

Διαταραχή Διαγωγής : Ιδιαίτερα
χαρακτηριστικά
ψυχοπαθητικότητας σε παιδιά
ηλικίας 9-17 ετών

Πεπελιάς Νικόλαος (Α.Μ. 20161316)
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Προαγωγής Ψυχικής Υγείας-
Πρόληψης Ψυχιατρικών Διαταραχών
Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Επιβλέπων : Καθηγητής Δ. Δικαίος

Το παρόν δοκίμιο αποτελεί πτυχιακή εργασία που συντάχθηκε για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα Προαγωγής Ψυχικής Υγείας- Πρόληψης Ψυχιατρικών Διαταραχών του τμήματος Ιατρικής του ΕΚΠΑ και υποβλήθηκε τον Μάιο του 2018.

Ο συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
Το ιστορικό πλαίσιο της διαταραχής συμπεριφοράς	6
Επιδημιολογία	13
Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ICD-10 και DMS-IV	17
Διαφορική διάγνωση-Συννόσηση	21
Διαταραχή Διαγωγής και Ψυχοπαθητικότητα	24
Αναπτυξιακή πορεία	28
Αιτιολογία : βιολογικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες της ΔΔ	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
Ερευνητικοί στόχοι και Υποθέσεις.....	37
Μέθοδος.....	39
Αποτελέσματα.....	46
Συζήτηση.....	61
Περιορισμοί και αξία της έρευνας	65
Βιβλιογραφία	66
Παράρτημα.....	83

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφορά τη Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) και την ανάπτυξη ψυχοπαθητικών χαρακτηριστικών σε παιδιά ηλικίας 9-17 ετών. Η ΔΔ είναι μια διάχυτη και επίμονη μορφή επιθετικής και παραπλανητικής συμπεριφοράς με έναρξη την παιδική και εφηβική ηλικία. Η ψυχοπαθητικότητα είναι χαρακτηριστικό της ΔΔ και της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (ΑΔΠ). Η έναρξη της ΔΔ παρατηρείται συνήθως στην ύστερη παιδική ή πρώιμη εφηβική ηλικία με σοβαρά σημάδια αντικοινωνικής συμπεριφοράς που συνοδεύουν το άτομο και στην ενήλικη ζωή. Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΔ κυμαίνεται από 1,5% ως 3,4% στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση αυτού του ποσοστού.

Σκοπός του παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Έρευνας FemNat-CD, η οποία αφορούσε έφηβα κορίτσια με ΔΔ. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η συσχέτιση των παραγόντων της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ ουσίες/ τσιγάρο από τη μητέρα στην κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την κύηση, χρόνος γέννησης, βάρος γέννησης) με την εκδήλωση ΔΔ από το παιδί. Επίσης, μελετάται αν οι ίδιοι παράγοντες παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με τις κλίμακες που αποτυπώνουν επιθετικότητα, ψυχοπαθητικότητα και παραβατικότητα, στα παιδιά που έχουν λάβει διάγνωση ΔΔ.

Στην έρευνα συμμετείχαν 125 έφηβοι , κυρίως κορίτσια. Για τις ανάγκες διεξαγωγής της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια καταγραφής ψυχοπαθητικών στοιχείων (YPI), σύντομης εκτίμησης παιδιών με παραβατική συμπεριφορά (MAYSI-II) και αντίδρασης-επιθετικότητας (RPQ), συνοδευόμενα από ερωτηματολόγιο για δημογραφικά και ιατρικά δεδομένα (Medical History).

Ο μοναδικός παράγοντας της προγεννητικής περιόδου που φάνηκε να συσχετίζεται με την εμφάνιση της ΔΔ είναι η βία (σωματική ή λεκτική) που ασκεί ο σύντροφος της μητέρας προς την ίδια κατά την κύηση. Στα παιδιά που έχουν ΔΔ, το κάπνισμα της μητέρας στην κύηση καθώς και η βία από τον σύντροφο προς τη μητέρα, φάνηκαν να σχετίζονται με τις κλίμακες ψυχοπαθητικότητας και επιθετικότητας.

Abstract

Conduct disorder (CD) and the psychopathic traits in children 9-17 of age are the main themes of this thesis. CD is a pervasive and persistent form of aggressive and

misleading behavior that begins at the childhood or the early adolescence.

Psychopathy is a characteristic of CD and Antisocial Personality Disorder (APD).

The onset of the CD is usually observed in late childhood or early adolescence with severe signs of antisocial behavior accompanying the individual in adulthood. The incidence of CD ranges from 1.5% to 3.4% in the population of children and adolescents.

The aim of the study is to analyse the data of the European Project FemNat-CD, a research on adolescent CD girls. The main purpose is to examine the correlation between the prenatal factors (alcohol/ substances/ smoking during pregnancy, violence from the partner towards mother during pregnancy, birth time, birth weight) and the onset of CD psychopathology in the child. It is also contemplated whether the same factors are correlated with the scales reflecting aggression, psychopathic traits and delinquency in children who have been diagnosed with CD.

This study involved 125 teenagers, mostly girls. The youth psychopathic trait questionnaire (YPI), the brief assesment of offending behavior questionnaire (MAYSI-II) and the reactive-proactive behavior questionnaire were used to conduct the survey, accompanied by demographic and medical questionnaire (Medical History).

The only prenatal factor the appeared to be correlated with the appearance of CD is the violence carried by mother's partner during pregnancy. Within diagnosed CD children, maternal smoking during pregnancy and violence towards mother from the partner during pregnancy seemed to be related to psychopathic and aggressive scales.

Διαταραχή Διαγωγής : Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθητικότητας σε παιδιά ηλικίας 9-17 ετών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Το ιστορικό πλαίσιο της διαταραχής συμπεριφοράς

Η πλατωνική παράδοση, που διαμορφώνει μία από τις στάσεις των δυτικών λαών σχετικά με την ηθική, αποτελεί την πιο πρόωμη και ταυτόχρονα την πιο εξεζητημένη ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στην επιβλαβή συμπεριφορά και την ανάπτυξη της αίσθησης της εγκληματικής ευθύνης. Στο σημείο που ο άνθρωπος νόμος θεωρεί την εγκληματική ενέργεια ανθρώπινο λάθος, ο Πλάτωνας κάνει μια καίριας σημασίας διάκριση ανάμεσα σε ευθύνη και υπαιτιότητα. Κανείς δεν κάνει ηθελημένα κακό και οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι για τις ίδιες τους τις πράξεις (Balot, R.K., 2001).

Το κάθε άτομο έχει την ευθύνη για ό,τι διαπράττει και η αποκατάσταση της ζημιάς θεωρείται οφειλόμενη στο θύμα, ακόμα και στην περίπτωση που η ενέργεια έγινε κατά λάθος ή και από βρέφος. Η υπαιτιότητα, από την άλλη, αποτελεί θέμα προδιάθεσης. Η διαφορά, κατά τον Πλάτωνα, μεταξύ ενός καλού ανθρώπου και ενός εγκληματία είναι περισσότερο θέμα προδιάθεσης, παρά δράσης και διακρίνει τρεις κατηγορίες εγκληματικής προδιάθεσης : το έγκλημα ως «αμάθεια», το έγκλημα ως «ψυχική αποδιοργάνωση» και το έγκλημα ως «ασθένεια» (Hill J. & Maughan B. 2001).

Η οπτική του Πλάτωνα για την εγκληματική συμπεριφορά καθρεφτίζεται μέσα από την ιστορία και συγκεκριμένα από τις προσπάθειες αντιμετώπισης των παιδιών με διαταραχή διαγωγής. Ο Πλάτωνας αναφέρει ότι το έγκλημα προκαλείται

από πνευματικές διαταραχές και αυτό διαφαίνεται από τις απόπειρες των ανθρώπων, ανά τους αιώνες, να χρησιμοποιήσουν ηθικούς κώδικες όπως αυτούς της θρησκείας, για να οδηγήσουν τα παιδιά στην καλή συμπεριφορά. Αυτές δείχνουν τη σταδιακή πρόοδο, καθώς παρατηρείται απομάκρυνση από την ποινή της τιμωρίας και της αντιμετώπισης των παιδιών που είχαν παραβατική συμπεριφορά ως προβληματικών, προς την αντίληψη ότι τα παραβατικά παιδιά χρειάζονται διδαχή, καθοδήγηση και θεραπεία των ελαττωμάτων τους. Προσπάθειες να γίνει αντιληπτή η παιδική αποκλίνουσα συμπεριφορά ως «αμάθεια» και να βελτιωθεί μέσω της μάθησης, υπάρχουν ήδη από τον 16^ο αιώνα. (Hill J. & Maughan B., 2001).

Η παιδική και εφηβική διαταραγμένη συμπεριφορά εξαρτώνται από την αναγνώριση των εξελικτικών σταδίων των παιδιών. Πριν τον 20^ο αιώνα, τα παιδιά αντιμετώπιζονταν σαν μικροί ενήλικες. Δούλευαν σε φάρμες και εργοστάσια, έφτιαχναν φαγητό και συνέβαλλαν στο οικογενειακό εισόδημα. Η αλλαγή αυτής της εικόνας έγινε περίπου στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όταν άρχισε να γίνεται κατανοητή η σημασία του παιχνιδιού και του ελεύθερου χρόνου για τα παιδιά και εν συνεχεία η σημαντικότητα της ανατροφής τους, γνωστά ως «το κίνημα της μελέτης του παιδιού» (Van Drunen P. & Jeroen J., 2004). Στο τέλος αυτού του αιώνα οι αναπτυξιακές θεωρίες για τα παιδιά συμπληρώθηκαν με την αναγνώριση του εφηβικού σταδίου.

Το 1904 εκδόθηκε το πρώτο βιβλίο με τίτλο «Εφηβεία», το οποίο αποτέλεσε την αρχή καθιέρωσης της εφηβικής ηλικίας ως ξεχωριστό αναπτυξιακό στάδιο (Van Drunen P. & Jeroen J., 2004). Έτσι, μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα η άποψη για τα παιδιά άλλαξε σημαντικά. Οι πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες μεταβάλλονταν συνεχώς, καταδεικνύοντας την ανάγκη να αποκτήσουν οι νέοι γνώσεις και δεξιότητες εφάμιλλες των ανανεωμένων κοινωνικών απαιτήσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα

παιδιά που παρέμεναν στο δρόμο να αποτελούν πρόβλημα που επηρέαζε ολόκληρη την κοινωνία (Van Drunen P. & Jeroen J., 2004).

