές διεργασίες στον εαυτό του και στους άλλους, ώστε να μπορεί να ερμηνεύει συμπεριφορές. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, τα άτομα με αυτισμό

διαθέτουν διαφορετικές νοητικές λειτουργίες σχετικά με τις προθέσεις, τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις τους (Γκονέλα, 2006). Η ύπαρξη ενός τέτοιου ελλείμματος θα μπορούσε να εξηγήσει την ανεπάρκεια στην κοινωνικότητα, στην απουσία φαντασίας και στην επικοινωνία.

Οι πραγματολογικές δεξιότητες αφορούν στη χρήση της γλώσσας στο επικοινωνιακό πλαίσιο. Η αυτιστική διαταραχή περιλαμβάνει ευρύτερες επικοινωνιακές διαταραχές που επηρεάζουν την πραγματολογία, δηλαδή την κατάλληλη χρήση της γλώσσας στο γενικότερο επικοινωνιακό πλαίσιο, καθώς και την μη λεκτική επικοινωνία. (Bishop, 2000). Πιο απλά, με τον όρο πραγματολογία περιγράφεται η κατάλληλη επικοινωνία μέσω της ικανότητας του ατόμου να μπορεί να λέει το σωστό πράγμα με το σωστό τρόπο, στο σωστό τόπο και χρόνο, όπως αυτό ορίζεται από την κοινωνική ομάδα.

Η πραγματολογία μπορεί να χαρακτηριστεί ως προλεκτική και αφορά στην επικοινωνία του ατόμου με το περιβάλλοντα χώρο, ως μη λεκτική και αφορά τις επικοινωνιακές δεξιότητες πριν από την ανάπτυξη της γλώσσας και ως λεκτική και αφορά στην κατάλληλη κοινωνική χρήση της γλώσσας (Βογινδρούκας, 2005).

4.1.1. Αυτισμός

Ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 3 ετών του παιδιού και έχει το χαρακτηριστικό γνώρισμα της μη φυσιολογικής λειτουργικότητας και τη μη φυσιολογική ή και διαταραγμένη ανάπτυξη. Πολύ λίγες περιπτώσεις αναφέρουν ως ηλικία έναρξης τα 5- 6 έτη. Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται κυρίως στα αγόρια με αναλογία 3:1 ή 4:1, σε σχέση με τα κορίτσια. Η έρευνα των Zoghbi & Bear (2012) δείχνει ότι οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός, προκύπτουν λόγω προβληματικών συνδέσεων μεταξύ των νευρώνων, οι οποίες, με τη σειρά τους, έχουν προκληθεί εξαιτίας της διαταραχής ενός δικτύου πρωτεϊνών.

Ο αυτισμός αποτελεί μία σοβαρή νεύρο-ψυχιατρική διαταραχή, που διαρκεί μία ολόκληρη ζωή και είναι συνήθως παρούσα από τη γέννηση του παιδιού. Στο πλαίσιο αυτής της διαταραχής εμποδίζεται ή δυσκολεύεται η ανάπτυξη ορισμένων ψυχολογικών δεξιοτήτων, που είναι ζωτικές για την ψυχοκοινωνική λειτουργία και επάρκεια του ανθρώπου. Οι δεξιότητες αυτές σχετίζονται με την κοινωνική συναλλαγή και αμοιβαιότητα, την επικοινωνία και την οργάνωση πρόσφορης και

σκόπιμης δραστηριότητας. Στις περιοχές αυτές, τα αυτιστικά άτομα εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες και χαρακτηριστικές αποκλίσεις.

Στο πλαίσιο της διαταραχής, υπάρχει ποικιλία ως προς τη μορφή των συμπτωμάτων, το συνδυασμό δυσκολιών και το βαθμό βαρύτητας. Επομένως τα αυτιστικά άτομα, από τη μια διαφέρουν σημαντικά από το φυσιολογικό ενώ από την άλλη, διαφέρουν και μεταξύ τους.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, υπάρχει και κάποιος βαθμός νοητικής υστέρησης. Σε ένα μικρό σχετικά ποσοστό - περίπου στο 20% - η νοημοσύνη διατηρείται στο φυσιολογικό ή κοντά στο φυσιολογικό. Αυτισμός και νοητική υστέρηση συνυπάρχουν συχνά, αλλά οι δύο καταστάσεις δεν είναι ταυτόσημες. Εξάλλου, τα αυτιστικά άτομα που διατηρούν αντιληπτικές και νοητικές ικανότητες, πάλι παρουσιάζουν τις χαρακτηριστικές γνωσιακές, ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές αποκλίσεις.

Τα χαρακτηριστικά που πρέπει σύμφωνα με την Lorna Wing να είναι παρόντα για την διάγνωση μιας διαταραχής του φάσματος του αυτισμού είναι:

- 1) Διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης
- 2) Διαταραχή της επικοινωνίας
- 3) Διαταραχή της «φαντασίας»

4.1.2. Σύνδρομο Asperger

Το Σύνδρομο Asperger θεωρείται πάθηση που ανήκει στις Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος, διότι όπως και ο κλασσικός Αυτισμός, είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που επηρεάζει τον τρόπο επικοινωνίας και τις σχέσεις ενός ατόμου με το περιβάλλον του. Συχνά θεωρείται ότι όλοι όσοι έχουν Αυτισμό και έχουν υψηλές επιδόσεις, φέρουν το Σύνδρομο Asperger. Ωστόσο, είναι γνωστό σήμερα ότι υπάρχουν αρκετές άλλες μορφές Αυτισμού, αυτές του αποκαλούμενου ως "Λειτουργικού Αυτισμού", όπου τα άτομα αποδίδουν με υψηλές επιδόσεις χωρίς να εμφανίζουν αυτά καθαυτά τα συμπτώματα του Συνδρόμου Asperger (Atwood, 2012).

4.1.3. Σύνδρομο Rett

Το σύνδρομο rett αποτελεί μια προοδευτική νευροαναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε νεαρά κορίτσια και οφείλεται σε εκ νέου μεταλλάξεις του γονιδίου της μεθυλ-CpG-δεσμευτικής πρωτεΐνης 2 (MeCP2), που

εδράζεται στο μακρύ σκέλος του X χρωμοσώματος. Η ανωμαλία στο χρωμόσωμα X αποτελεί αιτία θανάτου για όλα τα άρρενα, εξ ου και η διαταραχή εμφανίζεται μόνο σε κορίτσια. Η διαταραχή έχει περιγραφεί αρχικά από τον αυστριακής καταγωγής γιατρό Andrea Rett (Rett 1966), αλλά αναγνωρίστηκε από την ιατρική κοινότητα όταν ο σουηδικής καταγωγής γιατρός Hagberg δημοσίευσε μια περιγραφή 35 περιπτώσεων ενός αναπτυξιακού συνδρόμου αυτισμού, άνοιας, κινητικής αταξίας και απώλειας της σκόπιμης χρήσης των χεριών, το 1983 (Hagberg et al. 1983; Neul et al. 2008).

Οι μεταλλάξεις στο γονίδιο MECP2 μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα από νευροψυχιατρικούς φαινότυπους. Στα θηλυκά, εκδηλώνονται με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες και άγχος. Αυτό οφείλεται κυρίως στην παραλλαγή και αδρανοποίηση χ-χρωμοσωμάτων (XCI)(Zappella et al. 2001, Lasalle and Yasui 2009).

Τα αρσενικά με μεταλλάξεις MECP2 έχουν ένα ευρύ φάσμα από φαινότυπους ανάλογα με τη σοβαρότητα που έχουν υποστεί. Γονίδια αλληλόμορφα προκαλούν σοβαρή εγκεφαλοπάθεια, ανωμαλίες στην αναπνοή, επιληπτικές κρίσεις, αυτόνομη δυσλειτουργία και πρόωρη θνησιμότητα από την ηλικία των 2 ετών. Μεταλλάξεις που εν μέρει θέτουν σε κίνδυνο τη λειτουργία της πρωτεΐνης, δύνανται να οδηγήσουν σε νεανική εμφάνιση σχιζοφρένειας, διπολική διαταραχή, αυτισμό, όλα συνήθως συνοδευόμενα από κάποιο βαθμό γνωστικού ελλείμματος (Cohen et al. 2002). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι μεταλλάξεις στο MECP2 μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα του σχεδόν όλου του φάσματος των νευροψυχιατρικών διαταραχών που κυμαίνονται από γνωστικά ελλείμματα, άγχος, αταξία, επιληπτικές κρίσεις, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, και μια πληθώρα διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι τα παιδιά που πάσχουν από το σύνδρομο έχουν κανονική εμφάνιση και ψυχοσωματική εμφάνιση στην αρχή, ενώ αργότερα χάνουν τις ήδη αποκτηθείσες ικανότητες ομιλίας και κινητικότητας και κυρίως, της χρήσης των χεριών. Συγχρόνως, παρουσιάζουν νοητική υστέρηση (Grzadzinski et al, 2013).

Μετά από ένα συνήθως φυσιολογικό τοκετό και μία αρχικά φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, ακολουθεί μεταξύ 6ου και 18ου μήνα αναστολή της και στη συνέχεια σαφής υποστροφή. Οι κατακτηθείσες ικανότητες λησμονούνται και χάνεται η φυσιολογική χρήση των χεριών. Η περίμετρος της κεφαλής κατά τη

γέννηση είναι φυσιολογική. Η ανάπτυξή της επιβραδύνεται μεταξύ του 5ου μήνα και του 4ου έτους. Η ανάπτυξη της ομιλίας επιβραδύνεται ή και αναστέλλεται. Συχνά ελλείπει η ομιλία τελείως. Οι θέσεις των χεριών είναι στερεότυπες. Παρατηρείται μαθησιακή και πνευματική καθυστέρηση, αβεβαιότητα βάδισης με ανοικτά πόδια. Συχνά ελλείπει τελείως η ικανότητα βάδισης χωρίς βοήθεια (Hyman, 2013).

Τα άτομα που πάσχουν από το εν λόγω σύνδρομο παρουσιάζουν αυτιστικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας της γλώσσας, κοινωνική απόσυρση, έλλειψη βλεμματικής επαφής, ανέκφραστο πρόσωπο, και η έλλειψη ανταπόκρισης σε κοινωνικά σήματα εμφανίζεται μετά την ηλικία των 2 ετών. Γνωστικά ελλείμματα και ανωμαλίες συμπεριλαμβανομένων της αταξίας, της απραξίας και της ακαμψίας, διαφαίνονται μεταξύ 3 και 5 ετών (Hagberg, 1995). Άλλες συμπεριφορές που έχουν διαπιστωθεί στο σύνδρομο Rett είναι η ύπαρξη κρίσεων και η αυτοτραυματική συμπεριφορά (Hunter, 2007).

Διαταραχές του αυτόνομου κεντρικού συστήματος (κρύα χέρια και πόδια) και μη φυσιολογική αναπνοή (υπεραερισμός εναλλάξ με άπνοια) εμφανίζονται στην πρώιμη παιδική ηλικία(Neul et al. 2010).

Πρόσθετα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, τρίζιμο των δοντιών, ουρλιαχτά, άγχος, οστεοπενία, σκολίωση και καρδιακές ανωμαλίες (όπως ταχυκαρδία, παρατεταμένη διορθωμένη διάστημα QT και φλεβοκομβική βραδυκαρδία). Πολλοί ασθενείς μπορεί να ζήσουν ως και την έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Δεδομένου ότι γερνούν οι ασθενείς, ορισμένοι αναπτύσσουν χαρακτηριστικά της νόσου του Parkinson (Chahrour and Zoghbi 2007, Hagberg 2005).

4.1.4. Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

Το 1930 ο Heller περιέγραψε πρώτος την Διαταραχή αυτή και τη χαρακτήρισε «βρεφονηπιακή άνοια». Ο Rutter(1967) εισήγαγε τον όρο «αποδιοργανωτική ψύχωση της παιδικής ηλικίας», έως ότου ταξινομηθεί το 1994 στο DSM-IV με τη σημερινή της ονομασία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της είναι η εμφανής παλινδρόμηση του παιδιού στην ηλικία μεταξύ 3-4 ετών και η σταδιακή απώλεια των μέχρι τότε αποκτηθεισών δεξιοτήτων. Σύμφωνα με το DSM-IV τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι τα εξής:

■ Φυσιολογική ανάπτυξη στη λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία, στις κοινωνικές σχέσεις, στο παιχνίδι και στην προσαρμογή στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις μέχρι τουλάχιστον τα 2 πρώτα χρόνια της ηλικίας.

■ Εμφάνιση παλινδρόμησης σε πολλαπλούς τομείς της ανάπτυξης μετά την ηλικία των 2 ετών.

■ Εμφάνιση αποκλίσεων στην επικοινωνιακή και κοινωνική συμπεριφορά, αναλόγων με αυτές που παρατηρούνται στην Αυτιστική Διαταραχή.

■ Εκδήλωση περιορισμένων, επαναληπτικών και στερεότυπων τρόπων συμπεριφοράς και κοινωνικής δραστηριότητας.

4.1.5. Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανόμενου του άτυπου αυτισμού)

Η διάγνωση αυτή χρησιμοποιείται για περιστατικά που παρουσιάζουν εκτεταμένη απώλεια στις αμοιβαίες κοινωνικές συναλλαγές ή στις λεκτικές και μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες ή στερεότυπη συμπεριφορά, αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια από τις συγκεκριμένες Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, για Σχιζοφρένεια, για Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας ή για Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Γενά, 2004).

4.2. ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΑΔ

4.2.1. Σύνδρομο του εύθραυστου X

Η μετάλλαξη του εύθραυστου X είναι η πιο κοινή γενετική αιτία του αυτισμού, που εμφανίζεται σε ποσοστό 1% έως 6% των αγοριών με ASD (Autism Spectrum Disease) (Hagerman et al, 2011). Εκτός από τις φαρμακολογικές προσεγγίσεις, η δημιουργία ενός εμπλουτισμένου περιβάλλοντος, επιδρά θετικά στη βελτίωση των γνωστικών και συμπεριφοριστικών ελλειμμάτων, ενώ παράλληλα μαζί με τα εκπαιδευτικά ερεθίσματα, έχει ευεργετική δράση στη διευκόλυνση της ανάπτυξης της αυτο-φροντίδας και της κοινωνικής ζωής, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα της οικογενειακής ζωής εντός των καθορισμένων πλαισίων (Moskowitz et al, 2011).

Το Σύνδρομο εύθραυστου X χρωμοσώματος, (fragile X syndrome - FXS) ή σύνδρομο Martin-Bell ή σύνδρομο του Escalante είναι ένα γενετικό σύνδρομο και είναι η πιο συχνή γονιδιακή αιτία του αυτισμού και κληρονομική αιτία

νοητικής υστέρησης κυρίως μεταξύ των αγοριών (1/3.600-1/4.000 αγόρια και 1/6.000-1/8.000 κορίτσια). Είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία νοητικής υστέρησης μετά το σύνδρομο Down. Επιπλέον, συνδέεται με νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές (Hagerman, 2011).

Προκαλείται από μια αλλαγή στο γενετικό υλικό σε κάθε κύτταρο του σώματος. Αυτή η αλλαγή στο γενετικό υλικό καθιστά δύσκολο για τα κύτταρα να παράγουν μία πρωτεΐνη, την FMRP, η οποία είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. το σύνδρομο προκαλείται από την αδρανοποίηση του γονιδίου FMR1 (Fragile X Mental Retardation 1) που είναι υπεύθυνο για την δημιουργία της πρωτεΐνης FMRP (Fragile X Mental Retardation Protein). Ως μια κληρονομική πάθηση, το FXS μπορεί να περάσει στην επόμενη γενιά (Coffee, 2009).

Τα αρσενικά με την πλήρη μετάλλαξη επηρεάζονται συνήθως σημαντικά. Στις γυναίκες με την πλήρη μετάλλαξη, ο βαθμός της βλάβης ποικίλλει ευρέως (Tsai et al, 2012).

Η νοητική υστέρηση αποτελεί το κυριότερο σύμπτωμα του συνδρόμου εύθραυστου X που είναι πιθανό να ποικίλει σε βαρύτητα ακόμη και μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας. Στην πλειονότητα των ασθενών ο δείκτης κυμαίνεται μεταξύ 20-60 με μέσες τιμές από 35-45. Χαρακτηριστικά προβλήματα συμπεριφοράς όπως διαταραχές του λόγου και της επικοινωνίας, μειωμένη οπτική επαφή, κοινωνική απομόνωση, υπερκινητικότητα, υπερβολικό κοινωνικό άγχος, διάσπαση προσοχής, εμμονή και στερεότυπες κινήσεις των άνω άκρων, είναι συχνές και διευκολύνουν σημαντικά την κλινική διάγνωση. Παράλληλα με τη συνολική νοητική υστέρηση έχουν παρατηρηθεί δυσκολίες στην αντίληψη του χώρου και διαταραχές στην πρόσφατη ακουστική και οπτική μνήμη. Η επαναληπτικότητα των κινήσεων (κίνηση του κορμού) και του λόγου (ηχολαλία), τεκμηριώνει τη σχέση του συνδρόμου με τον αυτισμό (Tsai et al, 2012).

Αγόρια με εύθραυστο σύνδρομο X (FXS) έχουν καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη. Οι εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες του λόγου και της γραφής, επιτυγχάνονται πιο αργά από τις δεξιότητες της ανάγνωσης και της ακοής. Η διαφορά αυτή αυξάνει με την ηλικία. Η άρθρωση είναι φτωχή, οι προτάσεις σύντομες, η γλώσσα επαναλαμβανόμενη, με αποτέλεσμα έναν αποδιοργανωμένο λόγο (Kau et al, 2001).

Οι κοινωνικές τους δεξιότητες συχνά συσχετίζονται με το γνωστικό τους επίπεδο. Ιδιαίτερα όταν το επίπεδο της νοητικής υστέρησης είναι σοβαρό, τα αγόρια με FXS παρουσιάζουν αποτρεπτικές συμπεριφορές, καθώς τείνουν να αποφεύγουν οποιαδήποτε νέα δεδομένα εμφανίζονται στη ζωή τους. Ωστόσο, δεν αποσύρονται κοινωνικά όταν βρίσκονται με οικεία πρόσωπα. Επίσης μπορεί να εκδηλώσουν συμπτώματα άγχους (νευρική νευρικότητα, ψυχαναγκαστική διαταραχή, εμμονές), ευμετάβλητη διάθεση, επιθετική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Reiss, 2007).

Πολλά κορίτσια με τη πλήρη μετάλλαξη του γονιδίου, παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς και ψυχολογικά ζητήματα, που συνήθως εκδηλώνονται με μαθησιακές δυσκολίες (ειδικά στα μαθηματικά), με προβλήματα μερικής ή πλήρους διαταραχής ελλειμματικής προσοχής, με υπερκινητικότητα, συστολή ή κοινωνικό άγχος, με ελλείμματα στον οπτικοκινητικό συντονισμό, με διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες (όπως τη δυνατότητα να οργανώσουν πληροφορίες στο μυαλό τους), και στο γλωσσικό τομέα (συμπεριλαμβανομένης της επιλεκτικής αλαλίας) (Keyssor, 2002). Επιπλέον, τα κορίτσια δύνανται να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές και σχιζοφρένεια. Αυτιστικές συμπεριφορές (όπως ελλείμματα στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση, στερεοτυπικές κινήσεις) είναι πιο συχνά αναφερόμενες μεταξύ θηλυκών ηλικίας 6-16 ετών, παρά σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (Garber, 2008).

4.2.2. Σύνδρομο Down

Το σύνδρομο Down αποτελεί την πιο κοινή γενετική αιτία νοητικής δυσλειτουργίας και συναντάται περίπου σε 1 στις 800 γεννήσεις. Τα παιδιά με σύνδρομο Down γεννιούνται από γονείς που ανήκουν σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, εθνικές ομάδες και με διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης. Μπορεί να διαγνωσθεί προγεννητικά από την παρουσία του παθολογικού χρωμοσώματος σε δείγματα εμβρυικών κυττάρων από το αμνιακό υγρό. Επίσης, αποτελεί την πιο καλά μελετημένη υπο-ομάδα των παιδιών με νοητική δυσλειτουργία (Macchini et al, 2011).

Τα άτομα με σύνδρομο Down χαρακτηρίζονται από δυσμορφίες στο πρόσωπο και τα χέρια, συγγενείς διαμαρτίες της καρδιάς, ανοσοανεπάρκεια και μέτρια νοητική καθυστέρηση. Πιο συγκεκριμένα, μικρό και στρογγυλό κεφάλι, πλατύ και επίπεδο πρόσωπο, λοξά μάτια με ιδιόμορφες διπλώσεις του δέρματος στην εσωτερική τους γωνία και υποπλαστική πλακουτσωτή μύτη. Τα μήλα του

προσώπου τους είναι ~ 12 ~ προεξέχοντα, έχουν στενό και υψηλό ουρανίσκο, ισχνή και κοντή κάτω σιαγόνα και σαρκώδης γλώσσα που συχνά προεξέχει από ένα μισάνοιχτο στόμα με χοντρά και υγρά από το σάλιο χείλη. Τα αυτιά των παιδιών αυτών είναι ακανόνιστα, συνθέτοντας μια χαρακτηριστική εικόνα, που δεν αφήνει αμφιβολίες για τη φύση της διαταραχής. Μερικά άλλα χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι το μικρό ανάστημα, ο κοντός λαιμός, τα κοντόχοντρα άνω και κάτω άκρα, τα ισομεγέθη δάχτυλα και οι κινητικές δυσκολίες. Σχεδόν όλα τα συστήματα και όλοι οι ιστοί δέχονται τον αντίκτυπο της προσβολής. Παρατηρούνται έτσι διάφορες ανωμαλίες στο σκελετό, υποτονία των μυών και των τενόντων, ελαττωματική λειτουργία του ενδοκρινούς συστήματος, καθώς και υποπλασία των γεννητικών οργάνων και στα δύο φύλα. Τα άτομα εμφανίζουν ευπάθεια σε κάθε είδους προσβολή διότι υπάρχει ελάχιστη αντίσταση του οργανισμού, ενώ η συχνή εμφάνιση καρδιακών, αναπνευστικών και νευρικών διαταραχών είναι μία από τις κύριες αιτίες για το χαμηλό μέσο όρο ζωής. Επίσης, συγγενής καρδιοπάθεια παρατηρείται στο 40% περίπου των ατόμων με σύνδρομο Down (Allen, Freeman & Sherman, 2008).

4.3. Σύνδρομο ΔΕΠ-Υ

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), ή Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), ονομάζεται μια νευροβιολογική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (συνήθως ακολουθεί και την ενηλικίωση του ατόμου), η οποία φαίνεται να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια (70% αγόρια - 30% κορίτσια). Αποτελεί την πλέον μελετημένη και τεκμηριωμένη παιδοψυχιατρική διαταραχή, τα κύρια συμπτώματα της οποίας είναι η διάσπαση προσοχής, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν φυσιολογικό δείκτη νοημοσύνης (Κουμούλα, 2012).

Τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, που εξελίσσονται και αλλάζουν με την ωρίμανση του ατόμου. Με βάση τα συμπτώματα που επικρατούν στα παιδιά σχολικής ηλικίας διακρίνουμε τρεις τύπους ΔΕΠΥ:

1. ΔΕΠΥ – τύπος Απροσεξίας: Ο τύπος αυτός είναι συχνός σε παιδιά σχολικής ηλικίας και μπορεί να μη γίνει αντιληπτός επειδή δεν προκαλεί διασπαστική συμπεριφορά. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα διαγνώσθηκε σε

ενήλικες, όταν είχαν ξεπεραστεί τα προβλήματα υπερκινητικότητας που εμφάνιζαν σαν παιδιά (Δαφνή, 2015).

2. ΔΕΠΥ – τύπος Παρορμητικότητας/Υπερκινητικότητας: Ο τύπος αυτός είναι πιο συχνός σε μικρά παιδιά που παρουσιάζουν μεγάλη υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Στα παιδιά αυτά, το πρόβλημα της συγκέντρωσης της προσοχής δεν είναι ιδιαιτέρως έντονο, επειδή συνήθως δεν έχει αναδειχτεί αφού δεν έχουν ακόμα υποχρεωθεί να λειτουργήσουν σε σχολικό περιβάλλον (Δαφνή, 2015).

3. ΔΕΠΥ – Συνδυαστικός τύπος: Είναι επίσης συνηθισμένος τύπος ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και στους εφήβους όπου παρουσιάζεται συνδυασμός κάποιων από τα παραπάνω συμπτώματα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικής συμπεριφοράς.

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι σήμερα πολύ περισσότερα παιδιά απ' ό τι στο παρελθόν λαμβάνουν διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάσπαση της προσοχής, ανεξέλεγκτη κινητικότητα και έντονη παρορμητικότητα. Όλα τα παιδιά, ειδικά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, χαρακτηρίζονται από ενεργητικότητα, κινητικότητα και μια έντονη διάθεση «εξερεύνησης» του περιβάλλοντος, καθώς περνούν από τη μια δραστηριότητα στην άλλη και ασχολούνται με το καθετί καινούργιο. Θα μπορούσαμε μάλιστα να παρουσιάσουμε τις συμπεριφορές αυτές με έναν άξονα που στο ένα άκρο του βρίσκεται η απουσία ελέγχου της συμπεριφοράς και η αδυναμία εστίασης σε στόχους, προγράμματα και πράξεις (κάτι που συμβαίνει συνήθως σε παιδιά πολύ μικρής ηλικίας), ενώ στο άλλο άκρο βρίσκεται η υψηλή ικανότητα αυτοελέγχου και δέσμευσης σε στόχους, πλάνα και δραστηριότητες (κάτι που αναμένουμε να έχει ολοκληρωθεί ως τη σχολική ηλικία) (Κωσταρά, 2011).

Η ΔΕΠΥ αποτελεί τη συχνότερη αλλά και πιο αμφιλεγόμενη νευροβιολογική διαταραχή που διαγιγνώσκεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Μαριακάκη & Ορφανίδου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

5.1. Διαταραχές λόγου και ομιλίας

Η γλώσσα διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στον πολιτισμό και την κοινωνία μας, την οποία χρησιμοποιούμε για να εκφράσουμε συναισθήματα, να μεταδώσουμε ιδέες και να επικοινωνήσουμε. Αυτές οι φωνητικές συμπεριφορές είναι ευαίσθητες σε μια σειρά βλαβών, προκαλώντας δραματικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά μας. Τέτοια ελλείμματα αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, με την επικράτηση διαταραχής του λόγου και της ομιλίας σε μικρά παιδιά να εκτιμάται σε ποσοστό 8-9% (NIDCD, 2010). Η φύση των διαταραχών μπορεί να υπάγεται στους νόμους της κληρονομικότητας (Bishop et al, 1996), ωστόσο οι υποκείμενες αιτίες παραμένουν ασαφείς στις περισσότερες περιπτώσεις (Law et al, 2000; Shriberg et al, 2012).

Η ομιλία είναι το μέσο της διαπροσωπικής επικοινωνίας, η οποία καθιστά δυνατό να μεταφέρει κανείς το περιεχόμενο της σκέψης του σε κάποιο άλλο άτομο, συμβάλλοντας στη διαδικασία της γνωστικής ολοκλήρωσης, του σχεδιασμού και της εννοιολόγησης της σκέψης.

Η ανάπτυξη της προφορικής γλώσσας είναι μια ενεργή διαδικασία, που εξαρτάται από τη νευρο-γνωστική φυσική ικανότητα του ατόμου και την αλληλεπίδραση του με το ανθρώπινο περιβάλλον. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές κατηγορίες παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη στοματική και λεκτική ανάπτυξη, προκαλώντας διάφορες δυσλειτουργίες και επιφέροντας μαθησιακές δυσκολίες (Schacter et al, 2012).

Σύμφωνα με τον Kirk (1963), μια μαθησιακή δυσκολία θεωρείται ως επιβραδυσμένη, λανθάνουσα ή καθυστερημένη ανάπτυξη των διεργασιών της ομιλίας, της γλώσσας, της ανάγνωσης, της γραφής ή της αριθμητικής. Όλα αυτά περιγράφονται ως συνέπεια πιθανής εγκεφαλικής δυσλειτουργίας ή συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών προβλημάτων. Δεν πρόκειται απαραίτητα για το αποτέλεσμα χαμηλής νοημοσύνης, αισθητηριακών προβλημάτων ή ελλιπούς εκπαίδευσης (Kirk, 1963).

5.1.1. Δυσλεξία

Η δυσλεξία είναι μια εφόρου ζωής πρόκληση, για το άτομο με την ειδική αυτή διαταραχή, η οποία δεν εξαφανίζεται, αλλά οι δυσκολίες που προκαλεί μπορούν να υπερνικηθούν μέσω διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης, (Τζουριάδου, 2009). Η δυσλεξία είναι η πιο διαδεδομένη ειδική μαθησιακή δυσκολία και αφορά κυρίως τη διαταραχή της ανάγνωσης. Η δυσλεξία δεν οφείλεται σε γενικευμένη αναπτυξιακή διαταραχή ή αισθητηριακή ανεπάρκεια (Snowling, 1987). Αντίθετα, σύμφωνα με τις ιατρικές προσεγγίσεις, θεωρείται συνέπεια ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας ή καθυστέρησης της ωρίμανσης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πολλοί ερευνητές εστίασαν ακόμα και στον παράγοντα της κληρονομικότητας (Κατή, 2009). Στο πλαίσιο του ψυχοπαιδαγωγικού μοντέλου, η δυσλεξία θεωρήθηκε σαν ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από απρόσμενη δυσκολία των παιδιών στην εκμάθηση της ανάγνωσης. Οι υποστηρικτές του τονίζουν ότι θα πρέπει να μελετηθεί η εξελικτική ακολουθία των αναγνωστικών δεξιοτήτων των παιδιών, για την κατανόηση της αιτίας (Snowling, 1987).

Δυσλεξία είναι το κυριότερο είδος μαθησιακών δυσκολιών. Είναι ένα διαβίου πρόβλημα που δεν εξαφανίζεται με την πάροδο του χρόνου, χωρίς όμως να συνιστά ασθένεια. Κάνει την εμφάνισή της με διαφορετικό τρόπο και ένταση σε κάθε ηλικία. Τα παιδιά με δυσλεξία παρουσιάζουν μια απρόσμενη, ιδιόμορφη συμπεριφορά στην ανάγνωση και τη γραφή (Κολτσίδας, 2008)

Η δυσλεξία, ως πρόβλημα επεξεργασίας του γραπτού λόγου, διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Η ειδική ή εξελικτική δυσλεξία (specific or developmental dyslexia) και η επίκτητη δυσλεξία (Papalouka, 2011).

Η **επίκτητη δυσλεξία** αναφέρεται σε άτομα που ενώ είχαν κατακτήσει τον μηχανισμό της ανάγνωσης, της γραφής και της ορθογραφίας, απέκτησαν δυσκολία ή ανικανότητα στην επεξεργασία του γραπτού λόγου, εξαιτίας εγκεφαλικών βλαβών. Οι εγκεφαλικές βλάβες ήταν αποτέλεσμα εγκεφαλικών τραυματισμών στην πλευρικο-κροταφική χώρα του αριστερού ημισφαιρίου, αρρωστιών και μολύνσεων. Έχουν αναφερθεί διάφοροι τύποι επίκτητης δυσλεξίας, η βαθιά δυσλεξία, η επιφανειακή δυσλεξία, η φωνολογική δυσλεξία, η άμεση δυσλεξία και η συλλαβικού τύπου δυσλεξία (Αναστασίου, 1998; Πόρποδας, 1997).

Η **ειδική δυσλεξία** μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους με βάση τις δυσκολίες που παρουσιάζει το δυσλεκτικό άτομο: την «οπτική δυσλεξία» και την «ακουστική δυσλεξία». Το πρόβλημα των ατόμων με οπτική δυσλεξία εκδηλώνεται ως δυσκολία στη μάθηση κυρίως μέσω της οπτικής λειτουργίας. Βέβαια, η διαταραχή αυτή έχει να κάνει ελάχιστα με την όραση και μόνο του ατόμου, και αυτό έχει διαπιστωθεί από τεστ που έγιναν σε παιδιά με οπτική δυσλεξία και έδειξαν ότι η οπτική τους ικανότητα λειτουργεί σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η ακουστική δυσλεξία χαρακτηρίζεται από ένα έλλειμμα ικανότητας του ατόμου να αναπαριστά στο νου του, τους ξέχωρους ήχους της ομιλούμενης γλώσσας, να προβαίνει σε μίξη – σύνθεση ήχων, να κατονομάζει πρόσωπα και πράγματα και να τηρεί την ακουστική ακολουθία, η οποία συνδέεται με την δυνατότητα απομνημόνευσης συναφών πληροφοριών, τηρώντας τη σωστή τους διάταξη και σειρά (Κοκκίνη, 2011).

Στη δυσλεξία δεν υπάρχει πρόβλημα προφορικού λόγου. Έτσι, η δυσλεξία είναι ιδιαίτερα παραπλανητική, καθώς δεν φαίνεται στην καθημερινή προφορική επικοινωνία, αφού οι δυσλεξικοί δεν παρουσιάζουν προβλήματα λόγου και συχνά έχουν εξαιρετική λογική και ευφυΐα (Πολυχρονοπούλου, 2011).

5.1.2. Δυσπραξία

Η Επιτροπή της Αμερικάνικης Ένωσης Λογοπαθολόγων-Ακοολόγων (American Speech-Language-Hearing Association/ASHA, 1993) ορίζει τη διαταραχή του λόγου ως «απομείωση της άρθρωσης των ήχων ομιλίας, της ευχέρειας λόγου, ή/και της φωνής». Ένας υπότυπος των διαταραχών λόγου που δεν είναι τόσο γνωστός όσο κάποιοι άλλοι, είναι η Childhood Apraxia of Speech (CAS).

Η CAS έχει κατηγοριοποιηθεί ως μια διαταραχή ομιλίας κατά την παιδική ηλικία (Dale & Hayden, 2013). Ο συνηθέστερος όρος που χρησιμοποιείται στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι αναπτυξιακή λεκτική δυσπραξία, ωστόσο μερικές φορές αναφέρεται και ως δυσπραγία στην άρθρωση (Maas et al, 2012).

Η παιδική απραξία λόγου είναι ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων τα οποία αφορούν σε φωνολογικές διαταραχές, μορφολογικές διαταραχές εκφραστικού τύπου, αρθρωτικές διαταραχές ασταθούς χαρακτήρα, νευρολογικές διαταραχές. Ως κυρίαρχο σύμπτωμα θεωρείται η αστάθεια και η ασυνέπεια των λαθών, δηλαδή τα λάθη δεν παρουσιάζονται πάντα και δεν είναι πάντα τα ίδια (Bowen, 2011).

Λόγω της ασάφειας του ορισμού, τα κλινικά σημεία που μπορεί να οδηγήσουν σε διάγνωση της ασθένειας, είναι πιθανό να έχουν ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ψευδώς θετικών περιπτώσεων (Miron, 2012).

Η ASHA προτείνει τον ακόλουθο ορισμό (2007): Η παιδική απραξία λόγου (CAS) είναι μια νευρολογική (παιδιατρική) διαταραχή του ήχου της ομιλίας των παιδιών στην οποία, η ακρίβεια και η συνέπεια των κινήσεων της υποκείμενης ομιλίας είναι μειωμένη, με απουσία νευρομυϊκών ελλειμμάτων. Η CAS μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα γνωστής νευρολογικής δυσλειτουργίας, σε συνδυασμό με νευροσυμπεριφορικές διαταραχές γνωστής ή άγνωστης προέλευσης, ή ως ιδιοπαθής νευρογενής διαταραχή του ήχου ομιλίας. Ο πυρήνας της βλάβης βρίσκεται στο σχεδιασμό ή / και τον προγραμματισμό των χωροχρονικών παραμέτρων διαδοχοκινητικών ακολουθιών, που οδηγεί σε λάθη παραγωγής των ήχων ομιλίας και της προσωδίας.

Ο αριθμός των παιδιών που διαγιγνώσκονται με αναπτυξιακή προφορική απραξία φαίνεται να βρίσκεται σε άνοδο, αλλά είναι δύσκολο να γνωρίζουμε πώς μεταβάλλεται η συχνότητα με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, επηρεάζει το 7,6% των ανθρώπων που παρουσιάζουν επικοινωνιακές διαταραχές, λόγω βλάβης του αριστερού ημισφαιρίου (Duffy, 2012). Έχει παρατηρηθεί ότι η δυσπραξία μπορεί να είναι κληρονομική, ώστε να μεταφέρεται από πρόγονο σε απόγονο μέσα σε μία οικογένεια. Επίσης, υψηλότερα ποσοστά επικράτησης έχουν αναφερθεί σε συγκεκριμένες ιατρικές παθήσεις, όπως η γαλακτοζεμία και το σύνδρομο του εύθραυστου χρωμοσώματος X (Shriberg et al, 2011). Στατιστικώς, εμφανίζεται σε ένα παιδί ανά κάθε σχολική τάξη των 30 παιδιών. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να έχουν αναπτυξιακή προφορική απραξία από ό, τι τα κορίτσια. Ωστόσο, τα κορίτσια τείνουν να έχουν μια πιο σοβαρή μορφή της αναπτυξιακής προφορικής απραξίας.

Η CAS συχνά εντοπίζεται στην πρώιμη παιδική ηλικία, αλλά τα συμπτώματα παραμένουν συχνά στην σχολική ηλικία ή ακόμη και στην ενηλικίωση και μπορεί να υπάρξουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην κοινωνική, ακαδημαϊκή και επικοινωνιακή επιτυχία. Οι δυσκολίες στην παραγωγή του λόγου επιδρούν αρνητικά στην ικανότητα του παιδιού να επικοινωνεί με το οικείο περιβάλλον του στο σπίτι, στο σχολείο και σε άλλα κοινωνικά πλαίσια της καθημερινής του διαβίωσης.

Τα επιμέρους συμπτώματα της αναπτυξιακής απραξίας επηρεάζουν όλους τους τομείς της ομιλίας. Τα παιδιά με CAS είναι πιο πιθανό από ό, τι τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά να αντιμετωπίζουν γλωσσικές δυσκολίες. Παρουσιάζουν

φτωχές εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες (Lewis, 2004; Ozanne, 1995) και μπορεί να έχουν περιορισμένο λεξιλόγιο (Carrigg, 2016). Τα παιδιά με CAS εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους, και έχουν μεγαλύτερη δυσκολία με την ορθογραφία (Speake & Stackhouse, 2012), τη φωνολογική επίγνωση και τη λεκτική απόδοση (Moriarty, 2007). Είναι πιθανό να χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη στο σχολείο (Fish, 2015), αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον εντοπισμό λέξεων, προφέρουν λανθασμένα τις νεοεισαχθείσες λέξεις, παρουσιάζουν συγκεχυμένη, δυνατή, αργή ή γρήγορη ομιλία, διακόπτοντας πολλές φορές με ακατάλληλο τρόπο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκμάθηση ξένων γλωσσών, έχουν την τάση να μεταστρέφουν και να διατυπώνουν λανθασμένα τους αριθμούς, τα πρόσημα και τις υποδιαστολές.

Παράλληλα, τα άτομα με CAS εκτίθενται σε δυσκολίες που συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή (McCabe, 2017).

5.2. Αγχώδεις διαταραχές

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες επιφορτίζονται με αγχώδη συναισθήματα, ενώ συχνά περιθωριοποιούνται και γίνονται θύματα σχολικού εκφοβισμού και διακατέχονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Η χαμηλή αυτοεκτίμηση ταυτίζεται με την ανασφάλεια και την ανεπάρκεια, και διαμορφώνεται στην παιδική ηλικία. Συνδέεται με την απουσία ενθάρρυνσης και αγάπης από το οικογενειακό περιβάλλον, την κριτική, την κακοποίηση και την απουσία επιβράβευσης. Υιοθετούν συνήθως αμυντικούς μηχανισμούς συμπεριφοράς (Guillon, 2003). Συγκεκριμένα:

- Κοινωνική απόσυρση.
- Απροθυμία να αναλάβουν την ευθύνη των πράξεων τους.
- Δέχονται και ανταποδίδουν παρενόχληση (bullying).
- Ψεύδονται και εξαπατούν.
- Ασκούν σκληρή κριτική στους άλλους, ενώ οι ίδιοι δε τη δέχονται, καθώς τους επιφορτίζει με επιπλέον άγχος.
- Επιρρίπτουν ευθύνες σε άλλους.
- Παρουσιάζουν έλλειψη ανεξαρτησίας.
- Έχουν τάσεις φυγής και ροπή στις εξαρτήσεις.

Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι προϊόντα περιβάλλοντος όπου υπάρχει έλλειψη ενθάρρυνσης και αγάπης, όπου βρίθουν κριτικής, γελοιοποίησης και σαρκασμού, και όπου υπάρχει έλλειψη αναγνώρισης και επαίνου των όποιων επιτευγμάτων τους. Επομένως δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι αυτά τα άτομα υιοθετούν ένα αμυντικό μέτωπο, έχουν δυσκολία στη διαμόρφωση και τη διατήρηση υγιών σχέσεων και επιφορτίζονται από το φόβο της αποτυχίας (Cast et Burke, 2002).

Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα με την τεχνολογική ανάπτυξη και τις μεταναστευτικές ροές που δημιουργούν αλλοιώσεις στη μορφή του πληθυσμού, απασχολεί έντονα ερευνητές παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς και γονείς, το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού. Στη δεκαετία του 1980, ο Σκανδιναβός επιστήμονας Dan Olweus πραγματοποίησε την πρώτη μελέτη σχετικά με τη συστηματική παρέμβαση κατά του εκφοβισμού, της οποίας τα θετικά αποτελέσματα οδήγησαν στη δημιουργία του *Πρόγραμματος Πρόληψης εκφοβισμού* του Olweus (Olweus, 2005).

Ο ορισμός που διατυπώνεται από τον Olweus για τον εκφοβισμό αναφέρει ότι το φαινόμενο του εκφοβισμού ή θυματοποίησης αποτελεί μορφή επιθετικής συμπεριφοράς που εμφανίζεται κυρίως στη σχολική πραγματικότητα με σοβαρές επιπτώσεις για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου και τη διαδικασία της μάθησης (Τσαούσης, 2004).

Ο εκφοβισμός εκδηλώνεται με διαφορετικές μορφές. Έτσι, μπορεί να είναι λεκτικός, σωματικός, σεξουαλικός, φυλετικός, ηλεκτρονικός, ενώ σχετίζεται στενά με τον κοινωνικό αποκλεισμό (Παπάνης, 2009).

Ο λεκτικός εκφοβισμός είναι η συνηθέστερη μορφή εκφοβισμού που συναντάται στη σύγχρονη εκπαιδευτική και σχολική πραγματικότητα (Ahmed, 2012). Η παιδική λογοτεχνία τίθεται στην υπηρεσία της προσπάθειας άμβλυνσης του φαινομένου. Η λεκτική τρομοκρατία που ασκείται από τον δυνατότερο προκαλεί οδυνηρά συμπτώματα στον αποδέκτη τέτοιας συμπεριφοράς. Η συγγραφή παιδικών βιβλίων με χαρακτήρα ψυχολογικά υποστηρικτικό, ενισχύει τα παιδιά να αντιμετωπίσουν συναισθήματα που μπορεί να δηλητηριάσουν την ψυχή τους (Κανατσούλη, 2014). Στο πλαίσιο αυτό κινείται και το διακρατικό Ευρωπαϊκό Προγράμμα ΔΑΦΝΗ II «*Πρόγραμμα Αξιολόγησης Αναγκών και Ευαισθητοποίησης για τον Εκφοβισμό και τη Βία στο σχολείο*», που θέτει ως στόχο την ευαισθητοποίηση και την ενδυνάμωση των μαθητών στην αντιμετώπιση του εκφοβισμού και της βίας στο σχολείο.

Από την άλλη πλευρά, η σχέση γονέα-παιδιού είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στην κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, και τα παιδιά που έχουν μια καλή σχέση με τους γονείς τους έχουν την τάση να δείχνουν βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής και της ανάπτυξης αυτοεκτίμησης (Hosogi et al, 2012).

5.3. Παιδική κατάθλιψη

Οι διαταραχές της διάθεσης συνθέτουν μια ομάδα διαταραχών που συχνά αναφέρονται και ως συγκινησιακές διαταραχές. Η παθολογία αυτών των διαταραχών αφορά τη διάθεση, τη σταθερή συναισθηματική κατάσταση που βιώνεται εσωτερικά και όχι τη συγκίνηση ή το συναίσθημα που αποτελεί την εξωτερική της έκφραση και μπορεί να μεταβάλλεται συνεχώς. Οι διαταραχές της συναισθηματικής διάθεσης επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες τις ψυχικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά του ατόμου (Murray, 2004). Οι διαταραχές της διάθεσης συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων προβλημάτων της δημόσιας υγείας. Πρόκειται για συχνά απαντούμενες διαταραχές που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και την κοινωνικότητα των πασχόντων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέλθει στη δεύτερη θέση το 2020 (WHO, 2010).

Η κατάθλιψη αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος, με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση του συναισθήματος ευχαρίστησης (ανηδονία) και τις αρνητικές σκέψεις.

«Τώρα πια την κοινωνία δεν την απειλούν οι επαναστάτες αλλά οι καταθλιπτικοί». Σε αυτό τον έξοχο αφορισμό ο Ζωρζ Μινουά συνοψίζει την ουσία μιας από τις πλέον ύπουλες κι διαχρονικές νόσους (Minois, 2010).

Οι κυριότερες μορφές της κατάθλιψης είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμία και η διπολική διαταραχή. Σε έρευνες που αναφέρονται στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παιδιών και εφήβων διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και στην ενήλικη ζωή. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά εκτός του ότι είναι επώδυνα για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συνδέονται και με προβλήματα που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών της κατάθλιψης, των προβλημάτων στο σχολείο, των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα το αλκοόλ και την αυτοκτονική συμπεριφορά (Bailey & al, 2007).

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά και η θεραπευτική αντιμετώπισή της, δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης στην παιδική ηλικία, αποφεύγοντας έτσι την εμφάνιση χρόνιας ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή. Η κατάθλιψη στα παιδιά, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη. Σ' αυτό συμβάλλει η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της παιδικής ηλικίας, που τον εμποδίζει να αποδεχθεί τα συμπτώματα απελπισίας και κατάθλιψης σ' ένα παιδί (Davis, 2005).