Η υποχρεωτική εκπαίδευση εισήχθη, εκείνη την περίοδο, ως μέσο κοινωνικού ελέγχου για να κρατήσει τα παιδιά μακριά από τους δρόμους και να ενισχύσει τις αυξανόμενες κοινωνικοοικονομικές ανάγκες του εξελιγμένου κράτους (Costello Jane E. & Adria A., 2001).

Με την αποδοχή της διάκρισης του παιδικού και εφηβικού εξελικτικού σταδίου και της εγκαθίδρυσης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ξεκίνησε και η έρευνα των αιτιών της παραβατικότητας. Η ερμηνεία των συμπεριφορικών προβλημάτων το 19^ο αιώνα περιελάμβανε και την ανακάλυψη ότι ο εγκέφαλος χωρίζεται σε τομείς λειτουργίας. Κάθε τομέας θεωρείται αντιπροσωπεύει ξεχωριστές λειτουργίες και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε κάθε άτομο. Τυχόν δυσλειτουργικές συμπεριφορές θα μπορούσαν να διαβαστούν από εξογκώματα στα ανθρώπινα κρανία. Η Φρενολογία έβαλε το θεμέλιο για τον βιολογικό ντετερμινισμό, που θα ήταν η κύρια γραμμή σκέψης η οποία περιέβαλλε την εγκληματικότητα από τα μέσα του 19^{ου} ως και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Burkhead Dow M., 2006).

Στην επιστήμη της φρενολογίας ανήκουν και οι εργασίες από τον Ιταλό γιατρό Lombroso και την «Ποινική Ανθρωπολογία» του, ο οποίος ανακάλυψε ιδιαίτερα φυσιολογικά χαρακτηριστικά στους εγκληματίες που μελετούσε, ικανά να τους διακρίνουν από τους κοινούς ανθρώπους. Το 1876 ο Lombroso εξέδωσε το βιβλίο με όνομα «Εγκληματίας», όπου περιέγραφε τη φυσιολογία των εγκληματιών αποδίδοντάς τους συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως κόκκινα μαλλιά, μεγάλα φρύδια, μεγάλα αυτιά, προγναθισμό. Στις αναθεωρημένες εκδόσεις, αναφέρει διαφορετικούς τύπους εγκληματιών όπως «ο γεννημένος εγκληματίας», «ο παρανοϊκός εγκληματίας», «ο υστερικός εγκληματίας» και «ο περιστασιακός». Στις

μελέτες του συμπεριέλαβε και παιδιά και παρατήρησε πως και αυτά, όσα ενεργούν εγκληματικά, έχουν τις ίδιες φυσιογνωμικές «ανωμαλίες» με τους ενήλικες. Ο Lombroso πίστευε πως όλα τα παιδιά γεννιούνται ανήθικα, αλλά μπορούν να ξεπεράσουν τις εγκληματικές τους τάσεις αν ζουν με ειλικρινείς ηθικούς ανθρώπους (Gibson M. & Rafter N.H., 2006).

Το 1939 ο Αμερικανός ανθρωπολόγος Enerst Hooten, μελέτησε ένα μεγάλο αριθμό εγκληματιών και τον σύγκρινε με ένα μικρότερο δείγμα νόμιμων πολιτών. Τα ευρήματα του ήταν πως οι εγκληματίες είχαν μικρές φυσιογνωμικές διαφορές στο κρανίο, στο μέγεθος της μύτης κτλ. και συμπέρανε πως ήταν κατώτεροι, χωρίς να προσδιορίζει αυτή την έννοια ούτε τον τρόπο που έκανε τις μετρήσεις του (Burkhead Dow M., 2006).

Ωστόσο σταδιακά αυτού του είδους οι μέθοδοι για τον καθορισμό των εγκληματιών ξεπεράστηκαν, ενώ την ίδια στιγμή έδαφος κέρδιζε η ψυχαναλυτική θεωρία που επηρέασε πολλούς ειδικούς που ασχολούνταν με παιδιά. Ιδρυτής της θεωρίας ήταν ο Φρόυντ, όμως η ψυχαναλυτική θεωρία σε σχέση με τα αντικοινωνικά παιδιά ξεκίνησε από τον ψυχίατρο William Healy, ο οποίος τα μελέτησε συστηματικά στην κλινική του. Ξεκίνησε με ψυχαναλυτικές ιδέες, τις οποίες επέκτεινε ακόμα περισσότερο με εμπειρίες και σκέψεις από τη δουλειά του (Snodgrass J., 1984). Ο Healy διέκρινε τρεις κύριες αιτίες παραβατικής συμπεριφοράς : ψυχικές ανωμαλίες, ελαττωματικές οικογενειακές συνθήκες και σωματική παθολογία. Τα συμπεράσματά του βασίστηκαν σε εξατομικευμένες μελέτες περίπτωσης παραβατικών νέων και έτσι αποτέλεσε αντιπρόσωπο μιας νέας οπτικής απέναντι στο άτομο και τη συμπεριφορά (Fink A.E., 1938).

Το 1925 στο βιβλίο του, με τίτλο «Wayward Youth», ο August Aichhorn εφάρμοσε τις ψυχαναλυτικές αρχές σε παραβατικούς και αντικοινωνικούς ανηλίκους.

Πίστευε ότι τα παιδιά γεννιούνται αντικοινωνικά και επιδιώκουν μόνο την ευχαρίστηση. Αργότερα, μέσω της εκπαίδευσης και της κοινωνικής συναναστροφής, μαθαίνουν να βάζουν τους μακροπρόθεσμους στόχους πάνω από τα πάθη τους. Κάποια παιδιά προδιατίθενται στην εγκληματικότητα και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δρουν ενισχυτικά ή αποτρεπτικά ως προς αυτό. Θεωρώντας τον εαυτό του ως δάσκαλο και τα παιδιά ως ένα κομμάτι της κοινωνίας που χρειάζεται εκπαίδευση, υποστήριξε πως μόνο η ύπαρξη φυσικής ή πνευματικής ασθένειας ήταν επαρκής λόγος για παραπομπή ενός ανήλικου στο αρμόδιο γιατρό (Aichhorn A., 1925).

Ο Neill Alexander Sutherland (1926), στηριζόμενος στα ψυχαναλυτικά πρότυπα, υποστήριξε ότι η παραβατικότητα των ανηλίκων προκαλούνταν από την καταστολή των φυσικών παρορμήσεων και την επιβολή ηθικών προτύπων που δεν μπορούσαν να ακολουθήσουν. Ίδρυσε εκείνη την περίοδο το σχολείο «Summerhill», γνωστό για τις αμφιλεγόμενες εκπαιδευτικές μεθόδους του, το οποίο διαπνεόταν από δημοκρατικό αέρα και μια βαθιά πεποίθηση ότι αν δεν αναζητηθεί η δόλια συμπεριφορά από το παιδί, αυτό δεν πρόκειται να την αναπτύξει (Sutherland N.A., 1926).

Παρόλο που όσοι ασχολήθηκαν με παιδιά και νέους στις αρχές του 20^{ου} αιώνα είχαν ψυχαναλυτικό υπόβαθρο, δεν ανέπτυξαν όλοι θεωρίες. Την άποψη ότι στη νεανική παραβατικότητα υπάρχει γενετική προδιάθεση αλλά καθοριστικός παράγοντας είναι το περιβάλλον που ζει το παιδί, υποστήριξε ο Cyril Burt (1925). Τα περισσότερα παιδιά που είναι παραβάτες του νόμου έχουν κάποιο μέλος μέσα στην οικογένεια που είναι εγκληματίας. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες που διαμορφώνουν το νεαρό εγκληματία χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις «εντός σπιτιού» και τις «εκτός σπιτιού». Περαιτέρω, οι «εντός σπιτιού» διαιρούνται σε παράγοντες

«φτώχειας», «μη ομαλές οικογενειακές σχέσεις», «απειθαρχία» και «βίαιο οικογενειακό περιβάλλον» (Burt C., 1925). Επίσης, ο ίδιος, χρησιμοποιώντας δοκιμασίες μέτρησης της ευφυΐας στους ανήλικους παραβάτες και μερικές από τις πιο αξιόπιστες μεθόδους της εποχής, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το πιο κοινό χαρακτηριστικό των νέων παραβατών είναι το χαμηλό νοητικό επίπεδο (Burt C., 1925).

Από αυτή την περίοδο τα τεστ νοημοσύνης αρχίζουν να αποτελούν βασικό εργαλείο στις έρευνες για τους ανήλικους παραβάτες. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο Αμερικανός Goddard, έπειτα από μετρήσεις που έκανε σε νέους που εγκληματούν, συνειδητοποίησε ότι περισσότερο από το 25% αυτών ήταν «πνευματικά ελαττωματικοί» και θεώρησε ότι αυτό το στοιχείο ήταν κομμάτι της φύσης τους. (Fink Arthur E., 1938). Αν και πολλά συμπεράσματα από τα τεστ νοημοσύνης μπορεί να ήταν εσφαλμένα και να έδωσαν ψευδή εικόνα, από αυτή την περίοδο και μετά άρχισαν να εξελίσσονται σε απόλυτα έμπιστα εργαλεία για τους ψυχολόγους (Fink A. E., 1938).

Από το 1930 η κατανόηση των αιτών που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παραβατικότητας της νεολαίας, περιελάμβανε περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ενώ η ψυχαναλυτική σχολή εστίαζε μόνο στο ασυνείδητο, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνυπολόγιζαν και τους δύο τομείς στη νεανική εγκληματικότητα. Οι αλλαγές που συνέβαιναν στην κατανόηση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς ήταν σε πορεία παράλληλη με αλλαγές στη θεραπεία των παιδιών-παραβατών, στη δικαιοσύνη και στην εκπαίδευση (Patterson G.R., DeBaryshe B.D. & Ramsey E., 1989).

Η ουσιαστική αλλαγή της αντιμετώπισης των νέων, που ως τότε ήταν αντίστοιχη με τους ενήλικες, ξεκίνησε μετά το 1930. Σύμφωνα με τις τότε πρόσφατες

προτάσεις του Burt ή μεταστροφή της ποινής σε επανένταξη, αποτέλεσε κύριο στόχο των δικαστηρίων (Weijers I., 2004). Τα δικαστήρια, υπό το πρίσμα του «*parens patriae*- πατρίδα ως γονέας», ανέλαβαν τη ευθύνη να συμπεριφέρονται ως γονείς για το καλύτερο δυνατό των παιδιών. Ως ποινή στους παραβάτες ορίζονταν πια η φυλάκιση, μόνο αν ήταν πάνω από 16 χρονών, οι βιομηχανικές σχολές και τα αναμορφωτήρια (Burt C., 1925). Ανάλογα με τη βαρύτητα της παραβατικής πράξης τα παιδιά δέχονταν την αντίστοιχη μεταχείριση, με τα πιο σοβαρά των εγκλημάτων να οδηγούνται στο αναμορφωτήριο και έπειτα στη φυλακή. Στόχος ήταν να δημιουργηθούν πολίτες με καλή διαγωγή. Η ευθύνη αυτή μεταβιβάστηκε και στο εκπαιδευτικό σύστημα, όπου η επιτυχία του σχολείου, του δασκάλου και της εκπαίδευσης καθορίζονταν από το βαθμό που επιτύγχαναν να παραδώσουν στην κοινωνία έναν σωστό πολίτη (Burt C., 1925).

Μέχρι το 1930 κύριο μέλημα των εκπαιδευτικών και ψυχολόγων ήταν να χωρίζουν τα παιδιά σε κατηγορίες βάσει των τεστ νοημοσύνης και των ικανοτήτων τους (Ludvigsen K. & Asmund A.S., 2009) . Στην αρχή οι καθηγητές ενδιαφέρονταν μόνο για την ακαδημαϊκή μόρφωση των νέων, αδιαφορώντας για την ψυχική τους υγεία. Αυτό άλλαξε ως το 1940, όταν οι εκπαιδευτικοί άρχισαν να φροντίζουν και την ψυχική ισορροπία των παιδιών και ανταποκρίνονταν συναισθηματικά προς αυτά. Ο Malherbe (1938), υπέδειξε την ανάγκη για περισσότερο εξατομικευμένη αντιμετώπιση των προβληματικών παιδιών σε αντιδιαστολή με την σωματική τιμωρία, η οποία επιφέρει μεγάλη δυσαρέσκεια στα παιδιά (Malherbe E.G., 1938). Ωστόσο η άποψη αυτή φάνηκε να ασκεί ουσιαστική επίδραση στο εκπαιδευτικό σύστημα μόνον μετά το 1950.

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της Διαταραχής Διαγωγής (ΔΔ) κυμαίνεται από 1.5% ως 3.4% στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό (Bartol C. & Bartol A., 1989. Feehan M., McGee R., Williams S., 1993). Η επίπτωση (πιθανότητα εμφάνισης) της διαταραχής τείνει να κορυφώνεται προς το τέλος της παιδικής ηλικίας και την πρώιμη εφηβική (Loeber R., Keenan K., Lahey B., Green S, Thomas C., 1993b). Περίπου το 40% των παιδιών και εφήβων με ΔΔ, παρουσιάζουν αργότερα διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή.

Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στη διαφοροποίηση μεταξύ διαταρακτικών και επιθετικών συμπεριφορών που πρωτοεμφανίζονται στην πρώιμα παιδικά χρόνια και εκείνων που ξεκινούν στην εφηβεία (Moffitt T.E.,1993). Η έναρξη από την πολύ μικρή ηλικία αποτελεί προγνωστικό δείκτη διατήρησης της ΔΔ και στην εφηβική, ενώ η εγκληματικότητα της πρώιμης παιδικής ζωής είναι πολύ πιθανό να μείνει και στην ενήλικη ζωή. Η διαφορά όσων παιδιών έχουν πρώιμη έναρξη σε σχέση με όσα έχουν μεταγενέστερη είναι ότι τα πρώτα έχουν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης, περισσότερα προβλήματα προσοχής, παρορμητικότητα, χειρότερη απόδοση στις νευρολογικές δοκιμασίες, περισσότερα προβλήματα με τους συνομηλίκους και είναι πιθανότερο να προέρχονται από οικογένειες με δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης (Moffitt T.E., Caspi A., Rutter M. et al., 2001). Η άλλη ομάδα παιδιών, με μεταγενέστερα συμπτώματα, θεωρείται ότι εγκληματούν λόγω κοινωνικής επιρροής όπως η σύνδεση με άλλους παραβατικούς νέους ή η αναζήτηση της κοινωνικής τους θέσης.

Η Moffitt (1993), ονόματισε την ομάδα πρώιμης έναρξης ως «life course persistent», ισόβιας διάρκειας και την ομάδα μεταγενέστερης έναρξης ως «adolescence limited», εφηβικά περιορισμένη. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων επιβεβαιώθηκε αργότερα από μελέτες σε ανομοιογενή δείγματα και διαφορετικές

χώρες (Moffitt, 2006). Τα συμπεράσματα των ερευνών της έδειξαν χειρότερα αποτελέσματα στην ενήλικη ζωή για την ομάδα πρώιμης έναρξης στους τομείς της βίας, της κατάχρησης ουσιών/αλκοόλ, της εργασίας και της ψυχικής υγείας (Moffitt T.E., Caspi A., Harrington H., 2002). Η παρακολούθηση των ατόμων αυτής της ομάδας στην ηλικία των 32 ετών αποκάλυψε πως η πρώιμη έναρξη της «life course persistent» διαταραχής διαγωγής υπονόμεισε τη σωματική υγεία σε σχέση με άλλες ομάδες, όπως δείχνουν οι αυξημένοι τραυματισμοί, η αναζήτηση βοήθειας σε νοσοκομεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Αλλά και η ομάδα «adolescence limited» αντιμετώπισε δυσκολίες στην ενήλικη ζωή (Moffitt T.E., Caspi A., Harrington H., 2002), καθώς ως ενήλικες φαίνεται ότι αναφέρουν περισσότερες παραβάσεις και συχνότερα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών. Μια έρευνα του Cambridge σε 411 Λονδρέζους, από 8 ως 48 χρόνων, έδειξε ότι όσοι αναφέρουν αντικοινωνική συμπεριφορά που ξεκινά στην εφηβεία, εξακολουθούν να διαπράττουν μικροπαραπτώματα στην ενήλικη ζωή, αν και η επαγγελματική τους απόδοση και οι σχέσεις τους δεν είναι προβληματικές (McGee T.R., Farrington D.P., 2010).

Γενικά, η ΔΔ απαντάται περισσότερο στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, με συχνότητα 6-10% και 2-9%, αντίστοιχα (APA, 2000). Τα ποσοστά αυτά ποικίλουν ανάλογα με το ηλικιακό εύρος και το είδος της διαταραχής. Ορισμένες μελέτες υπολογίζουν την αναλογία της διαταραχής μεταξύ αγοριών και κοριτσιών από 3/1 ως 5/1 (Boyle M., Offord D., Racine Y., Szatmari P., 1992). Παρόλο που τα αγόρια φαίνεται να εμφανίζουν ΔΔ περισσότερο σε όλες τις ηλικίες, το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων ελαττώνεται στην εφηβεία, όπου τα κορίτσια τείνουν να ξεπερνούν τα αγόρια στην επίπτωση (νέα εμφάνιση των συμπτωμάτων), κατά την μέση εφηβική

ηλικία (Offord D., 1987. Maughan B., Rowe R., Messer J., Goodman R. & Meltzer H., 2004).

Οι έρευνες για τη ΔΔ αφορούν πολύ περισσότερο πληθυσμούς αγοριών, αν και αρχίζουν να πραγματοποιούνται μελέτες και στις κοπέλες (Loeber R., Keenan K., Lahey B., Green S., Thomas C., 1993a). Πρόσφατες μελέτες επισημαίνουν ότι οι γυναίκες που έχουν ιστορικό ΔΔ στην παιδική ηλικία παρουσιάζουν περισσότερο εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες και διαγιγνώσκονται πιο συχνά με συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές. Επίσης, έχουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας και περισσότερη επιθετικότητα σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ΔΔ σε παιδική ηλικία (Linder P., Savic I., Sitnikov R., Budhiraja M., Liu Y., Jokinen J. Et al., 2016). Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που υπεβλήθησαν σε απεικονίστηκες μεθόδους, παρουσίασαν εγκεφαλικές ανωμαλίες (Linder P., Et al., 2016). Οι Zoccolillo M., Tremblay R., Vitaro F., (1996) αναφέρουν πως το 3% των κοριτσιών με πρόωμη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς πληροί τα κριτήρια του DSM-III για ΔΔ, ενώ το 22% πληροί τα κριτήρια για διαταραχή συμπεριφοράς. Η τελευταία διαταραχή δεν είχε διαγνωσθεί καθόλου σε κορίτσια που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως αντικοινωνικά στο νηπιαγωγείο. Όταν προστέθηκε το κριτήριο της παραβίασης κανόνων για τη διάγνωση ΔΔ, το ποσοστό ξεπερνούσε το 35% (Zoccolillo M., Tremblay R., Vitaro F., 1996).

Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, αναφορικά με την έκφραση της ΔΔ, γίνονται πιο εμφανείς στην εφηβεία, με τα αγόρια να εκδηλώνουν περισσότερη επιθετικότητα και τα κορίτσια να προβαίνουν συχνότερα σε μικρο-αδικήματα και πορνεία. Τα αγόρια τείνουν να εκδηλώνουν συχνότερα διαταραχή διαγωγής από τα κορίτσια λόγω μεγαλύτερης επίδρασης παραγόντων που σχετίζονται με την προσωπικότητα τους (όπως υπερδραστηριότητα) και νεύρο-αναπτυξιακή

καθυστέρηση (Keenan K., Shaw DS., 2003). Ωστόσο, αυτές οι διαφορές φαίνεται να εξαλείφονται όταν η συμπτωματολογία είναι πιο σοβαρή.

Η αύξηση του επιπολασμού της ΔΔ και στα δύο φύλα αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Οι Collishaw S., Maughan B., Goodman R. & Pickles A., (2004) διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των εφήβων με προβλήματα συμπεριφοράς υπερδιπλασιαστήκε μεταξύ 1974 και 1999.

Από τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής, το 50% έως 75% παρουσίαζαν συννόσηση με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Τα μισά από τα παιδιά είχαν τουλάχιστον μια εσωτερικευμένη διαταραχή, όπως κατάθλιψη ή άγχος. Οι νέοι με ΔΔ και κατάθλιψη παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας ή απόπειράς της, καθώς και αυτοβλαπτικών συμπεριφορών σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνο κατάθλιψη. Το 90% των χρηστών ουσιών είχαν και διαταραχή διαγωγής. Τα παιδιά με ΔΔ συχνά παρουσιάζουν στο ιστορικό τους τα ακόλουθα (Carey G. & DiLalla D., 1994. Plomin R., 1994) :

- Συγκεκριμένες αναπτυξιακές διαταραχές.
- Χαμηλότερα βαθμολογία σε δοκιμασίες νοημοσύνης.
- Τραύματα στο κεφάλι και το πρόσωπο.
- Ήπια νευρολογικά συμπτώματα.
- Εγκεφαλικές ανωμαλίες.
- Ήπια ψυχωσικά συμπτώματα, όπως παρανοειδή ετοιμότητα, διαταραχές στη σκέψη, ιδέες μεγαλείου.