Το Αμερικανικό Ταξινομικό Σύστημα ψυχικών διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα. Ωστόσο, στην κλινική πράξη η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία. Το παιδί αδυνατεί να εκφράσει αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, ωστόσο, μπορεί να εκφράσει επίμονες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και το μέλλον του, να κλαίει εύκολα και να έχει καταθλιπτική έκφραση (Hargmin, 2005). Σπάνια εκδηλώνουν ψυχωτικά στοιχεία όταν είναι καταθλιπτικά, ωστόσο όταν εμφανίσουν, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές απ' ότι οι παραισθήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

6.1. Διαταραχές σεξουαλικότητας (έμφυλη διάσταση)

Η εφηβεία είναι η ηλικιακή απαρχή της σεξουαλικής αφύπνισης του ατόμου, γεγονός πολύ σημαντικό για την μετέπειτα σεξουαλική του ταυτότητα. Όταν δεν αναπτυχθεί ο έφηβος πλήρως ψυχοσεξουαλικά, μπορεί να εμφανίσει κάποιες διαταραχές, με σημαντικότερη την ταυτότητα φύλου.

Οι ιδεολογίες για το φύλο εμφανίζονται όχι μόνο σαν ένα προϊόν διεθνών συζητήσεων για την ανισότητα στις σχέσεις ανδρών γυναικών σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Η αποδόμηση της έννοιας του κοινωνικού φύλου, αποτελεί προϋπόθεση για την εξασφάλιση της ισότητας και της αυτοπραγμάτωσης των γυναικών, της εξάλειψης του ρόλου κατωτερότητας που τους απέδιδαν, αποδέσμευση από προηγούμενες ιεραρχικές δομές (Ρεθυμνωτάκη, 2013).

Οι έμφυλες κατασκευές χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και συχνά εντοπίζονται στις περιγραφές για εμάς και τους άλλους, οι οποίες συνήθως γίνονται με την αίσθηση μιας ηθικής ανωτερότητας ανάμεσα σε εμάς και τις άλλες χώρες (Nader, 1988).

Η Ann Oakley (1985) υποστηρίζει ότι ο όρος βιολογικό φύλο (sex) αφορά στις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στο αρσενικό και το θηλυκό, στην ορατή και απτή διαφορά των γεννητικών οργάνων τους και την παρεπόμενη διαφορά των αναπαραγωγικών λειτουργιών. Το κοινωνικό φύλο (gender) αναφέρεται στον πολιτισμό και στην κοινωνική κατηγοριοποίηση σε ανδρικό και γυναικείο.

Σύμφωνα με τον ορισμό της APA (2012) σε ένα ανθρώπινο πλαίσιο, η διάκριση μεταξύ των φύλων αντανακλά τη χρήση των όρων, όπου ο όρος sex συνήθως αναφέρεται στις βιολογικές πτυχές της αρρενωπότητας ή της θηλυκότητας, ενώ ο όρος gender συνεπάγεται την ψυχολογική, συμπεριφοριστική, κοινωνική και πολιτιστική πτυχή ενός συγκεκριμένου πολιτισμού, αναφορικά με το βιολογικό φύλο του ατόμου. Ομοίως και οι Hughes & Kroehler (2014) υιοθετούν ανάλογη άποψη, κατά την οποία βιολογικό φύλο (sex), θεωρείται εκείνο με το οποίο το άτομο έρχεται στον κόσμο και χαρακτηρίζεται ως «θηλυκό» ή «αρσενικό» βάσει ανατομικών χαρακτηριστικών, ενώ ως κοινωνικό φύλο (gender) θεωρείται ο προσδιορισμός του φύλου του ατόμου από τον κοινωνικό περίγυρο, εμποτισμένος δηλαδή με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πλαισίου στο οποίο διαμορφώνεται.

Ο πλέον αποδεκτός όρος από την επιστημονική κοινότητα και τους θεσμικούς παράγοντες για την ταυτότητα φύλου, προέρχεται από τις αρχές της Γιογκιακάρτα, ένα έγγραφο σχετικά με την εφαρμογή του διεθνούς δικαίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι Αρχές παρέχουν στο προοίμιο έναν ορισμό της ταυτότητας φύλου, ως μια βαθιά αισθητή εσωτερική και ατομική εμπειρία του φύλου, η οποία μπορεί ή δεν μπορεί να αντιστοιχεί στο φύλο που αποδίδεται κατά τη γέννηση, περιλαμβανομένης της προσωπικής αίσθησης του σώματος (η οποία μπορεί να περιλαμβάνει, αν επιλεγεί ελεύθερα, τροποποίηση σωματικής εμφάνισης ή λειτουργίας με ιατρικά, χειρουργικά ή άλλα μέσα) και άλλων εκφράσεων του κοινωνικού φύλου περιλαμβανομένων του ντυσίματος, του λόγου και του τρόπου ζωής. Η αρχή 3 ορίζει ότι «η αυτοπροσδιορισμένη ταυτότητα των δύο φύλων αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της προσωπικότητάς τους και μία από τις βασικότερες πτυχές της αυτοδιάθεσης, της αξιοπρέπειας και της ελευθερίας, ενώ η αρχή 18 ορίζει ότι «Παρά τις αντίθετες ταξινομήσεις, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η ταυτότητα φύλου ενός ατόμου δεν αποτελούν, από μόνα τους, ιατρικές καταστάσεις και δεν πρέπει να θεραπευθούν ή να κατασταλούν».

Στη δεκαετία του 1960 και του 1970 η γενική παραδοχή ήταν ότι ένα παιδί γεννιέται ως *tabula rasa* και ότι η ανατροφή των παιδιών καθορίζει την ταυτότητα του φύλου του ατόμου. Ο Money (1975) δήλωσε ότι η ταυτότητα φύλου είναι εύπλαστη και καθορίζεται από το αν ένα παιδί ανατράφηκε ως αρσενικό ή θηλυκό στην πρώιμη παιδική ηλικία (Bao and Swaab, 2011).

Ο σεξουαλικός προσανατολισμός καθορίζεται επίσης κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εγκεφάλου, από γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των ορμονών του φύλου, και γίνεται εμφανής κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ενεργοποιώντας την επήρεια των ορμονών του φύλου. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός των ανδρών τείνει να είναι περισσότερο διφορούμενος, σε σχέση με αυτόν των γυναικών, οι οποίες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αμφιφυλοφιλίας, ωστόσο η σχέσεις τους έχουν μικρότερη χρονική σταθερότητα (Sanders et al., 2015).

Σύμφωνα με τον Dembrow (2016) ο σεξουαλικός προσανατολισμός είναι κατανοητό ότι αναφέρεται στην ικανότητα κάθε ατόμου για βαθιά συναισθηματική, στοργική και σεξουαλική έλξη για - και προσωπικές και σεξουαλικές σχέσεις με - άτομα διαφορετικού κοινωνικού φύλου ή του ίδιου κοινωνικού φύλου ή περισσότερων του ενός κοινωνικών φύλων.

Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού αναφορικά με την ταυτότητα φύλου που περπατά έξω από τη στερεοτυπική δυαδικότητα, γίνεται πραγματικότητα με την εκπαίδευση των πολιτών σε όλα τα επίπεδα, παραμένοντας η μεγάλη πρόκληση (Grigoropoulos et al, 2015).

Οι εκτιμήσεις και οι μελέτες αναφέρουν, ότι η διαταραχή της φυλετικής ταυτότητας στα περισσότερα κορίτσια και σε αρκετά αγόρια υποχωρεί πριν την εφηβεία, ενώ λίγα άτομα αναπτύσσουν κατά τη φάση της εφηβείας προς την ενήλικη ζωή αυτό που αποκαλείται τρανσεξουαλισμός.

Υπάρχει μια ακόμα μορφή διαταραχής ταυτότητας του φύλου της εφηβικής κυρίως ηλικίας, που εμφανίζεται, πιο σπάνια και στην ενήλικη περίοδο, μη τρανσεξουαλικού τύπου, όπου το νεαρό άτομο ντύνεται συνεχώς και επαναλαμβανόμενα με ενδύματα του αντίθετου φύλου, είτε σαν φαντασίωση είτε σαν πραγματικότητα, χωρίς να έχει σαν βασικό σκοπό τη σεξουαλική του διέγερση.

Στη διαταραχή αυτή το άτομο δεν επιθυμεί την αλλαγή του φύλου του έντονα και απαιτητικά και την απόκτηση των σεξουαλικών χαρακτηριστικών του άλλου φύλου, όπως γίνεται στον τρανσεξουαλισμό. Η σταθερά εκφρασμένη ομοφυλοφιλία (που διακρίνεται από τις επιφανειακές, παροδικές ομόφυλες ερωτικές δραστηριότητες της πρώιμης εφηβείας), ως σεξουαλική προτίμηση για τα άτομα του ίδιου φύλου, είναι πολύ πιθανό να διαπιστωθεί από το ίδιο το άτομο, στη διάρκεια της εφηβείας.

Η ηδονοβλεψία αποτελεί μια ακόμα, ψυχοσεξουαλική διαταραχή, που είναι αρκετά συχνή στους εφήβους άνδρες (Feldman, 2011).

6.2.Διατροφικές διαταραχές

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής συγκαταλέγονται μεταξύ των σοβαρότερων διαταραχών ψυχοπαθολογίας εξαιτίας των αυξανόμενων ποσοστών νοσηρότητας, θνησιμότητας αλλά και της σημαντικής λειτουργικής έκπτωσης των ατόμων. Στις διατροφικές διαταραχές εφήβων και ενηλίκων περιλαμβάνονται η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η παχυσαρκία. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν και νωρίτερα, στη πρώτη παιδική ηλικία αλλά με πιο τροποποιημένη μορφή. Η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας και το σύνδρομο νυχτερινής διατροφής αποτελούν δύο επιπλέον διαταραχές σίτισης που λόγω της μειωμένης επικινδυνότητας τους για τη ζωή του ατόμου υπάρχει λιγότερο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Η εμφάνιση διαταραχών πρόσληψης τροφής είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο καθώς υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών παραγόντων που επιδρά αρνητικά στη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι ένα θέμα που κινητοποίησε όχι μόνο την επιστημονική κοινότητα αλλά και τη κοινή γνώμη. Η ενασχόληση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής κρίθηκε αναγκαία εξαιτίας της ανησυχητικής αύξησης των περιπτώσεων ατόμων που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου αναπτυγμένες κοινωνίες (Γονιδάκης & Χαρίλα, 2011).

Η συχνότητα των διαταραχών πρόσληψης τροφής σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζει μια συνεχή αυξητική τάση, η οποία συνάδει με το δυτικό τρόπο ζωής και αξίες ζωής. Οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 90% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με κάποια από τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Η διαταραχή βέβαια εμφανίζεται και σε αγόρια εφήβους, αλλά και σε αυτές τις ηλικίες ισχύει το ότι τα περιστατικά είναι 15-20 φορές λιγότερο συχνά απ' ότι στα έως 1:20 (Smink et al, 2012).

Τα παιδιά και οι έφηβοι θεωρείται ότι επηρεάζονται εύκολα από τα καταναλωτικά πρότυπα και τις διαφημίσεις. Εφόσον δεν έχουν διαμορφώσει ισορροπημένη καταναλωτική συμπεριφορά σε μία ανεπτυγμένη χώρα όπως η Ελλάδα με τις διατροφικές τους επιλογές μπορεί να παρατηρείται υποσιτισμός διότι με μία ανθυγιεινή δίαιτα δεν λαμβάνονται από τον οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά που απαιτούνται. Τα παιδιά σε αυτή την περίπτωση χαρακτηρίζονται από στασιμότητα στην ανάπτυξη με αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει αρκετά χαμηλότερο βάρος από το ιδανικό σε σχέση με το ύψος του χαρακτηρίζεται λιπόσαρκο. Μακροπρόθεσμα η υποσιτισμός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να παρουσιάζει χαμηλό ανάστημα ή να είναι σχετικά χαμηλού βάρους για την ηλικία του. Γενικότερα η υποσιτισμός μπορεί να έχει επιπτώσεις όπως λήθαργο, παχυσαρκία, διαβήτη, καρκίνο, αρτηριακή υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο, αναιμία (Ζαμπέλας, 2007). Η ανεπάρκεια σιδήρου είναι πιθανόν η συνηθέστερη διατροφική ανεπάρκεια στον κόσμο και παρουσιάζεται κυρίως σε βρέφη, παιδιά, έφηβους και γυναίκες σε ηλικία κύησης.

Το στρες συνδέεται με την παχυσαρκία, και η νευροβιολογία του στρες επικαλύπτει σημαντικά με εκείνη της όρεξης και της ενεργειακής ρύθμισης. Το άγχος αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του εθισμού και

εξάρτησης. Τα υψηλά επίπεδα του στρες αλλάζουν τις διατροφικές συνήθειες και αυξάνουν την κατανάλωση ιδιαίτερα εύγευστων τροφίμων, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την περίοπτη θέση κίνητρο των τροφίμων. Οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί δημιουργούν το άγχος, το οποίο επηρεάζει και ωθεί τα λεγόμενα «μονοπάτια ανταμοιβής», για να ενισχύσουν τα κίνητρα και την κατανάλωση των εύγευστων τροφίμων (Sinha et al, 2013).

Η σύνδεση του λεπτού και γυμνασμένου σώματος με την ομορφιά είναι κοινωνικά στερεότυπα που επηρεάζουν τη διαμόρφωση σωματικών προτύπων και σε συνδυασμό με στρεβλές γνωστικές πεποιθήσεις σε σχέση με το βάρος, το σχήμα του σώματος και την τροφή, μπορούν να αποτελέσουν γόνιμο έδαφος για τη διατροφική διαταραχή. Άλλοι παράγοντες, όπως οι συνήθειες της οικογένειας γύρω από το φαγητό, η έκφραση συναισθημάτων ή οι ελλιπείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Hay et al, 2012).

6.2.1. Νευρική ή ψυχογενής ανορεξία (anorexia nervosa)

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης διότι η όρεξη προσβάλλεται σε ύστερο στάδιο της νόσου. Πιθανότατα πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και την αυτονομία. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποιότητας τροφής, με δυσανάλογο ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό έμετο, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση. Η αμνηρόρροια μπορεί να εμφανιστεί πριν παρατηρηθεί σημαντική απώλεια βάρους (Sternheim et al, 2012).

6.2.2. Νευρική ή ψυχογενής βουλιμία (bulimia nervosa)

Πρόκειται για μια σοβαρή ασθένεια, που χαρακτηρίζεται από ένα κύκλο συμπεριφορών, που συνήθως ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νοιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και να σταματήσει το φαγητό. Η Ψυχογενής Βουλιμία ταξινομήθηκε ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία το 1980 (Williams et al, 2012).

Οι διακυμάνσεις του βάρους δημιουργούν κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα. Η εμφάνιση της ψυχογενούς βουλιμίας εντοπίζεται τυπικά στο στάδιο

της εφηβείας και εξακολουθεί στην ενήλικη ζωή, ενώ προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες. Η πορεία της γενικά είναι χρόνια και διαλείπουσα με εναλλαγές περιόδων υπερφαγίας και περιόδων φυσιολογικής διαίτας ή νηστείας. Τα επεισόδια υπερφαγίας συχνά εκλύονται από στρεσογόνα γεγονότα.(Pope et al, 2003).

6.2.3. Επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating disorder)

Η διαταραχή της υπερφαγίας αποτελεί επισήμως από το 1994 ξεχωριστή διαγνωστική ψυχιατρική οντότητα, ενώ όλο και συχνότερα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι μ' αυτή. Στα άτομα με διαταραχές διατροφής εντοπίζονται υφέρποντα καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα. Το Ninth New Collegiate Dictionary του Webster, ορίζει την υπερβολική υπερφαγία σαν ασυγκράτητη ύφεση και, κάτω από αυτήν την γενική και συχνά αόριστη έννοια της υπερβολής, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο ποικιλοτρόπως.

Η υπερφαγία δεν σχετίζεται με την χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών Η διαταραχή δεν ανταποκρίνεται στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς βουλιμίας.

Αυτή η διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μια σημαντική διαφορά ως προς την νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία: αφορά λιγότερο τις γυναίκες και ίσως μάλιστα παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα (Morris, 2012).

Η βασική διαφορά της επεισοδιακής υπερφαγίας από τη νευρογενή βουλιμία είναι ότι μετά το επεισόδιο, το άτομο δεν καταφεύγει σε «εξισορροπητικές» μεθόδους (εμετούς, χρήση καθαρτικών, υπερβολική άσκηση). Επιπλέον το βάρος του ατόμου διαφέρει κατά πολύ στις δύο περιπτώσεις.

Η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας συνήθως ξεκινά στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή, χωρίς αυτό να αποτελεί κανόνα. Εμφανίζεται κυρίως στο γυναικείο πληθυσμό όπως και όλες οι διαταραχές διατροφής και έχει τη μεγαλύτερη επίπτωση στις δυτικές κοινωνίες όπως Αμερική, Καναδάς και Δυτική Ευρώπη (Grillo et al, 2013).

Η διαταραχή υπερφαγίας, όπως και οι υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές είναι φορτίο που μεταφέρουμε για πολλά χρόνια, ακριβώς επειδή δεν γνωρίζουμε τι ακριβώς τις προκαλεί αλλά και πώς να τις αντιμετωπίσουμε τόσο σε πρακτικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να έχουμε έκπτωση της ποιότητας ζωής μας (Fairburn, 2003).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι διαταραχές της διατροφής είναι μία ασθένεια που συνδέει τη σωματική με την ψυχική διάσταση της υγείας. Η δυσαρμονική σχέση ενός ατόμου με τον εαυτό του, η οποία μπορεί να έχει τις ρίζες της σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό πλαίσιο ή σε ένα απαιτητικό και ανταγωνιστικό κοινωνικό περιβάλλον, βρίσκει τρόπο να εκδηλωθεί μέσα από τη σχέση του ατόμου με το φαγητό. Η εφηβεία αποτελεί ένα εξελικτικό στάδιο όπου ο κυρίαρχος αναπτυξιακός στόχος είναι η διαμόρφωση εικόνας του σωματικού εαυτού.

6.3. Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι μια δια βίου ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από επεισόδια κατάθλιψης και μανίας ή υπομανίας διανθισμένη από περιόδους ευθυμίας (Phillips & Kupfer, 2013). Η έρευνα σχετικά με την επιδημιολογία είναι κρίσιμης σημασίας για την κατανόηση των διπολικών διαταραχών για διάφορους λόγους. Πρώτον, σε κοινωνικό επίπεδο, ο σχεδιασμός της υγειονομικής περίθαλψης επικουρείται από την αξιολόγηση του μεγέθους του φορτίου της νόσου στον πληθυσμό. Η διπολική διαταραχή είναι μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων υγείας του κόσμου για δύο λόγους: είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στο γενικό πληθυσμό, και μπορεί να προκαλέσει σημαντική απώλεια της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής του ατόμου που επηρεάζεται. Περαιτέρω, η διπολική διαταραχή όπως και οι άλλες διαταραχές της διάθεσης, συμβάλλουν σε φτωχότερα θετικά αποτελέσματα των συνυπαρχουσών ψυχικών ή/και σωματικών παθήσεων. Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα οικονομικά μέτρα που λαμβάνονται για ζητήματα υγείας βάσει κλινικής σοβαρότητας, έχει υπολογιστεί ότι η κατάθλιψη θα αποτελέσει το μεγαλύτερο ιατρικό φορτίο από οποιαδήποτε ασθένεια μέχρι το έτος 2020 (Jacobi et al, 2005). Το κόστος για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας προϋποθέτει υψηλή χρήση των κρατικών πόρων (Bryant-Comstock et al., 2002). Μια πρόσφατη μελέτη για την χρήση των πόρων στη Σουηδία, υπολογίζει ότι το μέσο κόστος ανέρχεται σε 28.011 ευρώ ετησίως ανά ασθενή (Ekman et al., 2013).

Η ΔΔ αποτελεί την έκτη αιτία ανικανότητας παγκοσμίως, παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτιολογία και παθοφυσιολογία της παραμένει άγνωστη (Mahon et al, 2010). Πλήττει με την ίδια συχνότητα άνδρες και γυναίκες και η συχνότητα εμφάνισης της υπολογίζεται σε 1,3-1,6%, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη των

Merikangas et al (2011) η παγκόσμια επικράτηση της ΔΔ υπολογίζεται ότι είναι περίπου 1 – 3%. Η επικράτηση της διπολικής διαταραχής σε ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρεται ότι είναι 3,9% (Jann, 2014).

Συνήθως πρωτοεμφανίζεται στην τελευταία φάση της εφηβείας ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, ενώ η πρώτη έναρξη της υπολογίζεται στην ηλικία των 10 ετών (Tsai et al, 2011).

Σε κλινικό πληθυσμό ο επιπολασμός της ΔΔ σε νεαρούς Αμερικανούς έχει αναφερθεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6% και 15%. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας και τη χρονιότητα της πάθησης, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία διπολικών παιδιών και εφήβων είναι ζωτικής σημασίας (Diler, 2012).

Τα ποσοστά των διαταραχών του διπολικού φάσματος στους εφήβους, δείχνουν ότι η ασθένεια είναι εξίσου συχνή όπως στους ενήλικες. Ωστόσο, μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη στις ΗΠΑ ανέφερε κάπως υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης διπολικών διαταραχών στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες εφήβους (3,3% έναντι 2,6%, αντίστοιχα) με αύξηση των ποσοστών της διαταραχής σε μεγαλύτερες ηλικίες (Merikangas et al, 2012). Η μετα-ανάλυση σχετικών διεθνών μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διπολική διαταραχή μπορεί να ξεκινά ακόμη και στην παιδική ηλικία, αλλά η επικράτηση της είναι κατά πολύ υψηλότερη στην εφηβική φάση (Van Meter et al, 2011).

Η επικράτηση της διπολικής διαταραχής είναι παρόμοια σε άνδρες και γυναίκες, αλλά η κλινική παρουσίαση και η θεραπεία που λαμβάνουν μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων. Οι γυναίκες ασθενείς αντιμετωπίζουν τη νόσο πιο συχνά με αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά και ψυχοθεραπεία, σε σύγκριση με τους άνδρες πάσχοντες (Lima et al, 2016).

Η διπολική διαταραχή συνήθως συνυπάρχει με διαταραχές άγχους (Goes et al 2012). Περίπου το 74,9% των ατόμων με ΔΔ πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για εμφάνιση αγχώδους διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η συνοσηρότητα μεταξύ διπολικών και αγχωδών διαταραχών σχετίζεται με παρόξυνση και παρατεταμένη διάρκεια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται συνοσηρότητα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία, διαταραχές οι οποίες έχουν συσχετιστεί πιο συχνά με αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (Saunders, 2014). Επιπλέον,

άτομα με διπολική διαταραχή και συννοσηρότητα πανικού-αγοραφοβίας, έχει βρεθεί ότι βιώνουν αυξημένα επεισόδια υπομανίας (Akiskal et al., 2006).