Σύμφωνα με τον Offord (1990) η διαταραχή διαγωγής δεν δείχνει να συνδέεται με οικογενειακούς και γενετικούς προδιαθεσιακούς παράγοντες, αν και κάτι τέτοιο αμφισβητείται από άλλους ερευνητές (Carey G. & DiLalla, 1994).

Το οικογενειακό περιβάλλον παιδιών και εφήβων που πάσχουν από τη διαταραχή, παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές όταν συγκρίνεται με οικογένειες υγιών παιδιών (Frick P., Lahey B., Loeber R., Stouthamer-Loeber M., 1992). Όσα παιδιά έχουν διαταραχή διαγωγής συνήθως προέρχονται από μεγάλες οικογένειες ή μονογονοεϊκές, με χαμηλό εισόδημα και ζουν σε αστικές περιοχές. Οι πατέρες αυτών των παιδιών έχουν συχνότερα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ η παρουσία τους είναι σπάνια στο σπίτι. Οι μητέρες, από την άλλη, εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης, αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, διαταραχής χρήσης ουσιών και σωματοποιητικών διαταραχών (Plomin R., 1994). Οι γονείς αυτών των παιδιών, χρησιμοποιούν εναντίον τους τη σωματική τιμωρία και κακοποίηση και συχνά τα παραμελούν. Οι έρευνες δείχνουν πως όταν τα παιδιά παρουσιάζουν συννόσηση με ΔΕΠ-Υ, οι γονείς τους έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό ιστορικό βίας, προβλήματα με το νόμο και ποινές φυλάκισης, αναλογικά με τους γονείς των παιδιών που έχουν απλά ΔΔ (Luntz B. & Widom C., 1994., Patterson G., Narrett C., 1990). Ωστόσο, οι Zoccolillo M. & Rogers K., (1991), σε μελέτη τους βρήκαν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες δεν σχετίζονται με τη ΔΔ σε έφηβους. Η εν λόγω μελέτη, πάντως, αφορούσε έφηβες κοπέλες οι οποίες είχαν διαταραχή διαγωγής αλλά προέρχονταν από οικογένειες με επαρκές εισόδημα, τόσο ώστε να μπορούν να εξασφαλίζουν ιδιωτική φροντίδα υγείας, να κατοικούν σε αξιοπρεπείς περιοχές και τα σχολεία στα οποία φοιτούν να μην συγκαταλέγονται σε εκείνα που οι μαθητές τα εγκαταλείπουν πριν αποφοιτήσουν.

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το ICD-10 και DMS-IV

Σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών- International Classification of Diseases (ICD-10), που εκδίδει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Διαταραχή Διαγωγής αντιστοιχεί στον κωδικό

F91. Οι κλινικές περιγραφές και οι διαγνωστικές οδηγίες αναφέρουν παραδείγματα συμπεριφοράς, όπου η διάγνωση βασίζεται στα ακόλουθα : υπερβολικά επίπεδα εμπλοκής σε καυγάδες ή εκφοβισμού, σκληρότητα σε ζώα ή ανθρώπους, σοβαρή καταστροφή ιδιοκτησίας, πυρκαγιά, κλοπή, επανειλημμένα ψεύδη, κοπάνα από το σχολείο και διαφυγή από το σπίτι, ασυνήθιστα συχνά και έντονα νευρικά ξεσπάσματα, προκλητική συμπεριφορά και επίμονη ανυπακοή. Διάγνωση μπορεί να γίνει αν παρατηρηθεί οποιαδήποτε από αυτές τις συμπεριφορές, ωστόσο απομονωμένες αντικοινωνικές συμπεριφορές δεν αποτελούν επαρκές κριτήριο. Πρέπει να υπάρχει ένα συνεχές μοτίβο συμπεριφοράς ή κριτήρια επίπτωσης και δυσλειτουργίας του ατόμου, χωρίς συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για την έρευνα διαφέρουν, απαιτώντας τα συμπτώματα να είναι παρόντα τουλάχιστον 6 μήνες. Τα ερευνητικά κριτήρια περιλαμβάνουν λίστα (από την οποία πρέπει να υπάρχει ορισμένος αριθμός συμπτωμάτων) 15 συμπεριφορών που παρατίθενται και η διάγνωση της ΔΔ συνήθως, αλλά όχι πάντα, ισχύει για μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους (WHO, 1992). Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΔΔ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 4 κατηγορίες ως εξής :

1) Επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα

- Συχνά λένε ψέματα ή αθετούν υποσχέσεις για να αποκτήσουν κάτι ή να αποφύγουν υποχρεώσεις
- Συχνά εμπλέκονται σε καυγάδες
- Έχουν χρησιμοποιήσει όπλο, το οποίο μπορεί να προκαλέσει σημαντική σωματική ζημιά σε άλλους
- Μένουν έξω ως αργά, παρά την απαγόρευση από τους γονείς τους
- Παρουσιάζουν σωματική βιαιότητα σε άλλους ανθρώπους ή ζώα

2) Καταστροφή ιδιοκτησίας

- Σκόπιμα καταστρέφουν την ιδιοκτησία κάποιου άλλου (εκτός από πυρκαγιά)
- Σκόπιμα προκαλούν πυρκαγιά με κίνδυνο ή πρόθεση να προκαλέσουν ζημιά.

3) Δολιότητα ή κλοπή

- Κλέβουν αντικείμενα μικρής αξίας χωρίς να έρχονται αντιμέτωποι με το θύμα, όπως κλοπή σε κατάστημα

4) Σοβαρή παραβίαση των κανόνων

- Συχνά απουσιάζουν από το σχολείο, με έναρξη πριν τα 13 έτη
- Το έχουν σκάσει από το σπίτι ή τους γονείς τουλάχιστον 2 φορές ή το έχουν κάνει 1 φορά για ολόκληρο το βράδυ (σε αυτή την περίπτωση δεν συγκαταλέγεται η φυγή από το σπίτι προκειμένου να αποφευχθεί η σωματική ή σεξουαλική βία)
- Διαπράττουν εγκλήματα ενώπιον του θύματος, όπως αρπαγή τσάντας
- Εξαναγκάζουν άλλα άτομα σε σεξουαλική δραστηριότητα
- Συχνά εκφοβίζουν άλλους
- Εκφοβισμοί, βασανιστήρια, παρενοχλήσεις
- Διαρρήξεις σπιτιών, κτηρίων ή αυτοκινήτων ξένου προσώπου

Για να τεθεί η διάγνωση είναι αναγκαίο να είναι παρόντα 3 συμπτώματα από τη λίστα, ένα τουλάχιστον για 6 μήνες. Δεν ορίζεται κριτήριο δυσλειτουργίας του ατόμου που πάσχει από ΔΔ. Υπάρχουν τρεις υποτύποι της διαταραχής, η διαταραχή διαγωγής που σχετίζεται με το οικογενειακό πλαίσιο (F91.0), η αντικοινωνική διαταραχή διαγωγής (F91.1, όπου το παιδί δεν έχει φίλους και απορρίπτεται από τους συνομήλικους) και κοινωνική διαταραχή διαγωγής (F91.2, όπου οι σχέσεις των συνομήλικων είναι φυσιολογικές) (WHO, 1992).

Η ηλικία έναρξης της διαταραχής ορίζεται ως παιδική αν είναι πριν τα 10 έτη και εφηβική αν είναι μετά τα 10. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων ή τον αντίκτυπο στους άλλους.

Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία-American Psychiatric Association (APA) έχει εκδώσει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-IV). Σύμφωνα με αυτό, η Διαταραχή Διαγωγής χαρακτηρίζεται από εκδήλωση διάχυτης και επίμονης μορφής επιθετικής, δόλιας και καταστροφικής συμπεριφοράς, με έναρξη την παιδική ή την εφηβική ηλικία.

Κριτήριο, ώστε να πληροί ένας έφηβος τη διάγνωση, είναι να παρουσιάζει τρία από 15 συμπτώματα για τουλάχιστον δώδεκα μήνες. Ένα τουλάχιστον από αυτά πρέπει να επισυμβαίνει τους τελευταίους 6 μήνες και από τη συμπεριφορά να προκαλείται κλινικά σημαντική βλάβη (APA, 1994). Τα συμπτώματα είναι τα ακόλουθα : 1) ψέματα, 2) αδικαιολόγητες απουσίες, 3) πρόκληση σωματικών μαχών, 4) εκφοβισμός ή απειλές, 5) μη επιθετική κλοπή, 6) βανδαλισμός, 7) διάρρηξη, 8) επιθετική κλοπή, 9) πρόκληση πυρκαγιάς, 10) συχνή παραμονή εκτός σπιτιού τη νύχτα, 11) έξοδος χωρίς άδεια, 12) χρήση όπλου, 13) σωματική βία προς άλλους, 14) καταναγκαστική σεξουαλική εκμετάλλευση, 15) επιθετικότητα έναντι των ζώων.

Τα συμπτώματα κατατάσσονται σε 4 υποκατηγορίες, παραβιάσεις κανόνων, καταστροφή ιδιοκτησίας, δολιότητα ή κλοπή και φυσική επίθεση. Στο εγχειρίδιο διαγνωστικής ταξινόμησης του DSM-IV, η ΔΔ υποδιαιρείται περαιτέρω στην παιδική έναντι της εφηβικής έναρξης, βάσει της ηλικίας έναρξης της και σε τρεις δείκτες σοβαρότητας (APA, 2000), όπως και στο ICD-10. Η διαταραχή συμπεριφοράς κατηγοριοποιήθηκε για πρώτη φορά στο DSM-III (APA, 1980).

Τα κριτήρια του DSM-IV για τη ΔΔ έχουν επικριθεί όσον αφορά την καταλληλόλητά τους στα κορίτσια και είναι αβέβαιο εάν η υποτυποποίηση θα πρέπει

να έχει διαφορετικά κριτήρια μεταξύ των δύο φύλων (Zoccolillo M., 1993). Έχει προταθεί στη διάγνωση να περιλαμβάνονται περισσότερο μη σωματικές επιθέσεις και πιο συγκεκριμένες παραβάσεις, συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα κοινά μεταξύ των παραβατικών κοριτσιών (Delligatti N., Akin-Little A. & Little SK., 2003).