6.4. Διαταραχές ύπνου

Ο ύπνος είναι μια σύνθετη νευρολογική κατάσταση, ενώ η κύρια λειτουργία του είναι να προσφέρει ξεκούραση και αποκατάσταση των επιπέδων ενέργειας του σώματος. Η σημασία του ύπνου θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή από το γεγονός ότι οι άνθρωποι ξοδεύουν περίπου το ένα τρίτο της διάρκειας ζωής τους στον ύπνο. Ο ύπνος είναι μια περιοδική κατάσταση ηρεμίας, κατά την οποία το άτομο έχει κλειστά μάτια, ενώ σημειώνεται προσωρινή μεταβολή της συνείδησης του εξωτερικού κόσμου με επακόλουθη μείωση της μυϊκής δραστηριότητας, του μεταβολισμού, της αναπνοής και της ανταπόκρισης σε ερεθίσματα (Iber et al, 2007).

Η ποσότητα του ύπνου που απαιτείται για κάθε άτομο είναι συνήθως σταθερή, αν και υπάρχει μια ευρεία διακύμανση μεταξύ των ατόμων. Η στέρηση του ύπνου οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η στέρησή του και οι γενικότερες διαταραχές του τείνουν να γίνουν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του σύγχρονου ανθρώπου. Πολλά είναι τα προβλήματα που προκαλούνται στο καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό και το νευρικό σύστημα, στη μνήμη και τη μάθηση αλλά ακόμη στο ψυχικό κόσμο, τη συμπεριφορά και το συναίσθημα του ατόμου. Ο ύπνος αποτελείται από ένα ρυθμικό συνδυασμό (κιρκαδικό) των αλλαγών που συμβαίνουν στις φυσιολογικές, βιοχημικές και ψυχολογικές διεργασίες. Όταν ο κιρκαδικός ρυθμός διαταράσσεται ή όταν οι επιμέρους διεργασίες παρουσιάζουν ανωμαλίες κατά τη διάρκεια του ύπνου, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία διαταραχών (McCubbin et al, 2012).

Οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν συχνό και σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία, καθώς έχουν δυσμενή επίπτωση στη δημόσια υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει από κάποια εξ' αυτών. Επιπλέον, συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων και μειωμένη παραγωγικότητα. Οι διαταραχές ύπνου, όταν είναι συχνές, επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου και την ποσότητά του, ενώ οδηγούν και σε αυξημένη νοσηρότητα. Ασθενείς με διαταραχές του ύπνου μπορεί να χαρακτηριστούν εκείνοι που δεν μπορούν να κοιμηθούν εύκολα, εκείνοι που δεν θα κοιμηθούν καθόλου, εκείνοι με υπερβολική υπνηλία και εκείνοι με αυξημένη κινητικότητα κατά τη διάρκεια του ύπνου (Ramar et al, 2013).

Η έλλειψη ύπνου μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ενέργεια, τη διάθεση, τη συγκέντρωση και τη γενική υγεία (Wells et al, 2012).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα μιας άλλης ιατρικής ή ψυχικής κατάσταση υγείας. Τα προβλήματα ύπνου απομακρύνονται μόλις ληφθεί η κατάλληλη θεραπεία για την υποκείμενη αιτία. Όταν οι διαταραχές του ύπνου δεν προκαλούνται από κάποια άλλη πάθηση, η θεραπεία περιλαμβάνει συνήθως ένα συνδυασμό ιατρικών θεραπειών και αλλαγών στον τρόπο ζωής (Ram et al, 2010).

Ειδικότερα σε άτομα που διανύουν την εφηβική ηλικία, οι συνηθέστερες διαταραχές ύπνου που εμφανίζονται είναι οι ακόλουθες:

6.4.1. Σύνδρομο Kleine-Levin

Το σύνδρομο Kleine-Levin (KLS) ή αλλιώς το σύνδρομο της «Ωραίας Κοιμωμένης», είναι μια σπάνια διαταραχή του ύπνου, επηρεάζει κυρίως έφηβα αγόρια στην οποία τα κύρια χαρακτηριστικά είναι διαλείπουσα υπερυπνία, συμπεριφορικές και γνωστικές διαταραχές, υπερφαγία, και σε ορισμένες περιπτώσεις, υπερσεξουαλικότητα. Κάθε επεισόδιο είναι μικρής διάρκειας που κυμαίνονται από μία εβδομάδα έως 1-2 μήνες και που επηρεάζονται οι άνθρωποι είναι εντελώς ασυμπτωματικοί μεταξύ των επεισοδίων. Είναι γεγονός ότι ακόμη και αν η ασθένεια έχει σαφώς καθορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά, δεν έχουν αναγνωριστεί τα σαφή αίτια και δεν είναι διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες (Ramdurg, 2010).

6.4.2. Υπερυπνία σχετιζόμενη με ψυχική διαταραχή

Η διαταραχή αυτή συνδέεται με την ύπαρξη διαταραχών της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Tsuno et al, 2005).

6.4.3. Αϋπνία

Η αϋπνία και οι διαταραχές διάθεσης μοιράζονται μια αμφίδρομη σχέση. Σε μια μελέτη πληθυσμού με βάση με τη συμμετοχή περίπου 8000 άτομων, 40% των ατόμων με αϋπνία είχε μια ψυχιατρική διαταραχή. Δυσκολίες με την έναρξη του ύπνου στα εφηβικά έτη, συνδέονται με κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Η αϋπνία θεωρείται ένας προδιαθεσικός παράγοντας για εκδήλωση

ψυχιατρικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και του άγχους. Εκτιμάται ότι το 15%-20% από άτομα με αϋπνία θα έχουν μείζονα κατάθλιψη (Ohayon et al, 2003).

Επιπλέον, η αϋπνία έχει αποδειχθεί να συνδέεται με την υπερδιέγερση, συμπεριλαμβανομένης και της ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, τη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (Parthasarathy et al, 2015).

6.4.4. Σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου

Πρόκειται για μια πολύ συχνή διαταραχή του ύπνου στη σημερινή πολυάσχολη κοινωνία. Πολύ απλά, ο σύγχρονος τρόπος ζωής εφήβων και έχει ως αποτέλεσμα ο άνθρωπος να μην κοιμάται αρκετά, ώστε να καλύψει τις φυσικές και ψυχολογικές του ανάγκες. Τα κριτήρια που πρέπει να πληροί κάποιος για να ενταχθεί σε αυτή τη διαταραχή, πρέπει να αποκλείουν όλα τα παραπάνω αίτια (Ford et al, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στα αναπτυξιακά προβλήματα

Ο νοσηλευτής, καθώς και οι επαγγελματίες παιδικής υγείας δύνανται να υποστηρίξουν μια ποιοτική πρώιμη εκπαίδευση και παιδική μέριμνα μέσω (McInerny et al., 2014):

- Ερωτήσεων και παροχής συμβουλών στις οικογένειες σχετικά με τη μη γονική εκπαίδευση και τους διακανονισμούς μέριμνας.
- Παροχής τηλεφωνικών συμβουλών και γραπτών οδηγιών στους χορηγούς μέριμνας σχετικά με τους ασθενείς που χρήζουν ειδικών αναγκών φροντίδας της υγείας τους.
- Προάσπιση της κοινωνικής πολιτικής η οποία υποστηρίζει την ποιότητα της πρώιμης εκπαίδευσης και της παιδικής μέριμνας και την αυξημένη πρόσβαση σε όλα τα νεαρά παιδιά που έχουν ανάγκη για τέτοια προγράμματα.
- Τα συναισθήματα των γονέων σχετικά με τις επιλογές για τη γονική μέριμνα.
- Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι περίπλοκος, εξελισσόμενος και καθοδηγείται και κατευθύνεται από τις προόδους στην υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές αλλαγές. Οι σχολικοί νοσηλευτές λειτουργούν ως σύνδεσμος μεταξύ σχολείου, σπιτιού και ιατρικής κοινότητας όσον αφορά την ανησυχία για παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του παιδιού να μάθει (McInerny et al., 2014).

7.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση προβλημάτων του πρόωρου βρέφους

Η σημασία της σωστής νοσηλευτικής παρέμβασης στην ορθή αντιμετώπιση του προβληματικού νεογνού κρίνεται σημαντική. Ο ρόλος του νοσηλευτή συνίσταται:

- Στην αντιμετώπιση καθαρά νοσηλευτικών προβλημάτων.

- Στη βοήθεια που προσφέρει για την ανάπτυξη σωστής σχέσης μητέρας - παιδιού.
- Στη ψυχολογική υποστήριξη γονιών που το παιδί τους νοσηλεύεται στην εντατική μονάδα.

Η προωρότητα και οι επιπλοκές γενικά θεωρούνται ως ο κυριότερος παράγοντας που επιδρά στη νεογνική θνησιμότητα. Η συχνότητα των νεογνικών επιπλοκών είναι πολύ αυξημένη σε αυτή την ομάδα και συχνά παρατηρούνται και άλλοι παράγοντες υψηλού κινδύνου σε συνδιασμό με τη προωρότητα. Ο Νοσηλευτής της μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών απαιτείται να έχει γνώση της φυσιολογίας και των χαρακτηριστικών των πρόωρων νεογνών, γνώση της λειτουργίας και του χειρισμού μεγάλου αριθμού μηχανημάτων και συσκευών, ικανότητα αναγνώρισης πολύ ευαίσθητων μεταβολών στη συμπεριφορά των πρόωρων νεογνών και ικανότητα επιτυχημένων χειρισμών στο κατάλληλο χρόνο (Daniels et al, 2012).

7.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση παιδιών με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια ευρεία και ολιστική προσέγγιση η οποία ασχολείται όχι μόνο με το σώμα του ασθενή αλλά και με την ψυχή του (Αθανάτου, 2007).. Ο νοσηλευτής παρέχει την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη τόσο στο αυτιστικό άτομο όσο και στην οικογένειά του και τους βοηθά να διαχειριστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της διαταραχής. Κατά τη νοσηλευτική προσέγγιση ατόμου που εμπίπτει στο φάσμα των ΔΑΦ, ο νοσηλευτής διέρχεται τα ακόλουθα στάδια:

Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (Νοσηλευτική αξιολόγηση)

Κατά τη διαδικασία αυτή ο νοσηλευτής προσπαθεί να συλλέξει και να καταγράψει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την σωματική, ψυχολογική, διανοητική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Οι πληροφορίες συλλέγονται με τη χρήση των τεχνικών της παρατήρησης και της συνέντευξης. Η παρατήρηση συνίσταται στην ενδελεχή και προσεκτική

παρακολούθηση του ατόμου αλλά και του χώρου μέσα στον οποίο ζει (Johnson & Myers, 2007).

Νοσηλευτική διάγνωση

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν κατά την εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου με αυτισμό, στη συνέχεια μελετώνται προσεκτικά, αναλύονται και συσχετίζονται ώστε να εντοπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο αλλά και οι οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του που θα πρέπει να καλυφθούν μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων. Η διαδικασία αυτή μέσα από την οποία διατυπώνονται τα προβλήματα και οι ανάγκες του αυτιστικού ατόμου μαζί με την αιτιολογία και τα δεδομένα που υποστηρίζουν την ύπαρξή τους είναι το δεύτερο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας, η νοσηλευτική διάγνωση (Giarelli & Gardner, 2012).

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Κάθε πρόγραμμα απαιτεί εξατομίκευση, σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή, ενώ τίθενται υλοποιήσιμοι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι σύμφωνα με τους οποίους ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση :

- Να επικοινωνεί με τον κατάλληλο κοινωνικά τρόπο (σωματικό, λεκτικό, μη λεκτικό) είτε με τουλάχιστον ένα από τα άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του.
- Να επιδεικνύει εμπιστοσύνη μέσω της κατάλληλης έκφρασης του προσώπου και της βλεμματικής επαφής, σε τουλάχιστον ένα από τα άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του.
- Να είναι σε θέση να επικοινωνεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες του με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνεται κατανοητό από τουλάχιστον ένα από τα άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του.
- Να παρουσιάζει συμπεριφορές οι οποίες θα καταδεικνύουν ότι έχει αρχίσει τη διαδικασία με την οποία θα προσπαθήσει να ξεφύγει από το κλείσιμο στον εαυτό του.
- Να μην εμφανίζει ή να εμφανίζει στον ελάχιστο δυνατό βαθμό αυτοκαταστροφικές τάσεις που μπορεί να προκαλέσουν πρόβλημα στη σωματική του ακεραιότητα (Townsend, 2011).

Εφαρμογή νοσηλευτικού προγράμματος

Στην περίπτωση του αυτισμού, η εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων δε θα πρέπει να καθυστερεί αλλά να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη ζωή του ατόμου, ακόμα και από τη βρεφική ηλικία, διότι μπορεί να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα στους τομείς της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας, της αυτοεξυπηρέτησης και της μάθησης διαφόρων δεξιοτήτων. Εξαιτίας των διαφορών που παρατηρούνται στο εύρος και την ένταση των διαταραχών που εμφανίζει το κάθε άτομο, εφαρμόζονται διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης. Οι παρεμβάσεις αυτές εστιάζουν κυρίως την προσοχή τους στη διατήρηση της λειτουργικότητας του ατόμου και στην προαγωγή της υγείας και της ασφάλειάς του, καθώς δεν υπάρχει μέχρι στιγμής κάποια θεραπεία που να αντιμετωπίζει ολοκληρωτικά τον αυτισμό. Επίσης περιλαμβάνουν τη διδασκαλία και την εκπαίδευση όχι μόνο του αυτιστικού ατόμου αλλά και της οικογένειάς του (Hoffman , 2009).

Η ανάπτυξη μίας πολύ καλής σχέσης του νοσηλευτή με το αυτιστικό άτομο θεωρείται απαραίτητη, ώστε να είναι σε θέση να προβλέπει και να εκπληρώνει τις ανάγκες του ατόμου μέχρις ότου αρχίσει να υπάρχει πραγματική επικοινωνία. Η πρόβλεψη των αναγκών του ατόμου είναι πολύ σημαντική καθώς βοηθάει στο να μειωθεί ο κίνδυνος της εμφάνισης συναισθημάτων ματαίωσης στο άτομο, όσο αυτό διδάσκεται και κατακτά διάφορες επικοινωνιακές δεξιότητες. Επιπλέον, η δόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μερών, βοηθά στη συμμόρφωση του ασθενή για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής (Townsend, 2011).

Αξιολόγηση αποτελέσματος

Μέσα από την αξιολόγηση όλης της νοσηλευτικής φροντίδας που παρασχέθηκε στο άτομο με αυτισμό, θα διαπιστωθεί αν τελικά οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και ενέργειες που επιλέχθηκαν ήταν αποτελεσματικές στην επίτευξη των αντικειμενικών στόχων που είχαν τεθεί (Giarelli , 2012) Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στον επανέλεγχο της νοσηλευτικής διάγνωσης, των αντικειμενικών στόχων και του εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας που είχε καταρτιστεί για το αυτιστικό άτομο. Η διαδικασία αυτή απαιτείται να γίνεται με αντικειμενικό τρόπο και σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτού του ελέγχου να τροποποιηθούν ανάλογα και τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά της (Townsend, 2011). Στην περίπτωση του αυτισμού, μία θετική έκβαση της

αξιολόγησης σημαίνει πως παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στη συμπεριφορά του ατόμου.

7.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών για την επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονται στις εκάστοτε καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου, ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας, η εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος η αξιολόγηση της φροντίδας. Κατά την αξιολόγηση δε πρέπει να ξεχνάμε ότι η πάθηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε σωματικούς παράγοντες.

Το πλήρες ιστορικό και οι κατάλληλες εξετάσεις μας εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες προκειμένου να αποκλεισθεί η πιθανότητα να έχει φυσιολογική βάση η μείωση του βάρους. Στην νοσηλευτική αξιολόγηση εξετάζουμε τα σημεία και συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής. Ο νοσηλευτής παρατηρεί τα υποκειμενικά αλλά και τα αντικειμενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πάσχοντες, όπως π.χ διακοπή της έμμηνης ρύσης. Γίνεται αξιολόγηση των προτύπων διατροφής, πόσο τρώει, ποιες τροφές καταναλώνει και φυσικά το επίπεδο δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης. Τέλος, πραγματοποιείται από το νοσηλευτή και εκτίμηση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Μόλις ολοκληρωθεί η αξιολόγηση των αναγκών ορίζεται η νοσηλευτική διάγνωση η οποία κινείται σε τρεις άξονες: την ιατρονοσηλευτική παρέμβαση, την διαιτητική παρέμβαση και την αποκατάσταση των οικογενειακών δεσμών μεταξύ του πάσχοντος και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (Σπανού, Καζάνη & Τριπόδης, 2008).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αποφύγει να συνωμοτήσει με τον ασθενή στις απόπειρες του τελευταίου να υποβαθμίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει να του αφήνει και τα αναγκαία περιθώρια ανεξαρτησίας για να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία. Η αντιμετώπιση τέτοιων διλημμάτων είναι συχνά μια πρόκληση και απαιτεί μια ενεργό προσέγγιση από την πλευρά του νοσηλευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι δυνατό να διατηρηθεί η συμμαχία

ενώ υπάρχει σεβασμός των προκαθορισμένων ορίων και αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή (Toledo, Ramos & Wopereis, 2011).

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται στην ψυχογενή ανορεξία περιλαμβάνει χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, συχνό πρωινό ζύγισμα, συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού. Επίσης, περιλαμβάνει αποτροπή των προκλητών εμετών ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή υπερκινητικότητας και του άγχους του ασθενούς με ηρεμιστικά-αγχολυτικά (Mehler & Brown, 2015).

Οι περισσότεροι ασθενείς, που πάσχουν από μη επιλεγμένη Νευρογενή Βουλιμία, δε χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και μπορούν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. Γενικότερα, οι βουλιμικοί ασθενείς σπάνια νοσηλεύονται και αυτό συμβαίνει κυρίως όταν η εναλλαγή των κύκλων διατροφικού περιορισμού – υπερφαγίας – αντιρροπιστικών συμπεριφορών έχει οδηγήσει το άτομο στην εκδήλωση Νευρογενούς Ανορεξίας (Τριπόδης, 2008).

Η θεραπευτική προσέγγιση αποτελείται από ένα συνδυασμό θεραπειών συμπεριφοράς και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Ο στόχος της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι να αποκατασταθεί ο φυσιολογικός τρόπος λήψης τροφής. Με τη συστηματική υποστήριξη από ειδικούς και τα άτομα του κοντινού περιβάλλοντος καθώς και με την εξατομίκευση και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, είναι εφικτό μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα να υπάρξει πλήρης διαλεύκανση και κατανόηση των αιτιών του προβλήματος από το ίδιο το άτομο, αποκατάσταση της γενικότερης κατάστασής του και κατ' επέκταση στην πλήρη αντιμετώπιση του προβλήματος. Είναι απαραίτητη η συμμετοχή του βουλιμικού ασθενούς στη θεραπεία, προκειμένου να επιτευχθεί ένα θετικό αποτέλεσμα (Golan, 2013).

Επιπλέον, είναι γνωστό πως οι ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν διαταραγμένες κοινωνικές σχέσεις που οφείλονται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας καλούνται να ενθαρρύνουν τον πάσχοντα να εκφράσει τις ανάγκες του και τα αισθήματά του προς την οικογένειά του, όπως και της οικογενείας προς τον πάσχοντα. Η ομάδα προσπαθεί να διατηρήσει ένα ήρεμο κλίμα και να παρέμβει σε τυχόν εντάσεις (Hart et al, 2015).

7.5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση διαταραχών του ύπνου

Ο νοσηλευτής προσεγγίζει με ηρεμία και σιγουριά τον ασθενή, ώστε να του προσδώσει ασφάλεια. Σέβεται το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας, ενώ ενημερώνει και διασφαλίζει τη λήψη συγκατάθεσης για οποιαδήποτε ενέργεια. Παρέχει πληροφόρηση στον ασθενή και την οικογένεια του σχετικά με τις επιλογές του ατόμου για την υγεία και τη φροντίδα υγείας του με τρόπο κατανοητό. Επιπλέον, χρησιμοποιεί τεχνικές επικοινωνίας για να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επιθυμητά αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν με τη θεραπευτική επικοινωνία είναι:

- Ανάπτυξη αυτογνωσίας από τον ασθενή,
- Συμμετοχή του ασθενή στην επίλυση προβλημάτων,
- Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης,
- Ανάπτυξη προσαρμοστικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του προβλήματος,
- Έκφραση και διερεύνηση συναισθημάτων (Eby & Brown , 2012).

Ακολουθεί η λήψη του ιστορικού, το οποίο προσδιορίζει:

- Τη φύση του προβλήματος
- Την αιτία του
- Σχετικά σημεία κ συμπτώματα
- Πότε ξεκίνησε κ πόσο συχνά εμφανίζεται
- Πως επηρεάζει την καθημερινή ζωή
- Τη σοβαρότητα του προβλήματος κ εάν μπορεί να αποκατασταθεί με

ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση ή πρέπει να γίνει παραπομπή σε άλλον επαγγελματία υγείας

Τον τρόπο που αντιμετωπίζει ο ασθενής το πρόβλημα κ επιτυχία τυχόν θεραπειών που έχουν χρησιμοποιηθεί. Η σωστή αξιολόγηση των παραπάνω πληροφοριών, δύνανται να οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση (Alessi & Schnelle, 2000).

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- Διατήρηση ενός κύκλου ύπνου – εγρήγορσης που θα παρέχει στον ασθενή επαρκή ενέργεια για τις εργασίες της ημέρας

- Συμπεριφορά αυτοφροντίδας με στόχο την ισορροπία μεταξύ ανάπαυσης κ δραστηριότητας

- Αναγνώριση πρακτικών χαλάρωσης από το στρες που θα επιτρέπουν στον ασθενή να κοιμηθεί καλύτερα

- Μείωση των συμπτωμάτων έλλειψης ύπνου

- Ο ασθενής να νιώθει λιγότερη κόπωση (Malcolm, 2005).

Οι ασθενείς που νιώθουν το νοσηλευτή να ενδιαφέρεται για τη γενική καλή τους κατάσταση, τόσο τη σωματική όσο κ τη ψυχική, δεν διστάζουν να συζητήσουν για την αϋπνία τους ή για την ανησυχία τους.

Περιβάλλον που προάγει την ανάπαυση κ τον ύπνο:

- Άνετο κρεβάτι

- Τεντωμένο κ καθαρό κατωσέντονο

- Το πανωσέντονο να είναι καλά στερεωμένο αλλά παράλληλα να επιτρέπει την ελευθερία κινήσεων και να μην ασκεί πίεση

- Σωστή ευθυγράμμιση του σώματος του ασθενή

- Ελαχιστοποίηση της τάσης των μυών του ασθενή

- Ήσυχος κ σκοτεινό δωμάτιο κ περιβάλλον που προστατεύει την ιδιωτικότητα του ασθενή

- Σωστή θερμοκρασία κ αερισμός δωματίου

- Ικανοποίηση κατά το δυνατό περισσότερο των επιθυμιών του ασθενή

Προαγωγή των ΠΡΟ του ύπνου συνηθειών του ασθενή:

- Προσφορά κατάλληλων μικρών γευμάτων κ αφεψημάτων προ ύπνου(οι υδατάνθρακες φαίνεται ότι προάγουν τον ύπνο)

- Προαγωγή της χαλάρωσης(τεχνικές χαλάρωσης: μαλάξεις στην πλάτη, ζεστό μπάνιο, πλύσιμο προσώπου)

- Προαγωγή της άνεσης (τεχνικές προαγωγής της άνεσης: παραμονή με ένα μοναχικό κ φοβισμένο παιδί, στρατηγική παρουσίας κ αγγίγματος, μασάζ, εφαρμογή μιας επιπλέον κουβέρτας.)

- Σεβασμός συνηθούς κύκλου Ύπνου – εγρήγορσης κ οργάνωση σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της μέρας.

- Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας για την αποφυγή άσκοπων αφυπνίσεων
- Χρήση φαρμάκων για την προαγωγή του ύπνου (μόνον όταν ενδείκνυται κ πάντα γνωρίζοντας πλήρως τους περιορισμούς)
- Διδασκαλία για την ανάπαυση κ τον ύπνο

Η νοσηλευτική φροντίδα θεωρείται αποτελεσματική αν ο ασθενής μπορεί να::

- Εκφράζει ότι νιώθει ξεκούραστος ή ότι είχε ένα ήρεμο ύπνο τη νύχτα
- Αναγνωρίζει τους παράγοντες που παρεμβαίνουν ή διαταράσσουν τον ύπνο
- Χρησιμοποιεί τεχνικές που προάγουν αποτελεσματικά τον ύπνο κ παρέχουν ήρεμο περιβάλλον
 - Αν συγκεντρώνεται κ λειτουργεί αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια των ωρών που είναι ξύπνιος
 - Αποφεύγει συμπεριφορές που σχετίζονται με την έλλειψη ύπνου
 - Αν συμμορφώνεται στη φαρμακευτική θεραπεία
 - Αν δείχνει προθυμία να εκπαιδευτεί σε μεθόδους χαλάρωσης, ώστε να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου του (Townsend-Roccichelli et al, 2010).

ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Η παρούσα ανασκόπηση της διεθνούς αρθρογραφίας στοχεύει στην αναζήτηση των σύγχρονων επιστημονικών απόψεων των ζητημάτων ψυχοκινητικής ανάπτυξης που αφορούν στον άνθρωπο από τη γέννηση ως την εφηβεία, και στην τεκμηρίωση της συχνής συσχέτισης και μεταξύ τους σύνδεσης. Επιπλέον, εξερευνά το ρόλο του νοσηλευτή στις κατά περιπτώσεις ιατρικές συνθήκες. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar.

1. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial (Gijzen et al, BMC Psychiatry, 2018).

Gijzen MWM, Creemers DHM, Rasing SPA, Smit F, Engels RCME. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2018;18:124. doi:10.1186/s12888-018-1710-2.

Background

Since 2010, suicide has been the most important cause of mortality in youth aged 15 to 29 years in the Netherlands. Depression is an important risk factor for suicidal behaviors (i.e., suicide ideation, deliberate self-harm, planning, and suicide attempts) in adolescents. Adolescents who develop depressive symptoms, are also at risk for adult depression. This developmental continuity is especially noticeable in adolescents compared to other age groups; therefore, it is necessary to develop preventive strategies for teens. This study will test a multimodal school-based approach to suicide and depression prevention, which integrates universal and targeted approaches and includes various stakeholders (schools, adolescents, parents, and mental health professionals) simultaneously.

Methods

We will perform a cluster randomized controlled trial (RCT) with an intervention and control condition to test the effectiveness of a school-based multimodal stepped-prevention program for depression and suicidal behaviors in adolescents. Adolescents in their second year of secondary education will participate in the study. The participants in the intervention condition will receive the entire multimodal stepped-preventive program comprising early screening and detection of suicidal behaviors and depressive symptoms, a safety net consisting of gatekeepers at school, followed by universal and indicated prevention. The participants in the control condition will undergo only the screening and the safety net of gatekeepers at schools. They will complete assessments at baseline, post-intervention, and 6, 12, and 24-month follow-up. Primary outcome will be suicidal behaviors measured at 12-months follow-up. Additionally, the present study will identify mechanisms that mediate and moderate the program effects and test the effect of the program on various secondary outcomes.

Discussion

If the school-based multimodal stepped-prevention program proves to be effective, it could be implemented in schools on a large scale.

Keywords: Prevention, Suicide, Depression, Adolescents, School-based, Multimodal

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Αξιολόγηση ενός πολυτροπικού σχολικού προγράμματος πρόληψης κατάθλιψης και αυτοκτονίας μεταξύ των Ολλανδών εφήβων: σχεδιασμός μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο

Από το 2010, η αυτοκτονία είναι η σημαντικότερη αιτία θνησιμότητας στους νέους ηλικίας 15 έως 29 ετών στην Ολλανδία. Η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονικές συμπεριφορές (δηλαδή ιδεασμός αυτοκτονίας, εσκεμμένος αυτοτραυματισμός, προγραμματισμός και απόπειρα αυτοκτονίας) σε εφήβους. Οι έφηβοι που αναπτύσσουν συμπτώματα κατάθλιψης διατρέχουν επίσης τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης ως ενήλικες. Αυτή η αναπτυξιακή συνέχεια είναι ιδιαίτερα αισθητή στους εφήβους σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν προληπτικές στρατηγικές για τους έφηβους. Αυτή η μελέτη θα δοκιμάσει μια πολυτροπική σχολική προσέγγιση για την πρόληψη της αυτοκτονίας και της κατάθλιψης, η οποία ενσωματώνει καθολικές και στοχοθετημένες προσεγγίσεις και περιλαμβάνει ταυτόχρονα διάφορους φορείς (σχολεία, εφήβους, γονείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας).

Μέθοδοι

Θα πραγματοποιήσουμε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) με μια παρέμβαση και έλεγχο για να ελέγξουμε την αποτελεσματικότητα ενός σχολικού πολυτροπικού προγράμματος κλινικής πρόληψης για κατάθλιψη και αυτοκτονικές συμπεριφορές σε εφήβους. Οι έφηβοι στο δεύτερο έτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θα συμμετάσχουν στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες στην κατάσταση παρέμβασης θα λάβουν ολόκληρο το πολυτροπικό, κλιμακωτό, προληπτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει έγκαιρη διαλογή και ανίχνευση συμπεριφορών αυτοκτονίας και συμπτώματα κατάθλιψης, ένα δίκτυ ασφαλείας που αποτελείται από

πύλες στο σχολείο, ακολουθούμενη από καθολική και υποδεέστερη πρόληψη. Οι συμμετέχοντες στη συνθήκη ελέγχου θα υποβληθούν μόνο στις εξετάσεις και το δίκτυ ασφαλείας των θυροτηλεφώνων στα σχολεία. Θα ολοκληρώσουν τις αξιολογήσεις κατά την έναρξη της θεραπείας, μετά την επέμβαση και την παρακολούθηση 6, 12 και 24 μηνών. Το κύριο αποτέλεσμα θα είναι αυτοκτονικές συμπεριφορές που μετρούνται με παρακολούθηση 12 μηνών. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη θα προσδιορίσει μηχανισμούς που θα μεσολαβούν και θα μετριάσουν τα αποτελέσματα του προγράμματος και θα ελέγχουν την επίδραση του προγράμματος σε διάφορα δευτερογενή αποτελέσματα.

Συζήτηση

Εάν το πολυτροπικό πρόγραμμα κλιμακωτής πρόληψης που βασίζεται στο σχολείο αποδεικνύεται αποτελεσματικό, θα μπορούσε να εφαρμοστεί στα σχολεία σε μεγάλη κλίμακα.

Λέξεις-κλειδιά: Πρόληψη, αυτοκτονία, κατάθλιψη, έφηβοι, σχολικές, πολυτροπικές.

2. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis (Das Neves et al, Annals of General Psychiatry. 2017).

Abstract

Background

Affective disorders in children and adolescents have received growing attention in the world scenario of mental health. Additionally, there has been an increasing prevalence of suicidal ideation in this population.

Objective

A systematic review with meta-analysis was conducted to demonstrate the main risk factors regarding the development of suicidal ideation in the bipolar disorder.

Methods

This is a systematic review with meta-analysis using the PRISMA protocol (<http://www.prisma-statement.org/>). This study included secondary data. Original data in mental health were collected by mapping the evidence found in the following

electronic databases: MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, and ScienceDirect in the period from 2005 to 2015.

Results

We found 1418 registrations in such databases, and 46 of them were selected to comprise this review. The result introduces a joint risk between the studies of 2.94 CI [2.29–3.78]. A significant correlation was verified between the risk factors and the suicidal ideation. The result was r (Pearson) = 0.7103 and p value <0.001.

Conclusion

Children and adolescents living with bipolar disorder are more vulnerable to suicidal ideation. These results reinforce the need of a more effective public policy directed toward this population.

Keywords: Adolescent, Bipolar disorder, Child, Mental health, Risk factors, Suicidal ideation.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Διπολική διαταραχή και αυτοκτονικός ιδεασμός σε παιδιά και εφήβους: συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση.

Περίληψη

Υπόβαθρο

Οι συναισθηματικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους έχουν λάβει αυξημένη προσοχή στο παγκόσμιο σενάριο της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, παρατηρείται αυξανόμενη επικράτηση αυτοκτονικού ιδεασμού σε αυτόν τον πληθυσμό.

Σκοπός

Μια συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση διεξήχθη για να αποδειχθούν οι κύριοι παράγοντες κινδύνου σχετικά με την ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού στη διπολική διαταραχή.

Μέθοδοι

Πρόκειται για μια συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>). Αυτή η μελέτη περιελάμβανε δευτερεύοντα δεδομένα. Τα πρωτότυπα δεδομένα για την ψυχική υγεία συγκεντρώθηκαν χαρτογραφώντας τα στοιχεία που βρέθηκαν στις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: MEDLINE

/ PubMed, LILACS, SciELO και ScienceDirect κατά την περίοδο από το 2005 έως το 2015.

Αποτελέσματα

Βρήκαμε 1418 εγγραφές σε τέτοιες βάσεις δεδομένων και 46 από αυτές επιλέχθηκαν για να περιλάβουν αυτή την ανασκόπηση. Το αποτέλεσμα εισάγει έναν κοινό κίνδυνο μεταξύ των μελετών των 2,94 CI [2,29-3,78]. Διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Το αποτέλεσμα ήταν r (Pearson) = 0.7103 και τιμή $p < 0.001$.

Συμπέρασμα

Τα παιδιά και οι έφηβοι που ζουν με διπολική διαταραχή είναι πιο ευάλωτοι σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την ανάγκη μιας πιο αποτελεσματικής δημόσιας πολιτικής που στρέφεται προς αυτόν τον πληθυσμό.

Λέξεις κλειδιά: Έφηβος, Διπολική διαταραχή, Παιδί, Ψυχική υγεία, Παράγοντες κινδύνου, Αυτοκτονικός ιδεασμός

3. Attention Deficit Hyperactivity disorder at schools in Sfax-Tunisia (Khemakhem et al. Tunis Med. 2015).

Abstract

BACKGROUND:

Frequency, social impact, the negative effects of ADHD on personal development, make it a public health problem. Tunisian existing data confirm its frequency and severity in clinical population. The absence of data in student population has led us to develop this work. The objectives of our study were to study epidemiological profile of ADHD in school population.

METHODS:

The analysis involved a cross-sectional descriptive study conducted from April 2008 to October 2008 using a representative randomized multistage sample of schoolchildren between 6 and 12 years old. Measurement was performed in two stages first the parents and teachers of each children filled Conners questionnaire separately then students with the score in subscales inattention, hyperactivity with impulsivity higher than 70 were selected for psychiatric interview. Psychiatric interview was intended to confirm or refute the diagnosis of ADHD. The diagnoses were made according to DSM IV-TR. To study the possible associated factors with

the disorder they were compared in children with ADHD and children without the disorder taken as controls.

RESULTS:

A total of 51 students out of 513 had ADHD. Prevalence was found to be 9,94%. For the study of factors associated with ADHD were found in males, neonatal hospitalization, psychiatric and family history of ADHD and the existence of a family dysfunctionment.

CONCLUSION:

Our prevalence is similar to the majority of those reported by studies conducted through the same methodology as ours. The etiology of ADHD is not unequivocal. The disorder appears to be multifactorial.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στα σχολεία στη Σφαξ-Τυνησία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η συχνότητα, ο κοινωνικός αντίκτυπος, οι αρνητικές επιπτώσεις της ΔΕΠ-Υ στην προσωπική ανάπτυξη, την καθιστούν πρόβλημα δημόσιας υγείας. Τα υφιστάμενα δεδομένα της Τυνησίας επιβεβαιώνουν τη συχνότητα και τη σοβαρότητα του κλινικού πληθυσμού. Η απουσία δεδομένων στον μαθητικό πληθυσμό μας οδήγησε στην ανάπτυξη αυτού του έργου. Στόχοι της μελέτης μας ήταν να μελετήσουμε το επιδημιολογικό προφίλ της ADHD στο σχολικό πληθυσμό.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η ανάλυση περιελάμβανε μια περιγραφική μελέτη σε εγκάρσια τομή που διεξήχθη από τον Απρίλιο του 2008 έως τον Οκτώβριο του 2008 με τη χρήση αντιπροσωπευτικού τυχαιοποιημένου πολλαπλών σταδίων δείγματος μαθητών ηλικίας 6 έως 12 ετών. Η μέτρηση διεξήχθη σε δύο στάδια πρώτα, όπου οι γονείς και οι καθηγητές κάθε παιδιού συμπλήρωναν ερωτηματολόγιο Conners χωριστά, κατόπιν οι μαθητές με βαθμολογία σε υποκλίματα χωρίς προσοχή, υπερκινητικότητα με παρορμητικότητα υψηλότερη από 70 επιλέχθηκαν για ψυχιατρική συνέντευξη. Η ψυχιατρική συνέντευξη είχε σκοπό να επιβεβαιώσει ή να αντικρούσει τη διάγνωση της ADHD. Οι διαγνώσεις έγιναν σύμφωνα με το DSM IV-TR. Για να μελετηθούν

οι πιθανοί συσχετισμένοι παράγοντες με τη διαταραχή συγκρίθηκαν σε παιδιά με ADHD και παιδιά χωρίς τη διαταραχή που λήφθηκε ως έλεγχος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Συνολικά 51 μαθητές από 513 είχαν ADHD. Η επικράτηση διαπιστώθηκε ότι ήταν 9,94%. Για τη μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ εντοπίστηκαν στους άνδρες, στη νοσοκομειακή νοσηλεία, στο ψυχιατρικό και οικογενειακό ιστορικό της ADHD και στην ύπαρξη οικογενειακής δυσλειτουργίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Ο επιπολασμός της μελέτης είναι παρόμοιος με την πλειοψηφία αυτών που αναφέρθηκαν από μελέτες που διεξήχθησαν με την ίδια μεθοδολογία με τη δική μας. Η αιτιολογία της ADHD δεν είναι ξεκάθαρη. Η διαταραχή φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική.

4. Barriers to Addressing Social Determinants of Health in Pediatric Nursing Practice: An Integrative Review (Tallon M et al. J Pediatr Nurs, 2017).

ABSTRACT

PROBLEM: Despite a substantial body of knowledge regarding the importance of the social determinants of health, recognizing and responding to the psychosocial circumstances of seriously and chronically ill children and their families is not well established in routine pediatric nursing care.

ELIGIBILITY CRITERIA: The search process focused on psychological and social determinants and care in the healthcare setting. Searches were limited to research and review publications written in the English language. The quality of evidence was graded using the National Health and Medical Research Council evidence hierarchy.

RESULTS: Thirteen publications were identified for inclusion. Healthcare providers do recognize emotional distress experienced by patients, but feel unable to address psychosocial issues due to the lack of time, a lack of confidence in their own communication skills, and the perception that patients and their families prioritize physical care over psychosocial care. For patients and their families the main issue was that the healthcare system was focused on physical care with little opportunity to talk about psychosocial concerns.

CONCLUSIONS: The greatest barrier to addressing the social determinants of health in the pediatric context is the dominance of the 'medical model' of care. Also, many healthcare providers believe that they lack the communication skills necessary to talk about psychosocial issues.

IMPLICATIONS: The way forward will be to empower nurses through the sharing of knowledge of the social determinants of health, the development of skills in relationship building and therapeutic communication, and the mentorship of compassionate family-centered care.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Εμπόδια στην αντιμετώπιση των κοινωνικών παραγόντων της υγείας στην παιδιατρική νοσηλευτική πρακτική: Ολοκληρωμένη επισκόπηση.

Περίληψη

ΠΡΟΒΛΗΜΑ: Παρά τη σημαντική γνώση σχετικά με τη σημασία των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, η αναγνώριση και η ανταπόκριση στις ψυχοκοινωνικές συνθήκες των σοβαρά και χρόνιων ασθενών και των οικογενειών τους δεν είναι καθιερωμένη στη συνήθη παιδιατρική νοσηλευτική περίθαλψη.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ: Η διαδικασία αναζήτησης εστιάστηκε στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς προσδιοριστές και φροντίδα στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Οι αναζητήσεις περιορίζονταν στην έρευνα και την αναθεώρηση δημοσιεύσεων γραμμένων στην αγγλική γλώσσα. Η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων βαθμολογήθηκε χρησιμοποιώντας την ιεραρχία των εθνικών ιατρικών και ιατρικών ερευνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντοπίστηκαν δεκατρείς δημοσιεύσεις. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, αλλά αισθάνονται ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα εξαιτίας της έλλειψης χρόνου, της έλλειψης εμπιστοσύνης στις δικές τους επικοινωνιακές δεξιότητες και της αντίληψης ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους δίνουν προτεραιότητα στη σωματική φροντίδα έναντι της ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, το κύριο ζήτημα ήταν ότι το σύστημα υγείας επικεντρώθηκε στη σωματική φροντίδα με λίγες ευκαιρίες να μιλήσει για ψυχοκοινωνικές ανησυχίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο εμπόδιο στην αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας στο παιδιατρικό πλαίσιο είναι η κυριαρχία του «ιατρικού μοντέλου» περίθαλψης. Επίσης, πολλοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πιστεύουν ότι στερούνται τις δεξιότητες επικοινωνίας που είναι απαραίτητες για να μιλήσουν για ψυχοκοινωνικά ζητήματα.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ: Ο δρόμος προς τα εμπρός θα είναι η ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού μέσω της ανταλλαγής γνώσεων για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, της ανάπτυξης δεξιοτήτων στη δημιουργία σχέσεων και της θεραπευτικής επικοινωνίας και της καθοδήγησης της παρηγορητικής φροντίδας με βάση την οικογένεια.

5. Born Too Soon: Care for the preterm baby (Lawn et al, Reproductive Health, 2015)

Abstract

As part of a supplement entitled "Born Too Soon", this paper focuses on care of the preterm newborn. An estimated 15 million babies are born preterm, and the survival gap between those born in high and low income countries is widening, with one million deaths a year due to direct complications of preterm birth, and around one million more where preterm birth is a risk factor, especially amongst those who are also growth restricted. Most premature babies (>80%) are between 32 and 37 weeks of gestation, and many die needlessly for lack of simple care. We outline a series of packages of care that build on essential care for every newborn comprising support for immediate and exclusive breastfeeding, thermal care, and hygienic cord and skin care. For babies who do not breathe at birth, rapid neonatal resuscitation is crucial. Extra care for small babies, including Kangaroo Mother Care, and feeding support, can halve mortality in babies weighing <2000 g. Case management of newborns with signs of infection, safe oxygen management and supportive care for those with respiratory complications, and care for those with significant jaundice are all critical, and are especially dependent on competent nursing care. Neonatal intensive care units in high income settings are de-intensifying care, for example increasing use of continuous positive airway pressure (CPAP) and this makes comprehensive preterm care more transferable. For health systems in low and middle income settings with increasing facility births, district hospitals are the key frontier

for improving obstetric and neonatal care, and some large scale programmes now include specific newborn care strategies. However there are still around 50 million births outside facilities, hence home visits for mothers and newborns, as well as women's groups are crucial for reaching these families, often the poorest. A fundamental challenge is improving programmatic tracking data for coverage and quality, and measuring disability-free survival. The power of parent's voices has been important in high-income countries in bringing attention to preterm newborns, but is still missing from the most affected countries.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Γεννημένος πρόωρα: Φροντίδα για την κατάσταση του πρόωρου μωρού **Περίληψη**

Αυτό το κείμενο, ως μέρος ενός ένθετου με τίτλο «Γεννημένα πολύ νωρίς», εστιάζει στη φροντίδα του πρόωρου νεογέννητου. Υπολογίζεται ότι ένας αριθμός της τάξης των 15 εκατομμυρίων μωρών γεννιούνται πρόωρα και το χάσμα επιβίωσης μεταξύ όσων γεννιούνται σε χώρες με υψηλό εισόδημα και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα μεγαλώνει σε ένα εκατομμύριο θανάτους το χρόνο εξαιτίας των άμεσων επιπλοκών της πρόωρης γέννησης και περίπου ένα εκατομμύριο ακόμη υπολογίζονται οι κυήσεις με παράγοντα κινδύνου για πρόωρη γέννα, ειδικά σε εκείνες όπου υπάρχει περιορισμός στην ανάπτυξη. Τα περισσότερα πρόωρα μωρά (>80%) κυμαίνονται στις 32 με 37 εβδομάδες κύησης και πολλά πεθαίνουν αναίτια εξαιτίας της έλλειψης βασικής φροντίδας. Στο παρόν κείμενο αναφέρουμε μία σειρά πακέτων φροντίδας που προσφέρουν την απαραίτητη περίθαλψη για κάθε νεογέννητο, όπως άμεσο και αποκλειστικό θηλασμό, θερμική φροντίδα, υγιεινή φροντίδα του λώρου και του δέρματος. Για μωρά που δεν αναπνέουν στη γέννα, η άμεση νεογνική ανάνηψη είναι κρίσιμης σημασίας. Επιπλέον φροντίδα για μικρά μωρά, όπως η μέθοδος μητρικής φροντίδας καγκουρό και η υποστήριξη στο τάισμα μπορούν να μειώσουν στο μισό τη θνησιμότητα στα μωρά που ζυγίζουν λιγότερο από δύο κιλά. Η σωστή διαχείριση νεογέννητων με σημάδια μόλυνσης, η ασφαλής παροχή οξυγόνου και η υποστηρικτική φροντίδα για όσα παρουσιάζουν αναπνευστικές επιπλοκές όπως και η φροντίδα για όσα παρουσιάζουν ίκτερο είναι όλα κριτικής σημασίας και εξαρτώνται κατά πολύ σε ικανή νοσηλευτική περίθαλψη. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών σε περιβάλλοντα με υψηλά εισοδήματα

ενισχύουν τη φροντίδα, για παράδειγμα αυξάνουν τη χρήση της συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγού και αυτό κάνει τη βασική φροντίδα του πρόωρου νεογνού περισσότερο εφαρμόσιμη. Για συστήματα υγείας σε περιβάλλοντα με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα με αυξανόμενες γεννήσεις σε κατάλληλες εγκαταστάσεις, τα συνοικιακά νοσοκομεία είναι το «κλειδί» για τη βελτίωση της γυναικολογικής και νεογνικής φροντίδας, όπως και μερικά υψηλής εμβέλειας προγράμματα που πλέον περιλαμβάνουν συγκεκριμένες στρατηγικές νεογνικής φροντίδας. Παρόλα αυτά πραγματοποιούνται περίπου 50 χιλιάδες γεννήσεις εκτός των εγκαταστάσεων, οπότε οι επισκέψεις στο σπίτι για μητέρες και νεογέννητα όπως και οι ομάδες γυναικών είναι σημαντικά βήματα για να προσεγγίσουμε τις οικογένειες αυτές, συχνά τις φτωχότερες. Μία ουσιαστική πρόκληση είναι να βελτιωθεί η συλλογή στοιχείων για κάλυψη και ποιότητα και να καταμετρηθεί η βιωσιμότητα αυτών χωρίς αναπηρία. Η δύναμη της φωνής των γονιών έχει υπάρξει πολύ σημαντική σε χώρες με υψηλό εισόδημα ώστε να τραβήξει την προσοχή στα πρόωρα μωρά, αλλά ακόμη υστερούν σε αυτό το κομμάτι οι μη αναπτυγμένες χώρες.

6. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Adolescents Born Weighing <2000 Grams (Martin et al, 2015).

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the diagnostic prevalence of autism spectrum disorders (ASDs) in a low birth weight (LBW) cohort.

METHODS: Participants belonged to a regional birth cohort of infants (N =1105) born weighing <2000 g between October 1, 1984, and July 3, 1989, and followed up by periodic assessments to 21 years of age. At 16 years (n =623), adolescents were screened for ASD using a wide net (previous professional diagnosis of an ASD or a score above a liberal cutoff on the Social Communication Questionnaire or the Autism Spectrum Symptoms Questionnaire). At 21 years (n = 189), 60% of screen positives and 24% of screen negatives were assessed for diagnoses of ASD by the Autism Diagnostic Observation Schedule or the Autism Diagnostic Interview–Revised.

RESULTS: Samples retained at ages 16 and 21 years were representative of samples assessed at earlier ages except for lower levels of social risk. Of positive screens, 11 of 70 had ASD; of negative screens, 3 of 119 had ASD. The fractions of

the 2 screening groups with ASD (14.3% in screen-positives and 2.5% in screen negatives) were weighted by fractions of screen-positives and screen-negatives among the adolescents (18.8% and 81.2%, respectively). This calculation produced an estimated prevalence rate of ASD in the entire cohort of 5% (31 of 623).

CONCLUSIONS: The diagnostic prevalence of ASD in this LBW preterm cohort was higher than that reported by the Centers for Disease Control and Prevention for 8-year-olds in the general US population in 2006.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο επιπολασμός της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος σε εφήβους που γεννήθηκαν με βάρος <2000 γραμμάρια

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΣ:

Να υπολογιστεί ο διαγνωστικός επιπολασμός των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος σε μια ομάδα ατόμων με χαμηλό βάρος γέννησης.

ΜΕΘΟΔΟΣ:

Οι συμμετέχοντες ανήκαν σε μια περιφερειακή ομάδα βρεφών (N = 1105), με βάρος γέννησης περιόδων αξιολογήσεων μέχρι την ηλικία των 21 ετών. Στα 16 τους έτη (n = 623), οι έφηβοι εξετάστηκαν για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος με τη χρήση ενός ευρέους δικτύου (προηγούμενη διάγνωση για διαταραχή του αυτιστικού φάσματος από κάποιον ειδικό ή βαθμολογία πάνω από το όριο στο Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Επικοινωνίας ή στο Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων του Αυτιστικού Φάσματος). Στα 21 τους έτη (n=189), το 60% των ατόμων που αξιολογήθηκαν ως θετικοί για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος και το 24% όσων αξιολογήθηκαν ως αρνητικοί προχώρησαν σε περαιτέρω διάγνωση μέσω της χρήσης του Προγράμματος Διαγνωστικής Παρατήρησης του Αυτισμού και της αναθεωρημένης έκδοσης της Διαγνωστικής Συνέντευξης του Αυτισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα δείγματα που πάρθηκαν στις ηλικίες των 16 και 21 ετών ήταν αντιπροσωπευτικά των δειγμάτων που αξιολογήθηκαν σε νεαρότερες ηλικίες εκτός από τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικού κινδύνου. Από τα άτομα που εκτιμήθηκαν ως θετικά για την ύπαρξη κάποιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος 11 στα 70 είχαν όντως κάποια διαταραχή του αυτιστικού φάσματος, ενώ από αυτά που

εκτιμήθηκαν αρνητικά μόνο 3 στα 119 είχαν τελικά τέτοιου είδους διαταραχή. Τα ποσοστά των 2 ομάδων που εκτιμήθηκαν με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος (14.3% στις θετικές εκτιμήσεις και 2.5% στις αρνητικές εκτιμήσεις) σταθμίστηκαν με τα αντίστοιχα ποσοστά μεταξύ των εφήβων (18,8% και 81,2%, αντίστοιχα). Από τον υπολογισμό αυτό προέκυψε ο εκτιμώμενος ρυθμός επιπολασμού των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος σε ολόκληρη την ομάδα που κυμαίνεται στο 5% (31 από 623).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Ο διαγνωστικός επιπολασμός των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος σε αυτήν την ομάδα ατόμων με χαμηλό βάρος γέννησης ήταν υψηλότερος από αυτόν που αναφέρθηκε, από τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης, για τα 8χρονα παιδιά στο γενικό αμερικανικό πληθυσμό κατά το 2006.

7. Physical Education Issues for Students With Autism School Nurse Challenges (Rutkowski & Brimer, The Journal of School Nursing 2015).

Abstract

Extant studies indicate persons with autism have difficulties in social interaction, verbal and nonverbal communication, repetitive behaviors, and poor ability to generalize learned skills. Obesity has also been identified as significantly affecting children with autism spectrum disorders (ASD). Negative experience in physical education (PE) may be the antecedent behavior to lack of activities that are mediators to sedentary lifestyles and contributors to the chronic illnesses associated with overweight and obesity. Students with ASD often cannot perform required activities to meet required PE standards. It is imperative school nurses be aware of the many challenges students with ASD bring into a PE class. School nurses provide education for the members of the school community, including the Individualized Education Plan team, regarding the need for attention to limitations, including physical activity, of students with ASD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με αυτισμό έχουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, έχουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και δεν έχουν αρκετές δυνατότητες όσον αφορά τις δεξιότητες. Η παχυσαρκία επηρεάζει επίσης τα παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Αρνητική εμπειρία στη φυσική αγωγή μπορεί να είναι η πρότερη συμπεριφορά για την έλλειψη δραστηριότητας, που είναι μεσολαβητές της καθιστικής ζωής και χρηματοδότες των χρόνιων ασθενειών που συνδέονται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Οι μαθητές με αυτισμό, συχνά δεν μπορούν να εκτελέσουν δραστηριότητες για να ανταποκρίνονται στα απαιτούμενα πρότυπα φυσικής αγωγής. Είναι επιτακτική ανάγκη, οι νοσηλευτές στο σχολείο να είναι ενήμεροι γι' αυτές τις προκλήσεις σε φοιτητές με αυτισμό ώστε να φέρει σε μια τάξη τη φυσική αγωγή. Έτσι λοιπόν οι σχολικοί νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση στα μέλη της σχολικής κοινότητας, συμπεριλαμβανομένου και ενός προγράμματος για τη φυσική δραστηριότητα

8. School Nurses' Knowledge of Autism Spectrum Disorders (Strunk, 2015).

Abstract

The purpose of this study was to determine school nurses' working knowledge of autism spectrum disorders (ASDs). The current knowledge of school nurses was investigated by means of a mixed-method exploratory descriptive pilot study. Instrumentation included a scale that measured the knowledge of school nurses in regard to ASD, including medication usage and side effects, communication skills, safety issues, collaboration skills, and community resources. Survey results indicated that the majority of school nurses are knowledgeable about ASD, including symptomology and related medications. Results also suggested that school nurses are not as knowledgeable concerning communication skills, behavioral therapies, and safety issues. This study confirms a need for school nurses to enhance their knowledge of ASD, to familiarize themselves with the policy and health care networks that they collaborate with, and to communicate effectively with students, parents, educators, and community members in dealing with ASD

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι γνώσεις των σχολικών νοσηλευτών σχετικά με τη διαταραχή του αυτισμού. Χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα μέτρησης γνώσεων των νοσηλευτών του σχολείου σε σχέση με τον αυτισμό, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των φαρμάκων και των παρενεργειών τους, τις δεξιότητες επικοινωνίας, θέματα ασφαλείας, δεξιότητες συνεργασίας και κοινοτικούς πόρους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των σχολικών νοσηλευτών είναι γνώστες αυτής της διαταραχής αλλά και των συμπτωμάτων και των σχετικών φαρμάκων αυτής. Επίσης, φαίνεται να μην υπήρχε γνώση σχετικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας, τις συμπεριφορικές θεραπείες καθώς και θέματα ασφαλείας. Αυτή η μελέτη, επιβεβαιώνει την ανάγκη για σχολικούς νοσηλευτές αλλά και την διεύρυνση των γνώσεων τους πάνω στην αυτιστική διαταραχή, πρέπει να εξοικειωθούν με την πολιτική και την φροντίδα της υγείας των δικτύων που συνεργάζονται καθώς και να μάθουν να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους μαθητές, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τα μέλη της κοινότητας στην αντιμετώπιση του αυτισμού

9. What do nurses think they are doing in pre-school autism assessment? (Halpin, Journal of Autism and Developmental Disorders, 2016).

Abstract

This study reports on the perspective of all the specialist nurses in community paediatric teams in one NHS trust on their role in pre-school autism assessment. Kim's critical reflective inquiry research method Kim was adapted through the inclusion of the researcher as a participant. Participants reflected on the nursing beliefs and values they hold in common, and on their actions in practice. The study found that the beliefs and values held by these nurses, and their intention to offer holistic nursing delivered through a professional relationship of care, correlated with the kind of care that parents have said families need, and make a unique contribution to team assessment.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Η μελέτη αυτή αναφέρει την προοπτική όλων των ειδικευμένων νοσηλευτών στις κοινοτικές παιδιατρικές ομάδες σε ένα NHS Trust για το ρόλο τους στην αξιολόγηση του αυτισμού προσχολικής ηλικίας. Κρίσιμη ερευνητική μέθοδος είναι στοχαστική έρευνα της Kim η οποία προσαρμόστηκε μέσω του συνυπολογισμού του ερευνητή ως συμμετέχων. Οι συμμετέχοντες απεικονίζουν τις νοσηλευτικές πεποιθήσεις και αξίες περιποίησης, κρατούν από κοινού, και τις ενέργειές τους στην πράξη. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι πεποιθήσεις και οι αξίες που κατέχονται από αυτούς τους νοσηλευτές, αλλά και την πρόθεσή τους να προσφέρουν ολιστική νοσηλευτική φροντίδα παραδίδεται μέσω μιας επαγγελματικής σχέσης της φροντίδας, η οποία συσχετίζεται με το είδος της φροντίδας που οι γονείς έχουν πει ότι οι οικογένειες χρειάζονται, και να κάνουν μια μοναδική συνεισφορά στην ομάδα αξιολόγησης.

10. Sleep and Obesity in Children and Adolescents (Hart et al, 2015).

Abstract

The purpose of the present review is to provide a comprehensive update of current epidemiological studies that have assessed the association between sleep and obesity risk. Data from 29 studies conducted in 16 countries suggest that short sleep is associated with an increased risk for being or becoming overweight/obese or having increased body fat. Late bedtimes were also found to be a risk factor for overweight/obesity. Findings also suggest that changes in eating pathways may lead to increased body fat. Future experimental studies are needed to enhance our understanding of the underlying mechanisms through which sleep may play a role in the development and maintenance of childhood obesity.

Results

Taken together, study findings suggest that sleep length is associated with obesity risk. Findings also point towards changes in eating pathways that may lead to increased accumulation of adipose tissue as a potential mediator of this association. However, more research is needed to establish shortened sleep duration as a true risk factor that can be targeted in pediatric weight control interventions. Although it may

not yet be prudent to prescribe changes in sleep to prevent obesity at a population level, there is ample, accumulated data, which strongly argues for systematically evaluating the potential role that enhancing sleep may have in combating the current obesity epidemic. Findings regarding inconsistencies across gender are less clear since some studies found significant results in males rather than females and others found contrary results. Some of these gender differences may be due to an interaction of child gender with child age, ethnicity and/or race and pubertal status.

Keywords: sleep, obesity, adiposity, eating behaviors, activity behaviors.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Συσχέτιση ύπνου και παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να παράσχει μια συνολική ενημέρωση των σημερινών επιδημιολογικών μελετών που έχουν αξιολογήσει τη σχέση επικινδυνότητας μεταξύ ύπνου και παχυσαρκίας. Δεδομένα από 29 μελέτες που διεξήχθησαν σε 16 χώρες υποδηλώνουν ότι ο σύντομος ύπνος συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα να γίνει ένα παιδί υπέρβαρο / παχύσαρκο ή με τον κίνδυνο εμφάνισης αυξημένου σωματικού λίπους. Η τοποθέτηση των ωρών ύπνου αργά τη νύχτα βρέθηκε να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το υπερβολικό βάρος / την παχυσαρκία. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι οι αλλαγές στις οδούς διατροφής μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο σωματικό λίπος. Απαιτούνται μελλοντικές πειραματικές μελέτες για την ενίσχυση της κατανόησης των υποκείμενων μηχανισμών μέσω των οποίων ο ύπνος μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της παιδικής παχυσαρκίας.

Αποτελέσματα

Συνολικά, τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν ότι η διάρκεια του ύπνου συνδέεται με τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης αλλαγές στις διατροφικές οδούς που μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη συσσώρευση λιπώδους ιστού ως δυνητικού μεσολαβητή αυτής της συσχέτισης. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να καθιερωθεί η βραχύτερη διάρκεια του ύπνου ως πραγματικός παράγοντας κινδύνου, που μπορεί να στοχεύει στις παρεμβάσεις για τον έλεγχο του βάρους του παιδιού. Αν και μπορεί να μην είναι ακόμη συνετό να συνταγογραφούνται αλλαγές στον ύπνο για την πρόληψη της παχυσαρκίας σε πληθυσμιακό επίπεδο, υπάρχουν άφθονα συσσωρευμένα δεδομένα, τα οποία

υποστηρίζουν έντονα τη συστηματική αξιολόγηση του δυνητικού ρόλου που μπορεί να έχει ο ενισχυτικός ύπνος στην καταπολέμηση της σημερινής επιδημίας παχυσαρκίας. Some of these gender differences may be due to an interaction of child gender with child age, ethnicity and/or race and pubertal status.

Τα συμπεράσματα σχετικά με τις ασυνέπειες μεταξύ των δύο φύλων είναι λιγότερο σαφή, δεδομένου ότι ορισμένες μελέτες κατέδειξαν σημαντικά ευρήματα σε αρσενικά παρά σε θυληκά, ενώ άλλες έρευνες έκαναν αντίθετες διαπιστώσεις. Ορισμένες από αυτές τις διαφορές μεταξύ των φύλων μπορεί να οφείλονται σε αλληλεπίδραση του φύλου του παιδιού με την ηλικία, την εθνικότητα ή τη φυλή του και ακόμη την κατάσταση του παιδιού κατά την είσοδο του στην εφηβική ηλικία.

Λέξεις κλειδιά: ύπνος, παχυσαρκία, εναπόθεση λίπους, διατροφικές συμπεριφορές, συνήθειες σωματικής δραστηριότητας.

11. Let's talk about sleep: a systematic review of psychological interventions to improve sleep in adolescents students (Friedrich & Schlarb, J Sleep Res. 2018).

Abstract

Sleep problems are a common occurrence in adolescents students. Insomnia, nightmares and impaired sleep quality lead to several mental health issues, as well as impaired academic performance. Although different sleep programmes exist, a systematic overview comparing their effectiveness is still missing. This systematic review aims to provide an overview of psychological interventions to improve sleep in college students. Seven databases were searched from November to December 2016 (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library, PubMed, OpenSigele). The search string included search terms from three different topics: sleep, intervention and college students. Outcome measures included subjective as well as objective measures and focused on sleep, sleep-related and mental health variables. Twenty-seven studies met the inclusion criteria. They were assigned to four intervention categories: (1) sleep hygiene, (2) cognitive-behavioural therapy (CBT), (3) relaxation, mindfulness and hypnotherapy and (4) other psychotherapeutic interventions. Fifteen studies were randomized controlled trials. While sleep hygiene interventions provided small to medium effects, the CBTs showed large effects. The variability of the effect sizes was especially large in the

relaxation category, ranging from very small to very large effect sizes. Other psychotherapeutic interventions showed medium effects. CBT approaches provided the best effects for the improvement of different sleep variables in college students. Five studies included insomnia patients. The other three intervention categories also showed promising results with overall medium effects. In the future, CBT should be combined with relaxation techniques, mindfulness and hypnotherapy. Furthermore, the interventions should broaden their target group and include more sleep disorders

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ας μιλήσουμε για τον ύπνο: μια συστηματική ανασκόπηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση του ύπνου σε έφηβους μαθητές.

Περίληψη

Τα προβλήματα του ύπνου είναι σύνθετο φαινόμενο σε φοιτητές κολλεγίων. Αϋπνία, εφιάλτες και μειωμένη ποιότητα ύπνου, οδηγούν σε διάφορα θέματα ψυχικής υγείας, καθώς και μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορετικά προγράμματα ύπνου, μια συστηματική επισκόπηση που να συγκρίνει την αποτελεσματικότητά τους, εξακολουθεί να λείπει. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση έχει ως στόχο να παρέχει μια επισκόπηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση του ύπνου σε φοιτητές κολλεγίου. Επτά βάσεις δεδομένων αναζητήθηκαν από Νοέμβριο - Δεκέμβριο 2016 (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library, PubMed, OpenSigle). Η σειρά αναζήτησης περιλαμβάνει όρους αναζήτησης από τρία διαφορετικά θέματα: τον ύπνο, τις μεθόδους παρέμβασης και τους φοιτητές. Τα αποτελέσματα περιελάμβαναν υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις, εστιασμένες στον ύπνο και σχετιζόμενες με τον ύπνο μεταβλητές της ψυχικής υγείας. Είκοσι-επτά μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Οι παρεμβάσεις διακρίθηκαν σε 4 κατηγορίες: (1) την υγιεινή του ύπνου, (2) τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, (3) τη χαλάρωση, τη νοημοσύνη και την υπνοθεραπεία και (4) άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Δεκαπέντε μελέτες ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις υγιεινής του ύπνου είχαν μικρή προς μέτρια αποτελεσματικότητα, ενώ η γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση έδειξε μεγάλες επιπτώσεις. Η μεταβλητότητα των μεγεθών επίδρασης ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στην κατηγορία χαλάρωσης, που κυμαίνεται από πολύ μικρά έως πολύ υψηλά μεγέθη επίδρασης. Άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έδειξαν μέσο

επίπεδο αποτελεσματικής επίδρασης στις διαταραχές ύπνου. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις παρείχαν τα καλύτερα αποτελέσματα για τη βελτίωση των διαφόρων μεταβλητών του ύπνου σε φοιτητές. Πέντε μελέτες περιλάμβαναν ασθενείς με αϋπνία. Οι άλλες τρεις κατηγορίες παρέμβασης έδειξαν επίσης ελπιδοφόρα αποτελέσματα με ένα συνολικό μέσο ποσοστό επίδρασης. Στο μέλλον, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία θα πρέπει να συνδυαστεί με τεχνικές χαλάρωσης, νοημοσύνης και υπνοθεραπείας. Επιπλέον, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να απευθύνονται σε διευρυμένη ομάδα-στόχο και να περιλαμβάνουν περισσότερες διαταραχές του ύπνου.

12. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. (Balottin et al, Neuropsychiatr Dis Treat, 2017).

Abstract

INTRODUCTION:

The attachment theory is widely used in order to explain anorexia nervosa origin, course and treatment response. Nevertheless, very little literature specifically investigated parental bonding in adolescents with anorexia, as well as the parents' own bonding and intergenerational transmission within the family.

PURPOSE:

This study aims to identify any specific pattern of parental bonding in families of adolescents newly diagnosed with restricting-type anorexia, comparing them to the families of the control group.

PATIENTS AND METHODS:

A total of 168 participants, adolescents and parents (78 belonging to the anorexia group and 90 to the control one), rated the perceived parental styles on the parental bonding instrument. The latent class analysis allowed the exploration of a maternal bonding latent variable and a paternal one.

RESULTS:

The main findings showed that a careless and overcontrolling parental style was recalled by the patients' parents, and in particular by the fathers. As far as the adolescents' responses were concerned, patients with anorexia did not seem to

express differently their parental bonding perception from participants of the control group.

CONCLUSION:

Clinical implications driven from the results suggest that a therapeutic intervention working on how the parents' own attachment representations influence current relationships may help to modify the actual family functioning and thus the outcome of patients with anorexia.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο γονικός δεσμός στις οικογένειες των εφήβων με ανορεξία : αναπαραστάσεις προσκόλληση μεταξύ των γονέων και των απογόνων.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η θεωρία της προσκόλλησης χρησιμοποιείται ευρέως για να εξηγήσει την προέλευση της νευρικής ανορεξίας, την πορεία και την ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπεία. Παρ'όλα αυτά, πολύ μικρός αριθμός μελετών έχει διερευνήσει το ζήτημα του γονικού δεσμού σε εφήβους με ανορεξία, καθώς και το γονικό δεσμό των προηγούμενων γενεών μέσα στην οικογένεια.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να προσδιορίσει κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο της γονικής σύνδεσης σε οικογένειες των εφήβων, οι οποίοι έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με περιοριστικού τύπου ανορεξία, συγκρίνοντας τους με τις οικογένειες της ομάδας ελέγχου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Ένα σύνολο 168 συμμετεχόντων, έφηβοι και οι γονείς (78 ανήκουν στην ομάδα των ανορεκτικών και 90 στην ομάδα ελέγχου), βαθμολόγησαν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την έννοια του γονικού δεσμού. Η ανάλυση συμπεριλάμβανε μία περίπτωση λανθάνοντος γονικού δεσμού από την μητέρα και μία από την πλευρά ενός πατέρα αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα κύρια ευρήματα έδειξαν ότι ένα αδιάφορο και υπερελεγκτικό είδος γονικού δεσμού ανακλήθηκε από τους γονείς των ασθενών, προερχόμενο κυρίως από τους πατέρες.

Σε ό, τι αφορούσε τις απαντήσεις των εφήβων, οι ασθενείς με ανορεξία δεν φαίνεται να εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο την αντίληψη τους για το γονικό δεσμό από τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Οι κλινικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τα αποτελέσματα, υποδεικνύουν ότι η θεραπευτική παρέμβαση που σχετίζεται με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την προσήλωση των γονέων στην αντιμετώπιση της ασθένειας τους, επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις, και ως εκ τούτου το αποτέλεσμα της θεραπείας των ασθενών με ανορεξία.

13. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? (Carrot et al, Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017).