Διαφορική διάγνωση-Συννόσηση

Η συννόσηση της ΔΔ με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες αποτελεί σύνηθες φαινόμενο και για τα δύο φύλα (Moffit et.al., 2001). Η συχνότητα εμφάνισης περισσότερων από μίας διαταραχών είναι για τα κορίτσια 93% και τα αγόρια 88%. Οι έφηβοι με ψυχικές διαταραχές σύννοδες με ΔΔ είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν διαρκή προβλήματα και έχουν διπλάσιες πιθανότητες να προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με όσους πάσχουν από μια μόνο ψυχική ασθένεια (Costello E.J., Angold A., Burns B.J., Stangl D.K., Tweed D.L., Erkanli A. et al., 1996).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) είναι πρόδρομος για ΔΔ (Rowe R., Maughan B., Pickles A., Costello E.J. & Angold A., 2002). Το DMS-IV ταξινομεί την ΕΠΔ και την ΔΔ ιεραρχικά και αναπτυξιακά, μαζί με την διαταραχή προσωπικότητας, ώστε η ταυτόχρονη συννόσηση μεταξύ τους να μην είναι δυνατή (APA, 1994). Τα συμπτώματα της ΕΠΔ είναι λιγότερο σοβαρά από αυτά της ΔΔ και εμπεριέχουν στοιχεία αντιδραστικότητας (APA, 1994). Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι ο αρνητισμός, η έλλειψη συνεργατικής διάθεσης, η ανυπακοή, η προκλητική αντιδραστική συμπεριφορά, η έλλειψη ψυχραιμίας, η ψευδολογία, η ενοχοποίηση των άλλων. Παρόλα αυτά, οι Diamantopoulou S., Verhulst F.C. & van der Ende J. (2011) παρατήρησαν ότι σε μερικές περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να εξελίσσονται παράλληλα. Το ότι η ΔΔ εξελίσσεται μέσω της ΕΠΔ φαίνεται ότι δεν συμβαίνει στα κορίτσια, αλλά είναι

μάλλον συχνό στα αγόρια (Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E. & Maughan B., 2010). Οι Merikangas K.R., He J., Burstein M., Swanson S.A., Avenevoli S., Cui L. et al., (2010) μελέτησαν και βρήκαν τον δια βίου επιπολασμό της ΕΠΔ στους εφήβους με ποσοστό 12.6%, δηλαδή ποσοστό περίπου διπλάσιο της ΔΔ, 6,8%.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και η ΔΔ συχνά διαγιγνώσκονται μαζί (Κουμούλα Α., 2012). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση ΔΔ (Monuteaux M.C., Faraone S.V., Michelle Gross L. & Biederman J., 2007. Connor D.F., Steeber J. & McBurnett K., 2010). Οι έρευνες δείχνουν πως στις περιπτώσεις συννόσησης, η ΔΔ εμφανίζεται μετά την έναρξη της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής, η οποία έπεται της ΔΕΠ-Υ (Taurines R., Schmitt J., Renner T., Conner A.C., Warnke A. & Romanos M., 2010. Κουμούλα Α., 2012). Η υπέρ-δραστηριότητα του παιδιού με ΔΕΠ-Υ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεταγενέστερα προβλήματα ανάπτυξης, ακόμα και χωρίς τη ΔΔ (Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E. & Danckaerts M., 1996). Η εξέλιξη από ΔΕΠ-Υ σε ΔΔ δεν είναι σαφές ότι ισχύει εξίσου και στα δύο φύλα, αν και πρόσφατες έρευνες διαπίστωσαν ότι ο μελλοντικός κίνδυνος για τη ΔΔ σε κορίτσια με ΔΕΠ-Υ αυξάνεται σημαντικά.

Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από παρορμητικότητα, απροσεξία και υπερκινητικότητα. Οποιαδήποτε από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν να παρερμηνευθούν ως αντικοινωνικά και ιδιαίτερα η παρόρμηση (Tung I., Li J.J., Meza J.L., Jezior K.L., Kianmahd J.S.V, Hentschel P.G., O'Neil P.M., 2016. Lapalme M., Dery M., Dube M., Lemieux A., 2017). Όμως κανένα από τα συμπτώματα της ΔΔ δεν είναι μέρος της υπερκινητικότητας, οπότε ο αποκλεισμός της διαταραχής δεν είναι δύσκολος.

Η ΔΔ μπορεί να εμφανιστεί σε εφήβους που είναι μελαγχολικοί και μπορεί να αισθάνονται ευερέθιστοι, ανεπαρκείς, απομονωμένοι και μόνοι, οπότε μπορεί να αρχίσουν να συναναστρέφονται με αποκλίνοντες συνομηλίκους (Shannon E.K., Beauchaine T.P, Brenner S.L., Neuhaus E. & Kopp G.L., 2007). Ένας καταθλιπτικός νέος μπορεί να φαίνεται ότι πάσχει από ΔΔ καθώς συχνά παρουσιάζει επιθετικότητα απέναντι στους γονείς του και σε οποιαδήποτε προσπάθεια επιβολής εξουσίας πάνω του, ενώ σύννοδα στοιχεία της συμπεριφοράς του περιλαμβάνουν αποτυχίες στις δραστηριότητές του, χρήση ουσιών και οινοπνεύματος και παραβατικές ενέργειες. Σε αντίθεση με τους εφήβους που νοσούν από ΔΔ, οι καταθλιπτικοί συνήθως παρουσιάζουν αλλαγή στη διάθεση λίγο πριν την καταστροφική συμπεριφορά και όσο η διάθεση τους βελτιώνεται, η αποκλίνουσα συμπεριφορά μειώνεται. Ωστόσο, η συννόσηση κατάθλιψης με πραγματική ΔΔ δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο, αλλά σε αυτή την περίπτωση η προβληματική συμπεριφορά προηγείται της συναισθηματικής μεταβολής η οποία δύσκολα βελτιώνεται μέσω της θεραπείας που χρησιμοποιείται για τις διαταραχές της διάθεσης. Στη ΔΔ η χρήση μαριχουάνας ή μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, αποτελεί επιπρόσθετη αιτία που μπορεί να οδηγεί στην εμφάνιση κατάθλιψης (Wymbs B.T., McCarty C.A., Mason W.A, King K.M., Baer J.S., Stoep A.V et.al., 2014).

Η συννόσηση της ΔΔ με κατάθλιψη είναι συχνότερη στα αγόρια, με τη διαταραχή συμπεριφοράς να προηγείται. Ωστόσο σύμφωνα με τους Wymbs et.al., (2014) τα κορίτσια του γυμνασίου παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα αγόρια αυτής της ηλικίας, στα οποία η εν λόγω εκδήλωση προέρχεται από τη ΔΔ. Η παρουσία της κατάθλιψης μαζί με τη ΔΔ, αυξάνει πολύ τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα στη Φινλανδία

βρέθηκε ότι το 38% των κοριτσιών με ΔΔ και κατάθλιψη είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας (Lehto-Salo P., Närhi V., Ahonen T. & Marttunen M., 2009).

Η ΔΔ συνδέεται επίσης με τις διαταραχές άγχους (Angold A., Costello E.J. & Erkanli A., 1999. Ollendick T.H., Seligman L.D. & Butcher A.T., 1999). Η συννοσηρότητα χρήσης ουσιών και διαταραχών άγχους και συμπεριφοράς φτάνει το 95%, ιδίως μεταξύ των κοριτσιών (Clark D.B., Pollock N., Bukstein O.G., Mezzich A.C., Bromberger J.T. & Donovan J.E., 1997).

Διαταραχή Διαγωγής και Ψυχοπαθητικότητα

Η ψυχοπαθητικότητα είναι χαρακτηριστικό της ΔΔ και της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (ΑΔΠ). Για να διαγνωσθεί η ΑΔΠ, θα πρέπει το παιδί να επιδεικνύει συμπεριφορά αντίθετη με τους κοινωνικούς κανόνες για τουλάχιστον 6 μήνες, η οποία θα ξεκινά από την παιδική ηλικία και θα φτάνει ως την ενήλικη ζωή. Το 80% των ατόμων με ψυχοπαθητικά στοιχεία, λαμβάνουν διάγνωση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και το ποσοστό των ανθρώπων με αυτή τη διάγνωση αγγίζει το 1% του γενικού πληθυσμού και το 20% και 2% των φυλακισμένων στην Αμερική και Μεγάλη Βρετανία αντίστοιχα (Τσόπελας Χ. & Αρμενάκα Μ., 2012).

Οι ψυχοπαθητικοί παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες διάπραξης σοβαρών εγκλημάτων και έχουν διπλάσια ποσοστά εγκληματικότητας από τους ανθρώπους χωρίς ψυχοπαθητικά στοιχεία. Το βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η έλλειψη αναστολών για τις πράξεις τους, περιγράφονται ως παρορμητικοί, με ρηχό συναίσθημα και είναι συχνά μέλη συμμοριών (Blair R.J.R., 2001. Τσόπελας Χ. & Αρμενάκα Μ., 2012).

Ο παρακάτω πίνακας εμπεριέχει τα ψυχοπαθητικά στοιχεία, όπως περιγράφηκαν από τον Hare (1993) :

Χαρακτηριστικά και συμπεριφορές της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας

1. Επιφανειακή γοητεία
2. Υπερβολική αίσθηση προσωπικού μεγαλείου
3. Τάση προς πλήξη
4. Παθολογικά ψέματα
5. Συμπεριφορές χειραγώγησης
6. Απουσία τύψεων ή μεταμέλειας
7. Ρηχότητα συναισθήματος
8. Έλλειψη ενσυναίσθησης
9. Παρασιτικός τρόπος ζωής
10. Αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς
11. Ασύδοτη συμπεριφορά
12. Πρώιμα προβλήματα συμπεριφοράς
13. Έλλειψη κινήτρων
14. Παρορμητική συμπεριφορά
15. Ανευθυνότητα
16. Αδυναμία ανάληψης προσωπικής ευθύνης
17. Ευκαιριακές διαπροσωπικές σχέσεις
18. Νεανική παραβατικότητα

Πηγή : Hare R.D., (1993)

Η κλασική περιγραφή της ψυχοπαθητικότητας προέρχεται από τον Harvey Cleckley, που περιέγραψε μια προσωπικότητα χαρακτηριζόμενη από έλλειψη ενσυναίσθησης και ενοχής, με υπεροψία, επιφανειακή γοητεία, ανεύθυνη και επιβλαβή αντικοινωνική συμπεριφορά (Cleckley H., 1976). Έχει προταθεί η διάκριση

της ψυχοπαθητικότητας σε τρεις κατηγορίες οι οποίες είναι ορατές όχι μόνο στους ενήλικες, αλλά και στα παιδιά : α) τη διαπροσωπική, που χαρακτηρίζεται από ναρκισσιστικά στοιχεία, χειριστικές τακτικές, εγωκεντρισμό, και επιφανειακή γοητεία, β) τη συναισθηματική, με σκληρά και χωρίς συναίσθημα χαρακτηριστικά, έλλειψη ενσυναίσθησης και ενοχής, όπου τα συναισθήματα είναι στιγμιαία και γ) τη συμπεριφοριστική, με τολμηρές και παρορμητικές συμπεριφορές, ανευθυνότητα, τάση προς πλήξη και αντικοινωνικές εκδηλώσεις.(Hare R.D., 1993. Frick P.J. & White S.F., 2008. Pisano S., Muratori P., Gorga C., Levantini V., Iuliano R., Catone G. et al., 2017).

Η επιθετικότητα είναι καλό να διακρίνεται σε αντιδραστική (reactive) και προληπτική (proactive), οι οποίες σχετίζονται με διαφορετική συμπεριφορά. Τα δύο είδη επιθετικότητας έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ μικρότερων και μεγαλύτερων παιδιών και εφήβων. Παιδιά 7 ετών με προληπτική επιθετικότητα χαρακτηρίζονται από εμπλοκή σε καυγάδες, παραβατικότητα, χαμηλή σχολική επίδοση, βία στην οικογένεια, υπερ-δραστηριότητα και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Οι 16χρονοι με την ίδια μορφή επιθετικότητας εμφανίζουν ψυχοπαθητικά στοιχεία προσωπικότητας, παραβατικότητα και σοβαρές βίαιες παραβάσεις. Από την άλλη, η αντιδραστική επιθετικότητα παρατηρείται μόνο στην ηλικία των 16 με παρορμητικότητα, εχθρικότητα, κοινωνικό άγχος, έλλειψη στενών φίλων, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες και ιδέες αναφοράς στον εαυτό (Raine A., Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D., Reynolds C. et al., 2006).

Βάσει των παραπάνω στοιχείων διαφαίνεται και η σύνδεση της ψυχοπαθητικότητας με τη ΔΔ, στο επίπεδο της επιθετικότητας και της παραβίασης του νόμου. Στην προσπάθεια των ερευνητών να διαπιστώσουν ποια στοιχεία είναι πυρηνικά στην ψυχοπαθητικότητα των ανηλίκων και ποια περιφερικά, δόθηκε

ιδιαίτερη έμφαση στα στοιχεία των συναισθημάτων, λόγω της συχνότητας εμφάνισης τους (Salekin R.T., 2015). Περίπου οι μισοί από τους νέους με ΔΔ βρέθηκε ότι παρουσιάζουν στοιχεία της συναισθηματικής κατηγορίας της ψυχοπαθητικότητας όπως σκληρότητα, απουσία ενοχής ή μεταμέλειας, ρηχότητα συναισθημάτων, ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά (Pardini D., Stepp S., Hipwell A., Stouthamer- Loeber M., Loeber R., 2012. Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E., Maughan B., 2010). Αυτά τα χαρακτηριστικά στα παιδιά και τους έφηβους καταδεικνύουν μια υποκατηγορία που θα έχουν φτωχότερη εξέλιξη ως ενήλικες και αυξημένο κίνδυνο ψυχοπαθητικότητας (Pisano S. et al. 2017), εφόσον τα επιδεικνύουν για περισσότερο από 12 μήνες και σε περισσότερες από μια συνθήκες. Ωστόσο και οι δυο άλλες υποκατηγορίες, η διαπροσωπική και η συμπεριφοριστική, σκιαγραφούν αρκετά συχνά τα χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών με ΔΔ (APA, 2013).

Η υπεροψία, η χειραγώγηση, η απάτη και η προσπάθεια υπερίσχυσης (στοιχεία της διαπροσωπικής κατηγορίας) χαρακτηρίζουν τους νέους με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι μελέτες δείχνουν πως ακόμα και παιδιά μπορούν να είναι χρόνιοι ψεύτες, να αναπτύσσουν στρατηγικές ψεύδους και να παραπλανούν τους άλλους (Assary, E., Salekin, R. T., & Barker, E. D., 2015). Επιπλέον παρουσιάζουν εγωκεντρικά στοιχεία, όπως αυτά της τάσης να αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής και να έχουν υπερβολική αυτοπεποίθηση. Μέχρι την ηλικία των 8 ετών ορισμένα παιδιά έχουν μια εξαιρετικά αυτάρεσκη συνείδηση εαυτού. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται η παντοδυναμία, η εστιασμένη επιθετικότητα και η αρχηγία ομάδας εκφοβιστών (Ang, R. P., Ong, E. L., Lim, J. Y., & Lim, E. W., 2010). Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι σύμφωνα με συγκεκριμένους τύπους επιθετικότητας όπως ο εκφοβισμός, η σύσταση και αρχηγία ομάδων παρενόχλησης, ως την ηλικία

των 10 και συνδέονται άμεσα και με τις δύο άλλες υπο-κατηγορίες ψυχοπαθητικότητας (Stellwagen, K. K., & Kerig, P. K., 2013).

Χαρακτηριστικά της τρίτης κατηγορίας (συμπεριφοριστικής), όπως η ανευθυνότητα και η τάση για νοχελικότητα, αν και γενικά συνδέονται με την ενήλικη ζωή, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι έχουν πρόωμη έναρξη. Μεταξύ των ηλικιών 2 ως 5, συμπεριφορές όπως της παράκαμψης της σειράς προτεραιότητας, της παρενόχλησης των άλλων και της απουσίας ευσυνειδησίας αρχίζουν και κάνουν την ανάδυσή τους (Willoughby, M. T., Blair, C. B., Wirth, R. J., & Greenberg, M., 2012). Σε γενικές γραμμές η επικίνδυνη συμπεριφορά μπορεί να είναι φυσιολογική και αναμενόμενη για τα μικρά παιδιά. Παρόλα αυτά, οι Barker E. D., Oliver B. R., Viding E., Salekin R. T., & Maughan B., (2011) έδειξαν ότι τα παιδιά που είναι πιθανό να εκδηλώσουν ψυχοπαθητικά στοιχεία, αναζητώντας δυνατές συγκινήσεις, προβαίνουν σε ιδιαίτερα παρακινδυνευμένες πράξεις ακόμα και σε ηλικίες κάτω των 5 ετών. Αργότερα, αυτά τα στοιχεία συνδέονται με κακές επιδόσεις στο σχολείο και προβλήματα διαγωγής (Willoughby M. T. et al.).

Συμπερασματικά, η ψυχοπαθητικότητα δεν αναγνωρίζεται εύκολα στην παιδική ηλικία, αλλά συμπεριφορές με τέτοια στοιχεία μπορούν να εμφανιστούν πρώιμα. Συνήθως οι διαταραχές που διαφαίνονται είναι η ΔΔ, η ΕΔΠ και η ΔΕΠ-Υ. Δεν είναι βέβαιο πως τα παιδιά με ΔΔ θα διαγνωσθούν με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή τους, αλλά η διάγνωση της ΔΔ αποτελεί ισχυρό προγνωστικό δείκτη (Τσόπελας Χ. & Αρμενάκα Μ., 2012).

Αναπτυξιακή πορεία

Η ΔΔ, κατά γενική ομολογία, δεν παρουσιάζεται ξαφνικά στην παιδική ηλικία ή την εφηβεία και δεν σχετίζεται με έναν μόνο παράγοντα στη ζωή του παιδιού (Loeber R., 1990). Η ηλικία έναρξης ορίζεται ως η χρονική περίοδος όπου το πρώτο

σύμπτωμα της διαταραχής κάνει την εμφάνιση του. Αυτό συμβαίνει συνήθως στα ύστερα παιδικά ή πρώιμα εφηβικά χρόνια (Lahey B.B., Schwab-Stone M., Goodman S.H., Waldman I.D., Canino G. & Rathouz P.J., 2000. Nock M.K., Kazdin A.E., Hiripi E. & Kessler R.C., 2006). Οι Frick P.J. & Dickens C., (2006) αναφέρουν ότι κάποια παιδιά με ΔΔ αρχίζουν να εμφανίζουν προβλήματα ήπιας συμπεριφοράς από νωρίς, στην προσχολική ή πρόωρη σχολική ηλικία, τα οποία τείνουν να αυξάνονται σε ρυθμό και σοβαρότητα σε όλη την παιδική ηλικία και στην εφηβεία. Το DMS-IV διακρίνει τη ΔΔ σε τύπο παιδικής έναρξης, όπου τουλάχιστον ένα κριτήριο αναδύεται πριν την ηλικία των 10 ετών και σε τύπο εφηβικής έναρξης, όπου κανένα σημάδι της διαταραχής δεν εμφανίζεται πριν από αυτή την ηλικία. Η ηλικία έναρξης φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια, αλλά οι έρευνες ποικίλουν ως προς τη συγκεκριμένη περίοδο εμφάνισης (Lahey B.B. et al., 2000. McCabe K.M., Lucchini S.E., Hough R.L., Yeh M & Hazen A., 2005. Keenan K., Wroblewski K., Hipwell A., Loeber R. & Stouthamer-Loeber M., 2010).