Abstract

Depression and anxiety are commonly associated with anorexia nervosa (AN) and contribute to difficulties in social integration, a negative factor for outcome in AN. The link between those disorders and AN has been poorly studied. Thus, our objective was to investigate (1) the link between outcome nine years after hospitalisation for AN and the occurrence of lifetime anxious or depressive comorbidities; (2) the prognostic value of these comorbidities on patient outcome; 181 female patients were hospitalised for AN (between 13 and 22 years old), and were re-evaluated for their psychological, dietary, physical and social outcomes, from 6 to 12 years after their hospitalisation. The link between anxious and depressive disorders (premorbid to AN and lifetime) and the outcome assessment criteria were tested through multivariate analyses; 63% of the participants had good or intermediate outcome, 83% had presented at least one anxiety or depression disorder in the course of their lives, half of them before the onset of AN. Premorbid obsessive compulsive disorders (OCD), BMI at admission, and premenarchal AN all contribute to poor prognosis. Social phobia and agoraphobia affect the subjects' quality of life and increase eating disorder symptoms. These results encourage a systematic assessment of, and care for, anxiety and depression comorbidities among female adolescent patients with a particular focus on premorbid OCD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Είναι οι συναισθηματικές διαταραχές δείκτης πρόβλεψης των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε σοβαρές περιπτώσεις της εφηβικής νευρικής ανορεξίας ;

Περίληψη

Η κατάθλιψη και το άγχος συνήθως συνδέονται με την νευρική ανορεξία και συμβάλλουν στην αύξηση των δυσκολιών προς την κοινωνική ένταξη, που αποτελεί έναν αρνητικό παράγοντα για την έκβαση της ΝΑ. Η σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών και της ΝΑ έχει μελετηθεί επαρκώς. Έτσι, ο στόχος της μελέτης ήταν να διερευνήσει αφενός τη σχέση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της θεραπείας 9 χρόνια μετά τη νοσηλεία του ασθενή και την εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης ή συνοδών ψυχιατρικών νοσημάτων, και αφετέρου να εκτιμήσει την προγνωστική σημασία αυτών των νοσημάτων στην έκβαση του ασθενούς. 181 γυναίκες ασθενείς νοσηλεύθηκαν (μεταξύ 13 και 22 ετών), και οι επαναξιολογούνται για τα ψυχολογικά, διαιτητικά, φυσικά και κοινωνικά αποτελέσματα τους, από 6 μέχρι 12 έτη μετά τη νοσηλεία τους. Η σχέση μεταξύ άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών και τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων ελέγχθηκαν μέσω πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Το 63% των συμμετεχόντων είχαν καλά ή ενδιάμεσα αποτελέσματα, το 83% είχε παρουσιάσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο καταθλιπτικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με το 50% να το έχει εμφανίσει πριν από την έναρξη της ΝΑ. Προνοσηρές ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές σε συνδυασμό με μειωμένο ΔΜΣ συμβάλλουν στην κακή πρόγνωση. Η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και να αυξάνουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα αυτά ενθαρρύνουν μια συστηματική αξιολόγηση και φροντίδα των συνοδών ψυχικών νοσημάτων σε εφήβους γυναίκες ασθενείς με ΝΑ, με ιδιαίτερη έμφαση στην προνοσηρή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

14. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting (Fewell et al, Eat Weight Disord, 2017).

Abstract

This retrospective study explores depression, worry, psychosocial functioning, and change in body mass index (BMI) as predictors of eating disorder (ED) symptomatology and BMI at discharge and 1-year follow-up from a residential and partial hospitalization ED treatment center. Participants were 423 male and female patients receiving treatment at an ED treatment center. Results indicate significant improvement in ED symptomatology, psychological impairment, and change in BMI (in patients with anorexia nervosa) at treatment discharge and follow-up compared to treatment admission ($ps < 0.001$). Depression and worry predicted ED symptomatology and psychological impairment at discharge ($ps < 0.05$). Depression, worry, and psychosocial functioning predicted ED symptomatology and psychological impairment at 1-year follow-up ($ps < 0.001$). Change in BMI was not a significant predictor of outcome. Depression, worry, and psychosocial functioning each play a role in treatment outcomes and may help clarify who might benefit from treatment. Clinicians in ED treatment centers should consider these as areas of focus for improved outcomes.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Κατάθλιψη, ανησυχία, και ψυχοκοινωνική λειτουργία προβλέπει τρώει τα αποτελέσματα της θεραπείας διαταραχής σε μια κατοικημένη και μερική ρύθμιση νοσηλείας.

Περίληψη

Η αναδρομική αυτή μελέτη διερευνά την κατάθλιψη, την ανησυχία, την ψυχοκοινωνική λειτουργία, και τη μεταβολή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ως προγνωστικούς παράγοντες της διατροφικής διαταραχής, αξιολογώντας τη συμπτωματολογία και τη μεταβολή του ΔΜΣ κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και μετά από 1 έτος παρακολούθησης, κατόπιν θεραπείας που εφαρμόστηκε μερικώς στο νοσοκομείο και αργότερα στην οικία του ασθενή. Οι συμμετέχοντες ήταν 423 άνδρες και γυναίκες ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία σε ένα κέντρο αντιμετώπισης διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στη

συμπτωματολογία, την ψυχολογική δυσλειτουργία και την αλλαγή του ΔΜΣ (σε ασθενείς με νευρική ανορεξία) κατά την έξοδο από το θεραπευτικό κέντρο και την παρακολούθηση σε σχέση με την έναρξη της θεραπείας.

Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η ψυχολογική δυσλειτουργία ήταν προβλεπόμενα αποτελέσματα κατά την έξοδο από το θεραπευτικό κέντρο. Ένα χρόνο μετά, η κατάθλιψη, η ανησυχία, η ψυχοκοινωνική λειτουργία και η ψυχολογική βλάβη ήταν αναμενόμενες συνέπειες. Η αλλαγή του ΔΜΣ δεν ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έκβασης. Η κατάθλιψη, η ανησυχία και η ψυχοκοινωνική λειτουργία κάθε ασθενή, παίζουν ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και μπορεί να συμβάλουν στην αποσαφήνιση του οφέλους των ασθενών από τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι κλινικοί γιατροί σε κέντρα θεραπείας διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να εστιάσουν σε αυτούς τους τομείς, προκειμένου να επιτύχουν βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

15. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy (Reichert et al, 2015).

Abstract

Objective:

to evaluate the effectiveness of an educational action in child development surveillance performed by nurses working in primary health care.

Methods:

interventional study with a before-and-after type of design, carried out with 45 nurses and 450 mothers of children under 2 years of age. Initially, it was evaluated the practices and knowledge of nurses on child development surveillance and the mothers were interviewed about these practices. Subsequently, workshops were carried out with nurses and four months later, the knowledge of nurses and the maternal information were reevaluated.

Results:

after intervention there was significant increase in the frequency of the following aspects: from 73% to 100%, in relation to the practice of nurses of asking the opinion of mothers about their children's development; from 42% to 91%, regarding the use of the systematized instrument of evaluation; from 91% to 100% with respect to guidance to mothers on how to stimulate child development.

Conclusions:

The intervention contributed to the increase of knowledge of nurses and implementation of child development surveillance, showing the importance of this initiative to improve the quality of child health care.

Keywords: Child Development, Primary Health Care, Family Health, Pediatric Nursing.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Σκοπός:

Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας εκπαιδευτικής δράσης στην παρακολούθηση της παιδικής ανάπτυξης από νοσηλευτές που εργάζονται στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη.

Μέθοδοι:

Μια παρεμβατική μελέτη με ένα είδος σχεδιασμού πριν και μετά, που πραγματοποιήθηκε με 45 νοσηλευτές και 450 μητέρες παιδιών κάτω των 2 ετών. Αρχικά, αξιολογήθηκε η πρακτική και η γνώση των νοσοκόμων σχετικά με την επιτήρηση παιδικής ανάπτυξης και οι μητέρες ερωτήθηκαν για αυτές τις πρακτικές. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν εργαστήρια με νοσηλευτές και τέσσερις μήνες αργότερα, η γνώση των νοσοκόμων και οι μητρικές πληροφορίες επαναξιολογήθηκαν.

Αποτελέσματα:

Μετά την παρέμβαση υπήρξε σημαντική αύξηση της συχνότητας των ακόλουθων πτυχών: από 73% έως 100%, σε σχέση με την πρακτική των νοσοκόμων να ζητούν τη γνώμη των μητέρων για την ανάπτυξη των παιδιών τους. από 42% σε 91%, όσον αφορά τη χρήση του συστηματοποιημένου μέσου αξιολόγησης. από το 91% έως το 100% όσον αφορά την καθοδήγηση των μητέρων για τον τρόπο με τον οποίο θα τονωθεί η ανάπτυξη των παιδιών.

Συμπεράσματα:

Η παρέμβαση συνέβαλε στην αύξηση της γνώσης των νοσοκόμων και στην εφαρμογή της εποπτείας της παιδικής ανάπτυξης, δείχνοντας τη σημασία αυτής της πρωτοβουλίας για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης των παιδιών.

Λέξεις-κλειδιά: Παιδική Ανάπτυξη, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικογενειακή Υγεία, Παιδιατρική Νοσηλευτική.

16. Managing sleep problems in children with learning disabilities: the nursing role (Tyagi, . Learning Disability Practice, 2017).

Abstract

Sleep problems in children with learning disabilities are common and affect their health and learning, and the health and well-being of their parents and carers. The use of melatonin in this population is growing, but research on its efficacy and safety is conflicting. This article discusses the role of learning disability nurses in supporting children with learning disabilities with sleep problems, describes the prevalence and relevance of sleep issues, introduces some behavioural interventions and gives an overview of the use of melatonin.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Τα προβλήματα ύπνου στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι κοινά και επηρεάζουν την υγεία και τη μάθηση τους, καθώς και την υγεία και την ευημερία των γονέων και των φροντιστών τους. Η χρήση της μελατονίνης σε αυτόν τον πληθυσμό αυξάνεται, αλλά η έρευνα για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της είναι αντιφατική. Το άρθρο αυτό αναλύει το ρόλο των νοσηλευτών στη μάθηση και στην υποστήριξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και με προβλήματα ύπνου, περιγράφει τον επιπολασμό και τη συνάφεια των προβλημάτων ύπνου, εισάγει ορισμένες συμπεριφορικές παρεμβάσεις και δίνει μια επισκόπηση της χρήσης της μελατονίνης.

17. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities (Turner et al, J Clin Nurs, 2015).

Abstract

AIMS AND OBJECTIVES:

To explore the nurses' views of their role both in the neonatal intensive care unit and in the provision of interacting with, and emotionally supporting, families.

BACKGROUND:

The neonatal intensive care nurse has a large and complex clinical role and also a role of emotional supporter for parents in the neonatal intensive care unit. Identifying components of their role and recognising the elements within the nursery that obstruct or encourage this role can allow for modification of nurse education and peer support.

DESIGN:

Qualitative study based on semistructured interviews.

METHODS:

Nine neonatal nurses from a single neonatal intensive care unit were interviewed and the data analysed thematically using NVIVO version 10.

RESULTS:

Participants viewed their role as an enjoyable yet difficult one, requiring seniority, training and experience. They provided support to parents by communicating, listening, providing individualised support and by encouraging parental involvement with their baby. Constructive elements that contributed to the provision of support included a positive neonatal intensive care unit environment and providing a parent support group. More obstructive elements were a lack of physical neonatal intensive care unit space, little time available for nurse-to-parent conversation and language and cultural barriers between nurses and parents.

CONCLUSION:

The role of the neonatal nurse in providing emotional support is complex and requires a high level of ongoing support and education for staff, and minimisation of physical and staff-related obstructions.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:

The modern neonatal intensive care unit offers complex medical and nursing services and with this care comes higher needs from both babies and their parents. Neonatal intensive care unit nurses should be supported in their roles by having peer support available in the neonatal intensive care unit and education and training in emotional support and counselling skills. The nursing staff also require a comfortable and practical physical working space in which to assist parents to be with their baby.

KEYWORDS:

neonatal care; nurse role; nurse-patient relationship; nursing education; parental guidance; parents' experience

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ**ΠΕΡΙΛΗΨΗ****ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ:**

Να διερευνήσει τις απόψεις των νοσηλευτών για το ρόλο τους τόσο στη μονάδα νεανικής εντατικής θεραπείας όσο και στην παροχή αλληλεπίδρασης και συναισθηματικής υποστήριξης σε οικογένειες.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η νεογνική νοσηλεύτρια εντατικής θεραπείας έχει ένα μεγάλο και σύνθετο κλινικό ρόλο και επίσης ρόλο συναισθηματικού υποστηρικτή για τους γονείς στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών. Ο προσδιορισμός των στοιχείων του ρόλου τους και η αναγνώριση των στοιχείων στο φυτώριο που παρεμποδίζουν ή ενθαρρύνουν αυτόν τον ρόλο μπορούν να επιτρέψουν την τροποποίηση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών και της υποστήριξης από ομοτίμους.

ΣΧΕΔΙΟ:

Ποιοτική μελέτη βασισμένη σε ημιδομημένες συνεντεύξεις.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Εννέα νεογνικές νοσηλεύτριες από μία ενωτική μονάδα εντατικής νοσηλείας ερευνήθηκαν και τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά χρησιμοποιώντας NVIVO έκδοση 10.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι συμμετέχοντες θεώρησαν το ρόλο τους ως ευχάριστο αλλά δύσκολο, απαιτώντας αρχαιότητα, κατάρτιση και εμπειρία. Παρείχαν υποστήριξη στους γονείς με την επικοινωνία, την ακρόαση, την παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης και την ενθάρρυνση της συμμετοχής των γονέων στο μωρό τους. Τα επικοδομητικά στοιχεία που συνέβαλαν στην παροχή υποστήριξης περιελάμβαναν ένα θετικό περιβάλλον μονάδας εντατικής θεραπείας νεογνών και παρέχοντας μια ομάδα γονικής υποστήριξης. Περισσότερο αποφρακτικά στοιχεία ήταν η έλλειψη χώρου φυσικής νεογνικής μονάδας εντατικής θεραπείας, ο μικρός διαθέσιμος χρόνος για

συνομιλία νοσοκόμου-γονέα και η γλώσσα και τα πολιτιστικά εμπόδια μεταξύ νοσοκόμων και γονέων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Ο ρόλος της νεογνικής νοσοκόμας στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης είναι περίπλοκος και απαιτεί υψηλό επίπεδο συνεχιζόμενης στήριξης και εκπαίδευσης του προσωπικού και ελαχιστοποίηση των σωματικών και προσωπικού παρεμποδίσεων.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ:

Η σύγχρονη μονάδα εντατικής φροντίδας νεογνών προσφέρει σύνθετες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και με αυτή τη φροντίδα προκύπτουν υψηλότερες ανάγκες τόσο από τα μωρά όσο και από τους γονείς τους. Οι νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας των νεογνών θα πρέπει να υποστηρίζονται στους ρόλους τους, διαθέτοντας στήριξη από ομότιμους στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών και εκπαίδευση και κατάρτιση σε δεξιότητες συναισθηματικής υποστήριξης και συμβουλευτικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτεί επίσης ένα άνετο και πρακτικό φυσικό χώρο εργασίας για να βοηθήσει τους γονείς να είναι μαζί με το μωρό τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: νεογνική φροντίδα, νοσηλευτικός ρόλος, σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, νοσηλευτική εκπαίδευση, γονική καθοδήγηση, εμπειρία των γονέων.

18. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for psychiatric and neurodevelopmental disorders in siblings (Jokiranta-Olkonien et al, Psychol Med, 2018).

Abstract

BACKGROUND:

Probands with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are at increased risk for several psychiatric and neurodevelopmental disorders. The risk of these disorders among the siblings of probands has not been thoroughly assessed in a population-based cohort.

METHODS:

Every child born in Finland in 1991-2005 and diagnosed with ADHD in 1995-2011 were identified from national registers. Each case was matched with four controls on sex, place, and date of birth. The full siblings of the cases and controls

were born in 1981-2007 and diagnosed in 1981-2013. In total, 7369 cases with 12 565 siblings and 23 181 controls with 42 753 siblings were included in the analyses conducted using generalized estimating equations.

RESULTS:

44.2% of the cases and 22.2% of the controls had at least one sibling diagnosed with any psychiatric or neurodevelopmental disorder (risk ratio, RR = 2.1; 95% CI 2.0-2.2). The strongest associations were demonstrated for childhood-onset disorders including ADHD (RR = 5.7; 95% CI 5.1-6.3), conduct and oppositional disorders (RR = 4.0; 95% CI 3.5-4.5), autism spectrum disorders (RR = 3.9; 95% CI 3.3-4.6), other emotional and social interaction disorders (RR = 2.7; 95% CI 2.4-3.1), learning and coordination disorders (RR = 2.6; 95% CI 2.4-2.8), and intellectual disability (RR = 2.4; 95% CI 2.0-2.8). Also, bipolar disorder, unipolar mood disorders, schizophrenia spectrum disorders, other neurotic and personality disorders, substance abuse disorders, and anxiety disorders occurred at increased frequency among the siblings of cases.

CONCLUSIONS:

The results offer potential utility for early identification of neurodevelopmental and psychiatric disorders in at-risk siblings of ADHD probands and also argue for more studies on common etiologies.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας και κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικών και νευροαναπτυξιακών διαταραχών μεταξύ αδερφών.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Οι πιθανότητες με διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας (ADHD) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για πολλές ψυχιατρικές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Ο κίνδυνος αυτών των διαταραχών μεταξύ των αδελφών δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά σε πληθυσμιακή ομάδα.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Κάθε παιδί που γεννήθηκε στη Φινλανδία το 1991-2005 και διαγνώστηκε με ADHD το διάστημα 1995-2011 εντοπίστηκε από εθνικά μητρώα. Κάθε περίπτωση συνοδεύτηκε από τέσσερις ελέγχους για το φύλο, τον τόπο και την ημερομηνία

γέννησης. Τα αδέλφια των περιπτώσεων και των ελέγχων γεννήθηκαν το 1981-2007 και διαγνώστηκαν το 1981-2013. Συνολικά, στις αναλύσεις που διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας γενικευμένες εκτιμητικές εξισώσεις, συμπεριλήφθηκαν συνολικά 7369 περιπτώσεις με 12 565 αδέλφια και 23 181 περιπτώσεις στην ομάδα ελέγχου με 42 753 αδέλφια.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το 44,2% των περιπτώσεων και το 22,2% των μαρτύρων είχαν τουλάχιστον ένα αδερφό με διάγνωση ψυχιατρικής ή νευροαναπτυξιακής διαταραχής (λόγος κινδύνου, $RR = 2,1$, 95% CI 2,0-2,2). Οι ισχυρότερες συσχέτιες καταδείχθηκαν για διαταραχές που ξεκίνησαν από την παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της ADHD ($RR = 5.7$, 95% CI 5.1-6.3), διαταραχών συμπεριφοράς και αντίθεσης ($RR = 4.0$, 95% CI 3.5-4.5), διαταραχές φάσματος αυτισμού ($RR = 95\%$ CI 3.3-4.6), άλλες διαταραχές συναισθηματικής και κοινωνικής αλληλεπίδρασης ($RR = 2.7$, 95% CI 2.4-3.1), διαταραχές μάθησης και συντονισμού ($RR = 2.6$, 95% CI 2.4-2.8) 2,4 · 95% CI 2,0-2,8). Επίσης, η διπολική διαταραχή, οι μονοπολικές διαταραχές της διάθεσης, οι διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, άλλες νευρωτικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές κατάχρησης ουσιών και διαταραχές άγχους παρατηρήθηκαν με αυξημένη συχνότητα στα αδέλφια των περιπτώσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα παρέχουν πιθανή χρησιμότητα για την έγκαιρη αναγνώριση των νευροαναπτυξιακών και ψυχιατρικών διαταραχών σε αδέλφια με πιθανότητα εμφάνισης των εν λόγω διαταραχών και υποστηρίζουν τη διενέργεια περισσότερων μελετών με παρόμοια αιτιολογία διερεύνησης.

19. Executive functions in children with developmental coordination disorder: a 2-year follow-up study (Bernardi et al, Dev Med Child Neurol, 2018).

Abstract

AIM:

Executive function impairments have been identified in children with poor motor skills, with and without a diagnosis of developmental coordination disorder (DCD). However, most studies are cross-sectional. This study investigates

the development of executive function in children with poor motor skills over 2 years.

METHOD:

Children aged 7 to 11 years (n=51) were assessed twice, 2 years apart, on verbal and nonverbal measures of executive functions: executive-loaded working memory (ELWM); fluency; response inhibition; planning; and cognitive flexibility. Typically developing children (n=17) were compared with those with a clinical diagnosis of DCD (n=17) and those with identified motor difficulties (n=17) but no formal diagnosis of DCD.

RESULTS:

Developmental gains in executive function were similar between groups, although a gap between children with poor motor skills and typically developing children on nonverbal executive functions persisted. Specifically, children with DCD performed significantly more poorly than typically developing children on all nonverbal executive function tasks and verbal fluency tasks at both time points; and children with motor difficulties but no diagnosis of DCD showed persistent executive function problems in nonverbal tasks of ELWM and fluency.

INTERPRETATION:

Children with DCD and motor difficulties demonstrated executive function difficulties over 2 years, which may affect activities of daily living and academic achievement, in addition to their motor deficit.

WHAT THIS PAPER ADDS:

Executive function difficulties in children with poor motor skills persist throughout middle childhood. Children with motor difficulties, without a developmental coordination disorder (DCD) diagnosis, demonstrate less pervasive executive function difficulties than those with DCD. Executive function problems in the groups with motor difficulties and DCD affect mostly nonverbal domains. All groups showed similar developmental gains in executive function.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Περίληψη

Εκτελεστικές λειτουργίες σε παιδιά με διαταραχή του αναπτυξιακού συντονισμού: μια διετής μελέτη παρακολούθησης.

ΣΚΟΠΟΣ:

Έχουν διαπιστωθεί μειωμένες λειτουργίες σε παιδιά με κακές κινητικές δεξιότητες, με και χωρίς διάγνωση διαταραχής του αναπτυξιακού συντονισμού (DCD). Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες είναι διατομεακές. Η μελέτη αυτή διερευνά την ανάπτυξη της εκτελεστικής λειτουργίας σε παιδιά με κακές κινητικές δεξιότητες σε διάστημα 2 ετών.

ΜΕΘΟΔΟΣ:

Τα παιδιά ηλικίας 7 έως 11 ετών ($n = 51$) εκτιμήθηκαν δύο φορές, 2 χρόνια, σε λεκτικά και μη λεκτικά μέτρα εκτελεστικών λειτουργιών: εκτελεστική μνήμη εργασίας (ELWM). Ευφράδεια; απόκριση απόκρισης. σχεδίαση; και τη γνωστική ευελιξία. Τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ($n = 17$) συγκρίθηκαν με εκείνα με κλινική διάγνωση DCD ($n = 17$) και εκείνα με αναγνωρισμένες κινητικές δυσκολίες ($n = 17$) αλλά χωρίς επίσημη διάγνωση DCD.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα αναπτυξιακά οφέλη στην εκτελεστική λειτουργία ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων, παρόλο που το χάσμα μεταξύ παιδιών με κακές κινητικές δεξιότητες και των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών σε μη λεκτικές εκτελεστικές λειτουργίες εξακολούθησε να υφίσταται. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με DCD εκτελούσαν σημαντικά λιγότερες λειτουργίες από ότι τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, σε όλες τις μη λεκτικές και λεκτικές λειτουργίες. Τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες αλλά χωρίς προηγούμενη διάγνωση DCD δεν παρουσίασαν επίμονα προβλήματα εκτελεστικής λειτουργίας και ευχέρειας σε μη λεκτικά καθήκοντα.

ΕΡΜΗΝΕΙΑ:

Τα παιδιά με DCD και κινητικές δυσκολίες εμφάνισαν δυσκολίες εκτελεστικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια 2 ετών, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητες και τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, εκτός από το έλλειμμα κινητικότητας.

ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ:

Οι εκτελεστικές δυσκολίες στις εκτελεστικές λειτουργίες που εμφανίζουν τα παιδιά με κακές κινητικές δεξιότητες παραμένουν καθ' όλη τη μέση παιδική ηλικία. Τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες, χωρίς προηγούμενη διάγνωση της διαταραχής του αναπτυξιακού συντονισμού (DCD), επιδεικνύουν λιγότερο εκτεταμένες δυσκολίες εκτελεστικής λειτουργίας από τα παιδιά με διαγνωσμένη DCD. Τα προβλήματα εκτελεστικής λειτουργίας στις ομάδες με κινητικές δυσκολίες

και DCD επηρεάζουν κυρίως μη λεκτικές περιοχές. Όλες οι ομάδες εμφάνισαν παρόμοια αναπτυξιακά οφέλη στην εκτελεστική λειτουργία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αγγελάκη Χ, Γκολφινόπουλου Γ, Διδάχου Ε, Παπαδάκου Ε, Ρήγα Β. (2012). 4+1 Κλειδιά για την Αυτομόρφωση της Νηπιαγωγού, Αθήνα: ΟΜΕΡ.
- Atwood T. (2012). Σύνδρομο Asperger- ένας πλήρης οδηγός, επιμέλεια Παπαγεωργίου Βάλια. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Βογινδρούκας Ι, Sherratt D. (2005) Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αθήνα: Ταξιδευτής.
- Βοσνιάδου Σ. (2004). Γνωσιακή επιστήμη. Αθήνα: Gutenberg.
- Βρυώνης Γ. (2004). ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ. Ιωάννινα: Εφύρα.
- Γαλανάκη Ε. (2003). Θέματα αναπτυξιακής ψυχολογίας. Γνωστική-κοινωνική-συναισθηματική ανάπτυξη. Αθήνα: Ατραπός.
- Γενά Α Κ. (2002). Αυτισμός και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Αξιολόγηση, διάγνωση, αντιμετώπιση. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα, Ν. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Πεδίο.
- Δαφνή Μ. (2015). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (<http://www.myxalandri.gr/arhtra/4177-diataraxi-elleimmatikis-prosoxis-kaiyperkinitikotitas-tis-logotherapeytrias-marilis-dafni>)
- Δεδικούση Α, Γωνίδα Ε, Κιοσέογλου Γ. Κατανόηση συναισθημάτων και συναισθηματική επίγνωση κατά τη σχολική ηλικία: Η συμβολή της γνωστικής επίδοσης των παιδιών και των αντιλήψεών τους για τη γονεϊκή ζεστασιά ή ψυχρότητα. Ι' Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ, 2013;10:1-31. Ανακτήθηκε στις 20/12/2017 από <file:///C:/Users/User/Downloads/4265-13119-1-SM.pdf>
- Διαμαντή Ε. «Πρόωρα νεογνά», Σούμπαση – Γρίβα, Β. (επιμ.), Νεογνολογία, Θεσσαλονίκη : ΑΠΘ, 2008b ; 63-81.
- Feldman RS. (2011). Εξελικτική Ψυχολογία δια βίου ανάπτυξη. Αθήνα: Gutenberg.
- Ζαμπέλας, Α., (2007)Κλινική διαιτολογία και διατροφή. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη.
- Hughes M, Kroehler CJ. (2014). Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες. Αθήνα: Κριτική.

- Καραμπατζάκη Ζ. (2010). Θέματα ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης: Υποστήριξη παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα. Εκδόσεις Παράλος.
- Κατή Δ. (2009). Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί Ζ' έκδοση. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Καφετζής ΔΑ, Κουκουτσάκης ΠΜ, Μυριοκεφαλιτάκης ΝΕ, Γουργιώτης ΔΙ. (2011). Επίτομη Παιδιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κιρκιγιάννη ΦΠ. Επικοινωνία σχολείου και οικογένειας. Τα εκπαιδευτικά, 2012; 103-104:95-120.
- Κολτσίδας, Π. (2008). Το συναίσθημα της μοναξιάς σε παιδιά με χαμηλή σχολική επίδοση: Η παράμετρος της δυσλεξίας. Ιωάννινα: Π.Τ.Δ.Ε.
- Κουμάτου- Αντωνιάδου Ι, Παναγιωτόπουλος Τ, Αττιλάκος Α, Πρασούλη Α. (2015). Παρακολούθηση της Ανάπτυξης των Παιδιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Λαλούμη – Βιδάλη, Ε. (2008). Ανθρώπινες σχέσεις & επικοινωνία στην προσχολική εκπαίδευση .Από την θεωρία στην πράξη. Θεσσαλονίκη: Σύγχρονες Εκδόσεις.
- Μαλικιώση - Λοΐζου, Μ. (2001). Η συμβουλευτική ψυχολογία στην εκπαίδευση: Από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ματσανιώτης Ν, Καρπάθιος Θ, Νικολαΐδου- Καρπαθίου Π. (2010). Επίτομη Παιδιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Μπαμπλέκου Ζ. (2003). Η ανάπτυξη της μνήμης. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Νότας, Σ. (2005), Το φάσμα του αυτισμού, ΔΑΔ. Ένας οδηγός για την οικογένεια. Σύλλογος γονέων φίλων και κηδεμόνων αυτιστικών ατόμων Λάρισας: Λάρισα.
- Πετρογιάννης Κ. (2003). Η μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης: Οικοσυστημική προσέγγιση. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Πιαζέ Ζ. (1999). Ψυχολογία και Παιδαγωγική. Επιμ. Ανθουλιάς Τ. Μτφρ. Βερβερίδης Α. Αθήνα: Λιβάνης.
- Πόρποδας, Κ. (2011). Μάθηση και Γνώση στην Εκπαίδευση: Γνωστική ανάλυση- Δυσκολίες - Εφαρμογές. Πάτρα: Αυτοέκδοση.
- Salkind NJ. (2006). Εισαγωγή στις θεωρίες της ανθρώπινης ανάπτυξης. Αθήνα: Πατάκης.

- Σαραφίδης Κ, Διαμαντή Ε, Τσάμπουρα Ζ και συν. Αιτιολογία και έκβαση της αναπνευστικής δυσχέρειας στα τελειόμηνα και μεγάλα πρόωρα νεογνά. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 2006; 18:334-340.
- Σπανού Β, Καζάνη Ι, Τριπόδης Ν. (2008). Διαταραχές πρόσληψης τροφής – Νευρογενής Ανορεξία. 2ο Περιφερειακό Επιμορφωτικό Κέντρο Αθήνας. ΥΠΕΠΘ. Αθήνα
- Vygotsky L.S. (1997). Νους στην κοινωνία: Η ανάπτυξη των ανώτερων ψυχολογικών διαδικασιών. Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσση

- Alessi CA, Schnelle JF. Approach to sleep disorders in the nursing home setting. Sleep Med Rev. 2000;4(1):45-56.
- Allen EG, Freeman SB, Sherman SL. Maternal age and risk for trisomy 21 assessed by the origin of chromosome nondisjunction: a report from the Atlanta and National Down Syndrome Projects, Hum Genet, 2008; 125 (1): 41-52.
- American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. Am. Psychol. 2012; 67: 10–42.
- American Speech-Language-Hearing Association. Childhood Apraxia of Speech. Technical Report. 2007 Mar; Retrieved from <http://www.asha.org/policy>.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Scope of practice in speech language pathology.
- Arpino C, Compagnone E, Montanaro ML, et al. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: A review. Childs Nerv Syst 2010; 26:1139–1149.
- Balottin L, Mannarini S, Rossi M, et al. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017; (1)13:319-327.
- Bao AM, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. Front. Neuroendocrinol. 2011; 32, 214–226.

- Beni-Adani L, Biani N, Ben-Sirah L, Constantini S. The occurrence of obstructive vs absorptive hydrocephalus in newborns and infants: relevance to treatment choices. *Childs Nerv. Syst.* 2006; 7:23-31.
- Bernardi M, Leonard HC, Hill EL, Botting N, Henry LA. Executive functions in children with developmental coordination disorder: a 2-year follow-up study. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(3):306-313.
- Bishop DV, North T, Donlan C. Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. *Dev. Med. Child Neurol.* 1996; 37: 56–71.
- Bishop DVM. (2000). Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? In D. V. M. Bishop & L. B. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention and outcome* (pp.99–113). Hove, UK: Psychology Press.
- Bishop DVM. Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? *PLoS ONE* 2010; 5(11):1-9.
- Bryant-Comstock L, Stender M, Devercelli G. Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disord.* 2002; 4 (6), 398–405.
- Burmeister VR., Hannary HJ., Copeland K., Fletcher JM., Boudousquie A., Dennis M.: Attention problems and executive functions in children with spina bifida and hydrocephalus. *Child Neuropsychology.* 2005; 11(3):265-283.
- Carrigg B, Parry L, Baker E, et al. Cognitive, linguistic, and motor abilities in a multigenerational family with childhood apraxia of speech. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 2016; 31(8): 1006–1025.
- Carrot B, Radon L, Hubert T , et al. Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017. doi: 10.1007/s00787-017-0963-5.
- Chahrour M, Zoghbi HY. The story of Rett syndrome: From clinic to neurobiology. *Neuron*, 2007; 56 : 422–437.
- Clark RH et al. Lung injury in neonates: causes, strategies for prevention, and long-term consequences. *J Pediatr* 2011; 139: 478.
- Coffee B. Incidence of fragile x syndrome of newborn screening for methylated of Fmr1 DNA. *Am J Hum Genet.* 2009; 85 (4): 503-514.

- Cohen D, Lazar G, Couvert P, Desportes V, Lippe D, Mazet P, Heron D. MECP2 mutation in a boy with language disorder and schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2002; 159 : 148–149.
- Compas BE, Connor-Smith JK., Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 2001;127(1), 87-127.
- Craig GC, Baucum D. (2002). *Human development*. Upper Saddle River, NY: Prentice Hall.
- Dale PS, Hayden DA. Treating speech subsystems in childhood apraxia of speech with tactual input: the prompt approach. *American Journal of SpeechLanguage Pathology*, 2013; 22(4): 644-661.
- Daniels E, Mandelo B, Luthy KE. Assessment, management, and prevention of childhood temper tantrums. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 2012; 24 (10): 569-73.
- Das Neves Peixoto FS, de Sousa DF, Luz DCRP, et al. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. 2017;16:22.
- Dembroff R. What is sexual orientation? *Philosopher's Imprint*, 2016; 16(3): 1-27.
- Diler RS, Birmaher B. Bipolar disorder in children and adolescents. In: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012. Available at: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.2-BIPOLAR-072012.pdf>.
- Eby L, Brown N. *Mental Health Nursing Care*, 2nd Edition. Pearson, 2012.
- Fairburn, C.G. Eating disorders. *Lancet magazine*, 2003;361(9355):407-16.
- Fewell LK, Levinson CA, Stark L. Depression, worry, and psychosocial functioning predict eating disorder treatment outcomes in a residential and partial hospitalization setting. *Eat Weight Disord*. 2017, doi: 10.1007/s40519-016-0357-6. [Epub ahead of print].
- Fish, M. (2015). *Here's how to treat childhood apraxia of speech*. San Diego: Plural Publishing.
- Ford, E.S.; Cunningham, T.J.; Croft, J.B. Trends in self-reported sleep duration among us adults from 1985 to 2012. *Sleep* 2015; 38: 829–832.

- Friedrich A, Schlarb AA. Let's talk about sleep: a systematic review of psychological interventions to improve sleep in adolescents students. *J Sleep Res.* 2018;27(1):4-22.
- Fromm E. (2013). *Greatness and Limitations of Freud's Thought*. Open Road Media.
- Garber KB, Visootsak J, Warren ST. Fragile X syndrome. *Eur J Hum Genet*, 2008; 16:666.
- Gijzen MWM, Creemers DHM, Rasing SPA, Smit F, Engels RCME. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2018;18:124.
- Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, et al. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine.* 2012;42(7):1449-1459.
- Grilo CM, White MA, Barnes RD, et al. Psychiatric disorder comorbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry.* 2013;54(3):209–216.
- Grigoropoulos I, Kordoutis P. Social Factors Affecting Antitransgender Sentiment in a Sample of Greek Undergraduate Students, *International Journal of Sexual Health*, 2015; 27:3, 276-285.
- Golan M. The journey from opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counseling and motivational interviewing in traditional approaches. *J Eat Disord.* 2013; 1: 19
- Gonçalves Jde A., Moreira EA., Trindade EB., et al. Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(1):96-103.
- Grzadzinski R, Huerta M, Lord C. DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism.* 2013;4:12.
- Hagberg B, Aicardi J, Dias K, Ramos O. A progressive syndrome of autism, dementia, ataxia, and loss of purposeful hand use in girls: Rett's syndrome: Report of 35 cases . *Ann Neurol*, 1983; 14 : 471–479.
- Hagberg B. Rett syndrome: Long-term clinical follow-up experiences over four decades. *J Child Neurol*, 2005; 20 : 722–727.

- Halpin J. What do nurses think they are doing in pre-school autism assessment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016; 25(6):319- 323.
- Hart LM, Cornell C, Damiano SR, Paxton SJ. Parents and prevention: a systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2015; 48: 157–69.
- Hagerman R, Au J, Hagerman, P. (2011). The Fmr1 promoter and the full mutation, the molecular mechanisms associated with autism. *Neurodev J*. 2011; 3 (3): 211-224.
- Hay PJ, Touyz S, Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 1136–44.
- Herrera-Marschitz, M. Perinatal asphyxia: current status and approaches towards neuroprotective strategies, with focus on sentinel proteins. *Neurotox Res*, 2011; 19: 603–27.
- Hunter K. (2007). *The Rett Syndrome Handbook*. Clinton: International Rett Syndrome Association.
- Iber C., Ancoli-Israel S., Chesson A., Quan S.F., editors. *The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications*. 1st ed. American Academy of Sleep Medicine; Westchester, IL: 2007.
- Jokiranta-Olkonien E, Cheslack-Postava K, Joelsson P, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for psychiatric and neurodevelopmental disorders in siblings. *Psychol Med*, 2018; 2:1-8. [Epub ahead of print].
- Kau AS, Meyer WA, Kaufmann WE. Early development in males with Fragile X syndrome: a review of the literature. *Microsc Res Tech*, 2001; 57:174.
- Keysor CS, Mazzocco MM. A developmental approach to understanding Fragile X syndrome in females. *Microsc Res Tech* 2002; 57:179.
- Khemakhem K, Ayadi H, Moalla Y, Yaich S, et al. Attention Deficit Hyperactivity disorder at schools in Sfax-Tunisia. *Tunis Med*. 2015;93(5):302-7.
- Lasalle JM, Yasui DH 2009. Evolving role of MeCP2 in Rett syndrome and autism. *Epigenomics* 1 : 119–130.
- Latal B. Prediction of neurodevelopmental outcome after preterm birth. *Pediatr Neurol* 2009; 40:413–419

- Law J., Boyle J., Harris F., Harkness A., Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int. J. Lang. Commun. Disord.* 2000; 35: 165–188.
- Lawn JE, Davidge R, Paul VK, et al. Born Too Soon: Care for the preterm baby. *Reproductive Health.* 2015;10(Suppl 1):S5.
- Lewis BA, Freebairn LA, Hansen, et al. School-age follow-up of children with childhood apraxia of speech. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 2004; 35:122-140.
- Lima IM, Barros A, Rosa DV, Albuquerque M, Malloy-Diniz L, Neves FS et al. Analysis of telomere attrition in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 2015; 172: 43–47.
- Lissauer T, Clayden G, Roberts G, Foster C, Coren M. (2012). Σύγχρονη Παιδιατρική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Maas E, Mailend M, Smith A, Ziegler W. Speech planning happens before speech execution: Online reaction time methods in the study of apraxia of speech. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 2012; 55(5), S1523-S1534.
- McCabe P, Thomas D, Murray E, Crocco L, Madill C. (2017). Rapid Syllable Transition Treatment – ReST. The University of Sydney. Retrieved from <http://sydney.edu.au/health-sciences/rest/>
- Macchini F, Leva E, Torricelli M, Valade A. Treating acid reflux disease in patients with Down syndrome: pharmacological and psysiological approaches, Dove Medical Press Ltd, 2011; 4: 19-22.
- McCubbin JA, Peach H, Moore DD, Pilcher JJ. Effects of sleep deprivation. *International Journal of Hypertension*, 2012; 1-9.
- Malcolm A. The nurse role in managing and treating sleep disorders. *NEUROLOGY*, 2005; 101(23): 34-44.
- Mednick M. (2007). Supporting Children with multiple disabilities. N.York: Continuum International Publishing group.
- Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa - medical complications. *J Eat Disord* 2015; 3: 11.

- Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2011; 68 (3): 241–251.
- Merikangas KR, Cui L, Kattan G, Carlson GA, Youngstrom EA, Angst J. Mania With and Without Depression in a Community Sample of US Adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 2012;69:943–951.
- Miller S, Hallmayer J, Wang PW, et al. Brain-derived neurotrophic factor val66met genotype and early life stress effects upon bipolar course. *J. Psychiatr. Res.* 2013; 47: 252–258.
- Miron C. The parent experience: When a child is diagnosed with childhood apraxia of speech. *Communication Disorders Quarterly*, 2012; 33(2): 96-110.
- Moriarty BC, Gillon GT. Phonological awareness intervention for children with childhood apraxia of speech. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 2006; 41(6): 713–734.
- Morris, J. (2012). ABC στις διατροφικές διαταραχές. (επιμ. Τσίτσας, Γ.) Αθήνα: Παρισιάνος.
- Moskowitz LJ, Carr EG, Durand VM. Behavioral intervention for problem behavior in children with fragile x syndrome *Am J Intellect Dev Disabil*, 2011; 116 (6): 457-478.
- Neul JL, Fang P, Barrish J, Lane J, Caeg EB, Smith EO, Zoghbi H, Percy A, Glaze DG. Specific mutations in methyl-CpG-binding protein 2 confer different severity in Rett syndrome. *Neurology*, 2008; 70 : 1313–1321.
- Neul JL, Kaufmann WE, Glaze DG, Christodoulou J, Clarke AJ, Bahi-Buisson N, Leonard H, Bailey ME, Schanen NC, Zappella M, et al. Rett syndrome: Revised diagnostic criteria and nomenclature. *Ann Neurol*, 2010; 68 : 944–950.
- Ohayon, M.M.; Roth, T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J. Psychiatr. Res.* 2003;37: 9–15.
- Parthasarathy, S.; Vasquez, M.M.; Halonen, M.; Bootzin, R.; Quan, S.F.; Martinez, F.D.; Guerra, S. Persistent insomnia is associated with mortality risk. *Am. J. Med.* 2015; 128, 268–275.e2.
- Pinto-Martin JA, Levy SE, Feldman JF, Lorenz JM, Paneth N, Whitaker AH. Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Adolescents Born Weighing <2000 Grams. *Pediatrics*. 2015;128(5):883-891.

- Ramar K, Olson E. Management of common sleep disorders. *Am Fam Physician*. 2013;88(4):231-238.
- Ramdurg S. Kleine–Levin syndrome: Etiology, diagnosis, and treatment. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2010;13(4):241-246.
- Rapp CE. Rett Syndrome: a brief update and Special features in adults, *Exceptional Parent*, 2006; 36 (5): 79-82.
- Reichert AP da S, Collet N, Eickmann SH, Lima M de C. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23(5):954-962.
- Reiss AL, Hall SS. Fragile X syndrome: assessment and treatment implications. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2007; 16:663.
- Rett A. On an unusual brain atrophy syndrome in hyperammonemia in childhood . *Wien Med Wochenschr* 1966; 116 : 723–726.
- Rutkowski M, Brimer D. Physical Education Issues for Students With Autism: School Nurse Challenges. *The Journal of School Nursing* , 2015; 30 (4): 256 – 261.
- Sanders A, Martin E., Beecham G, et al. Genome-wide scan demonstrates significant linkage for male sexual orientation. *Psychological Medicine*, 2015; 45(7):1379-1388.
- Saunders E.F. Gender differences, clinical correlates, and longitudinal outcome of bipolar disorder with comorbid migraine. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75:512–519.
- Schacter DL, Addis DR, Hassabis D, Martin VC, Spreng RN, Szpunar KK. The Future of Memory: Remembering, Imagining, and the Brain. *Neuron*. 2012;76(4):10.1016.
- Schlarb AA, Friedrich A, Claßen M. Sleep problems in university students – an intervention. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017;13:1989-2001.
- Shriberg LD, Potter N, Strand EA. Prevalence and phenotype of childhood apraxia of speech in youth with galactosemia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2011; 54:487-519.
- Shriberg LD, Lohmeier HL, Strand EA, Jakielski K J. Encoding, memory, and transcoding deficits in childhood apraxia of speech. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 2012; 26 (5): 445–482.

- Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction, PubMed, 2013; 73(9):827-35.
- Snowling, M.J. (1987). *Dyslexia: A cognitive developmental perspective*. Oxford, England: Blackwell.
- Smink FR, Hoeken D, Hoek WH. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 406–414.
- Speake J, Stackhouse J, Pascoe M. Vowel targeted intervention for children with persisting speech difficulties: Impact on intelligibility. *Child Language Teaching and Therapy*, 2012; 28 (3), 277–295.
- Stephens BE, Vohr BR. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56:631–646
- Sternberg RJ, Grigorenko EL. Intelligence and culture: how culture shapes what intelligence means, and the implications for a science of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2004;359(1449):1427-1434.
- Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S, et al. Understanding catastrophic worry in eating disorders: process and content characteristics. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 2012; 43, 1095–1103.
- Stonehouse A (2002). *The Practice of relationships : essentials provisions for childrens services* ,Office of child care.
- Stunk J. School Nurses' Knowledge of Autism Spectrum Disorders . *The Journal of School Nursing* 2014; 25 (6):445 – 452.
- Tallon M, Kendall G, Priddis L, et al. Barriers to Addressing Social Determinants of Health in Pediatric Nursing Practice: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families* , 2017; 37 : 51 – 56.
- Toledo VP, Ramos NA, Wopereis F. Nursing process to patients with anorexia nervosa. *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(1):193-7.
- Townsend-Roccichelli J, Sanford J, VandeWaa E. Managing sleep disorders in the elderly. *The Nurse Practitioner*, 2010; 35(5): 30-37.
- Tsai PT, Hull C, Chu Y, Greene-Colozzi E, et al. Autistic-like behaviour and cerebellar dysfunction in Purkinje cell Tsc1 mutant mice. *Nature*. 2012; 488, 647–651.

- Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(10):1254–69.
- Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *J Clin Nurs*, 2015; 23(21-22):3156-65.
- Tyagi BL. Managing sleep problems in children with learning disabilities: the nursing role. *Learning Disability Practice*. 2017; 20 (6): 20-23.
- Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2011;72:1250–1256.
- Williams SE, Watts TKO, Wade TD. A review of the definitions of outcome used in the treatment of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32:292–300.
- Wing L, Gould J. Severe impairment of social interaction and associated abnormalities *Journal of autism and Developmental Disorders* 1979; 9: 11-29.
- Zappella M, Melonie I, Longo I, Remerie A. Preserved speech variants of the Rett syndrome: Molecular and clinical analysis. *J Med Genet*, 2001; 104: 14-22.
- Zoghbi HY, Bear MF. Synaptic Dysfunction in Neurodevelopmental Disorders Associated with Autism and Intellectual Disabilities, *Cold Spring Harb Perspect Biol*, 2012; 4(3).