Οι έφηβοι με ηλικία έναρξης της διαταραχής πριν τα 10 έτη τείνουν να έχουν περισσότερο επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, την οποία διατηρούν στην ενήλικη ζωή (Frick P.J. & Loney B.R., 1999. Frick P.J. & Dickens C., 2006). Η διάκριση μεταξύ παιδικής και εφηβικής έναρξης της διαταραχής, οδήγησε σε κάποια αναπτυξιακά θεωρητικά μοντέλα. Η Moffit (2003) αναφέρει ότι τα παιδιά της πρώτης ηλικιακής ομάδας, συνήθως έχουν μεγαλώσει σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον το οποίο επηρεάζει την κοινωνικοποίησή τους. Αντίθετα, οι έφηβοι με εφηβική έναρξη δείχνουν υπερβολική συμπεριφορά εξέγερσης και αντικοινωνικότητας σε μια προσπάθεια να αποκτήσουν την υποκειμενική αίσθηση της ωριμότητας. Οι Frick P.J., Stickle T.R., Dandreaux D.M., Farrell J.M. & Kimonis E.R., (2005) έχουν διαιρέσει τη ΔΔ με βάση την παρουσία ή απουσία συναισθηματικών-αγχωδών στοιχείων, τα

οποία σχετίζονται με την ηλικία έναρξης. Αυτός ο τρόπος διάκρισης χρησιμοποιείται για να ξεχωρίσει τα πιο σοβαρά αντικοινωνικά προβλήματα από τα πιο ήπια, καθώς και για την ανίχνευση τους στα κορίτσια (Essau C.A., Sasagawa S. & Frick P.J., 2006).

Ως προς τη διαχρονική εξέλιξη της διαταραχής, οι έφηβοι με ΔΔ έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη επικινδυνότητα μεταγενέστερης εκδήλωσης αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας (Copeland W.E., Shanahan L., Costello E.J. & Angold A., 2009). Επίσης από τα παραβατικά παιδιά, το 40% εγκληματεί στην νεαρή ενήλικη ζωή (Ferdinand R.F., Verhulst F.C. & Wiznitzer M., 1995). Ο κίνδυνος των κοριτσιών με ΔΔ για μεταγενέστερη ανάπτυξη αντικοινωνικής διαταραχής περιγράφεται ότι είναι ίδιος με των ανδρών (Zoccolillo et al., 1993), αν και άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η πιθανότητα αυτή είναι διπλάσια στις γυναίκες (Keenan K., Loeber R. & Green S., 1999).

Επιπλέον, η ΔΔ σχετίζεται με την εφηβική εγκυμοσύνη και είναι προγνωστικός δείκτης σημαντικών προβλημάτων στη μελλοντική συμπεριφορά των μητέρων, τα οποία μακροπρόθεσμα συμβάλλουν στη μετάδοση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς στις επόμενες γενιές (Kim-Cohen J., Moffitt T.E., Taylor A., Pawlby A., Caspi A., 2005. Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E. & Maughan B., 2010).

Αιτιολογία : βιολογικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες της ΔΔ

Η ΔΔ έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται ισχυρά με την κληρονομικότητα και κάποια γονίδια μελετήθηκαν ως παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση της διαταραχής (Gelhorn H.L., Stallings M.C., Young S.E., Corley R.P., Rhee S.H. & Hewitt J.K., 2005). Η επίδραση της ντοπαμινεργικής και σεροτονινεργικής δραστηριότητας έχουν επίσης ερευνηθεί. Και τα δύο συστήματα νευροδιαβιβαστών μεσολαβούν σε ένα ευρύ

φάσμα νοητικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης προβλημάτων υπό άγχος (Luciana M., Collins P.F. & Depue R.A., 1998). Η υπόθεση είναι ότι η δυσλειτουργία αυτών των συστημάτων μπορεί να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά (Lucki I., 1998). Έχει επίσης προταθεί ότι η σεροτονινεργική λειτουργία σχετίζεται καθεαυτή με την επιθετικότητα (Sakai J.T., Young S.E., Stallings M.C., Timberlake D., Smolen A., Stetler G.L. et al., 2006). Πολυμορφισμοί στα γονίδια του μεταφορέα της σεροτονίνης, HTTLPR και της κατεχολ-Ο-μεθυλανοτρανσφεράσης (COMT) έχουν συνδεθεί σε κάποιες μελέτες με την εμφάνιση της ΔΔ στους εφήβους (Sakai J.T. et al., 2006). Ωστόσο, οι Dick D.M., Aliev F., Krueger .R.F., Edwards A., Agrawal A., Lynskey M. et al. (2011), σε μελέτη συσχέτισης ολόκληρου του γονιδιώματος (GWAS) με τη συμπτωματολογία της ΔΔ εντόπισαν τέσσερις γενετικούς δείκτες που σχετίζονταν με τον αριθμό συμπτωμάτων της ΔΔ, κανένας από τους οποίους δεν ήταν στα γονίδια HTT και COMT, με αποτέλεσμα τα ευρήματα πάνω στα γονίδια να θεωρούνται ακόμα αβέβαια.

Η συσχέτιση μεταξύ της ΔΔ και των ανατομικών εγκεφαλικών ανωμαλιών είναι ακόμα υπό έρευνα. Οι μελέτες που έχουν γίνει, αφορούν περισσότερο έφηβα αγόρια. Οι Fairchild G., Passamonti .L, Hurford G., Hagan C.C., van Goozen S.H, Goodyer I.M., (2011) διαπίστωσαν ότι έφηβοι με ΔΔ είχαν μείωση του γκρίζου όγκου διμερούς αμυγδαλής που επεκτεινόταν στη νησίδα, σε σύγκριση με υγιή αγόρια. Σε νέα έρευνα, που βρίσκεται σε συμφωνία με την προηγούμενη, παρατηρήθηκε μειωμένος όγκος της γκρίζας ύλης στη διμερή πρόσθια νησίδα και το δεξί ραβδωτό σώμα του εγκεφάλου σε έφηβες κοπέλες με ΔΔ (Fairchild G.,Hagan CC.,Walsh N.D., Passamonti L., Calendar J. & Goodyer I.M., 2013). Η πρόσθια νησίδα σχετίζεται άμεσα με τις διαδικασίες κατανόησης, ιδιαίτερα με μοντέλα ενσυναίσθησης, που συμμετέχουν στην σωματική και συναισθηματική εκπροσώπηση

του εαυτού (Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., & Kleinschmidt, A., 2007).

Προγενέστερες έρευνες σε αγόρια αναφέρουν ότι ο όγκος της πρόσθιας νησίδας σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση και αρνητικά με τα συμπτώματα της ΔΔ.

Μείωση του όγκου της περιοχής αυτής είναι πιθανό να προκαλεί δυσλειτουργίες στην αναγνώριση μορφασμών του προσώπου (Fairchild, G., Stobbe, Y., van Goozen, S.H., Calder, A.J., & Goodyer, I.M., 2010).

Η βιολογική συσχέτιση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς έχει βασιστεί και στις ορμόνες του φύλου. Τα αγόρια με ΔΔ παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε κάποιες ορμόνες, όπως η τεστοστερόνη και δεϋδροεπιανδροστερόνη. Τα επίπεδα της τελευταίας σχετίζονται με την ένταση της επιθετικότητας και το επίπεδο παραβατικότητας που παρουσιάζει ο έφηβος (Van Goozen S.H.M. , Matthys W., Cohen-Kettenis P.T., Thijssen J.H.H. & Van Engeland H., 1998). Οι έρευνες για τις γυναίκες είναι πιο περιορισμένες και σε ορισμένες από αυτές φάνηκε ότι έφηβα κορίτσια με ΔΔ έχουν χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης και θηλυκών σεξουαλικών ορμονών καθώς και υψηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης, σε σύγκριση με υγιή κορίτσια (Pajer K., Tabbah R., Gardner W., Rubin R.T., Czambel R.K. & Wang Y., 2006).

Επιπλέον, οι Larkby C.A, Goldschmidt L., Hanusa B.H.& Day N.L., (2011) βρήκαν ότι η έκθεση του εμβρύου σε καταχρήσεις της μητέρας κατά την κύηση, όπως αλκοόλ, συσχετίζεται σημαντικά με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης Διαταραχής Διαγωγής στην εφηβική ηλικία. Η επίδραση παρέμεινε σημαντική ακόμα και μετά τον έλεγχο άλλων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν προγεννητικά, όπως η μητρική ψυχοπαθολογία.

Το χαμηλό βάρος γέννησης του παιδιού φαίνεται επίσης να σχετίζεται μεταξύ άλλων με νευροβιολογικά προβλήματα και ψυχιατρικές διαταραχές. Πολλά από τα

προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων που γεννήθηκαν με χαμηλό βάρος, συνδέονται με εγκληματικές ενέργειες γενικότερα και βία ειδικότερα, πιθανώς σε συνδυασμό με άλλους επιβαρυντικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. (Tibbets S.G. & Piquero Alex R., 1999).

Συσχέτιση έχει βρεθεί και μεταξύ της έντονης φτώχειας και της εκδήλωσης της διαταραχής διαγωγής στην παιδική ηλικία (Murray J. & Farrington D.P., 2010). Οι πρώτες θεωρίες πρότειναν τις άμεσες συνέπειες της φτώχειας που συνδέονται με το χάσμα μεταξύ των φιλοδοξιών του παιδιού και της πραγματικότητας και της έλλειψης ευκαιριών για κοινωνική θέση και κύρος. Μεταγενέστερα διαπιστώθηκε ότι η σχέση μεταξύ χαμηλού εισοδήματος και προβληματικής συμπεριφοράς είναι έμμεση, με τη μεσολάβηση οικογενειακών διαδικασιών, όπως η συζυγική διαφωνία (Maughan B., 2001). Ως παράδειγμα στη διαχρονική μελέτη της Αϊόβα με 378 αγροτικές οικογένειες όπου το οικογενειακό οικονομικό άγχος βρέθηκε να συνδέεται με προβλήματα της εφηβικής συμπεριφοράς, αυτό διαμεσολαβείτο μέσω της κατάθλιψης των γονέων, της συζυγικής σύγκρουσης και τη γονεϊκής εχθρότητας (Conger R.D., Ge X., Elder G.H., 1994). Άλλη μελέτη εκμεταλλεύτηκε ένα φυσικό πείραμα (Costello E.J., Compton S.N., Keeler G., 2003). Πολλές αγροτικές οικογένειες της Αμερικής, που ζούσαν στο όριο της φτώχειας, επωφελήθηκαν από τα αυξημένα εισοδήματα των νεοϊδρυθέντων καζίνο. Σε αρκετές από αυτές τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών μειώθηκαν αρκετά και αυτό θεωρήθηκε αποτέλεσμα της βελτίωσης των ενδοοικογενειακών σχέσεων λόγω αύξησης του εισοδήματος. Η σκληρή πειθαρχία, η ελλιπής επίβλεψη και οι αδυναμίες στη σχέση των γονέων με τα παιδιά, ήταν κάποιες από τις σημαντικές συμπεριφορικές επιπτώσεις της φτώχειας (Sampson R. J., Laub J.H., 1984).

Η έρευνα των Van Ijzendoorn M.H., Schuengel C., Bakerman-Kranenburg M.J., (1999) σε παιδιά υψηλού κινδύνου για ΔΔ, αναφέρει πως η "αποδιοργάνωση" (η οποία ορίζεται ότι υφίσταται όταν το παιδί εμφανίζει παράξενες ή αντιφατικές συμπεριφορές σε περιπτώσεις επανασύνδεσης με τον φροντιστή του, μετά από αποχωρισμό- Main M., Solomon J., 1986), αποτελεί προγνωστικό δείκτη της διαταραχής. Από την άλλη, μελέτες σε παιδιά που δεν ανήκουν σε αυτή την κατηγορία δείχνουν ότι τα ευρήματα δεν είναι συνεπή με τα παραπάνω και έτσι τα αποτελέσματα των ερευνών θα πρέπει να λαμβάνονται με επιφύλαξη (Futh A., O'Connor T.G., Matias C., 2008). Επιβαρυντικά δρα και η απείθαρχη συμπεριφορά σε σχέση με τη ΔΔ. Οι γονείς παιδιών με αντισυμβατική και απείθαρχη συμπεριφορά θα είναι πιο ελαστικοί στα όρια που θέτουν, θα απαντούν στη συμπεριφορά του παιδιού ανάλογα με τη διάθεση τους και όχι σύμφωνα με τη συμπεριφορά καθεαυτή και θα δίνουν περισσότερο ασαφείς οδηγίες προς αυτά. Οι Patterson G.R. & Yoerger K., (1993) πρότειναν ένα μηχανισμό ενίσχυσης της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, κλιμακωτά. Συγκεκριμένα, ανέφεραν πως οι γονείς αντιδρούν στην διαταρακτική συμπεριφορά του παιδιού με απαγόρευση. Αυτό κλιμακώνει την ένταση της πράξης του έως ότου οι γονείς να υποχωρήσουν, ενισχύοντας την.

Το γεγονός ότι η αρνητική γονεϊκή αντίδραση εκλύεται από την συμπεριφορά του παιδιού, δεν σημαίνει ότι δεν το επηρεάζει. Οι Campbell S.B., Pierce E.W., Moore G. (1996), έδειξαν ότι ο κακός μητρικός έλεγχος του παιδιού σε ηλικία 4 ετών συνδεόταν άμεσα με ΔΔ στα 9. Οι μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη, λόγω της διαταραχής, παρείχαν ανεπαρκή γονεϊκή μέριμνα σε σημείο που προωθούνταν η επιθετικότητα του παιδιού. Παρόλο που οι καταθλιπτικές γυναίκες είναι πιθανό να υπερβάλλουν για την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού τους, τα αποτελέσματα ήταν ίδια από τις αναφορές των λοιπών φροντιστών, όπως των δασκάλων (Kim-

Cohen J., Moffitt T.E., Taylor A., Pawlby A., Caspi A., 2005). Ωστόσο, η ηλικία κατά την οποία το παιδί εκτέθηκε σε ελλιπή γονεϊκή μέριμνα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της επιθετικότητας. Η απουσία του πατέρα ή η αντικοινωνική παρουσία του, ήταν δείκτες πρόγνωσης αυξημένης επιθετικότητας από το παιδί (Jaffee S.R., Moffitt T.E., Caspi A., 2003).

Η ενδοοικογενειακή βία, ειδικά αυτή μεταξύ των γονέων, σχετίζεται με την καλλιέργεια της επιθετικότητας. Αυτό συμβαίνει, διότι το παιδί μιμείται και θεωρεί φυσιολογική τη συμπεριφορά των μεγάλων ή λόγω του ότι δυσκολεύεται να ρυθμίσει τα δικά του συναισθήματα ως αντίδραση στο στρες της κατάστασης που βιώνει (Cummings E.M., Davies P., 2002). Η σωματική τιμωρία αποτελεί μια μέθοδο που χρησιμοποιούσαν ευρέως ως διαδικασία διαπαιδαγώγησης οι γονείς, συχνά λόγω της απόγνωσης τους. Η σύνδεση της ΔΔ και της σωματικής τιμωρίας, όπως των χτυπημάτων, είναι παγιωμένη (Hill J., 2002). Οι Fergusson D.M., Horwood L.J., Lynskey M.T. (1996), βρήκαν ότι και η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών προέβλεπε προβλήματα διαγωγής στο μέλλον, μετά από έλεγχο όλων των πιθανών περιβαλλοντικών επιρροών, όπως των αντίξοων συνθηκών διαβίωσης. Σε μια μελέτη δικαστικά τεκμηριωμένων περιπτώσεων κακοποίησης, το 26% των εφήβων που είχαν κακοποιηθεί και παραμεληθεί παρουσίαζαν αντικοινωνικά χαρακτηριστικά, σε αντίθεση με το 17% της ομάδας σύγκρισης καλά αντιστοιχισμένων παιδιών (Widom C.S., 1997).

Σε ευρύτερο περιβάλλον από την οικογένεια, η γειτονιά μπορεί να συνδέεται με την προβληματική συμπεριφορά των νέων. Αν και είναι δύσκολο να οριστούν επακριβώς τα κριτήρια που καθιστούν μια γειτονιά λιγότερο καλή για ένα παιδί, η κοινωνική θέση στην οποία ανήκει η γειτονιά και τα δημογραφικά στοιχεία, όπως το ποσοστό των αλλοδαπών που την κατοικούν, τοποθετούν την περιοχή στις ευάλωτες

ή μη για ανάπτυξη αντικοινωνικών συμπεριφορών (Caspi A., Taylor A., Moffitt T., 2000). Οι νεότερες έρευνες προχωρούν ένα βήμα περισσότερο, θέτοντας τον «κοινωνικό έλεγχο» και την «κοινωνική αποτελεσματικότητα» ως διαδικασίες που επηρεάζουν τα προβλήματα συμπεριφοράς των μικρών παιδιών, δρώντας ενισχυτικά ή αποτρεπτικά στις προσπάθειες των γονέων να μεγαλώσουν το παιδί τους (Beyers J.M., Bates J.E., Pettit G.S., 2003).

Τα παιδιά με ΔΔ έχουν χειρότερες διαπροσωπικές σχέσεις σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΔ, καθώς σχετίζονται περισσότερο με συνομηλίκους παρόμοιας διαταραγμένης συμπεριφοράς, βιώνουν απόρριψη από τους μη αποκλίνοντες νέους και παρουσιάζουν προβληματικές σχέσεις με τα άλλα παιδιά (Coie J.D., 2004). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αντικοινωνική συμπεριφορά έχει ως απότοκο τα προβλήματα με τους συνομηλίκους ή στο ότι η παρεκκλίνουσες σχέσεις της ομάδας των ομηλίκων οδηγεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά ή και τα δύο (Vitaro F., Tremblay R.E., Bukowski W.M., 2001).

Οι νέοι που είναι επιθετικοί προσελκύονται ο ένας από τον άλλο και ενισχύουν τις αντικοινωνικές συμπεριφορές μεταξύ τους (Boivin N., Vitaro F., 1995). Αποδεικτικά στοιχεία ότι οι επιρροές από συνομηλίκους αυξάνουν τις αντικοινωνικές συμπεριφορές αφορούν κυρίως την αναπτυξιακή φάση των εφήβων (Warr M., 2002). Ένα πείραμα που παρακολουθούσε την αλλαγή της αντικοινωνικής συμπεριφοράς αγοριών που εντάχθηκαν σε συμμορίες αποκάλυψε ότι η συμπερίληψη και μόνο στη συμμορία αύξησε την παραβατική συμπεριφορά του κάθε αγοριού, ενώ η αποχώρηση από αυτήν συνοδευόταν με μείωση του ποσοστού των επιθέσεων προς τρίτους (Thornberry T.P., Krohn M.D., Lizotte A.J., 1993).

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι παράγοντες που προβλέπουν την ανάπτυξη ΔΔ :

Προβλεπτικοί Παράγοντες Ανάπτυξης ΔΔ

Έναρξη	Πρώιμη έναρξη προβλημάτων, συνήθως πριν την ηλικία των 8 ετών
Φαινομενολογία	Αντικοινωνικές συμπεριφορές που ποικίλουν, είναι έντονες και συχνές
Συννοσηρότητα	ΔΕΠ-Υ, ΑΔΠ, ΕΠΔ
Ευφυΐα	Χαμηλό νοητικό δυναμικό
Οικογενειακό Ιστορικό	Εγκληματικότητα, χρήση αλκοόλ και ουσιών
Γονεϊκή μέριμνα	Σκληρή, ασυνεπής γονεϊκή φροντίδα που συνοδεύεται από αυστηρή κριτική, έλλειψη ζεστασιάς και ελάχιστη εποπτεία
Ευρύτερο περιβάλλον	Χαμηλό εισόδημα, φτωχές γειτονιές

Πηγή : *Scott S., (2012).*

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ερευνητικοί στόχοι και Υποθέσεις

Όπως αναφέρθηκε στο Γενικό Μέρος, η διαταραχή διαγωγής χαρακτηρίζεται από ένα πρότυπο συμπεριφοράς που παραβιάζει τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή τους κανόνες της κοινωνίας. Συνοδό της ΔΔ είναι το προσωπικό κόστος του ατόμου που νοσεί, της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα. Ταυτόχρονα συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές- όπως συναισθηματικές, γεγονός που κάνει δύσκολη την αντιμετώπιση της ΔΔ.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει μέρος από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την Ευρωπαϊκή έρευνα FemNAT-CD, προκειμένου να διερευνηθεί η κλινική εικόνα παιδιών με ΔΔ από την πρώιμη ως και την ώριμη εφηβική ηλικία.

Η FemNAT-CD είναι μια πολυκεντρική διεπιστημονική μελέτη η οποία στοχεύει κυρίως στην αναγνώριση χαρακτηριστικών της ΔΔ στα κορίτσια (ομάδα που είναι πολύ λίγο μελετημένη στην ΔΔ), τα οποία και για αυτό αποτελούσαν την πλειονότητα του δείγματος. Στην μελέτη έλαβαν μέρος 1840 παιδιά και έφηβοι ηλικία από 9 έως 17 ετών από διάφορες χώρες της Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γερμανίας, της Ιρλανδίας, της Ελβετίας, της Ολλανδίας, της Ισπανίας, της Ελλάδας και της Ουγγαρίας.

Πιο συγκεκριμένα, ζητούμενο εδώ είναι να διαπιστωθεί εάν στο Ελληνικό δείγμα σχετίζονται οι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ χρήση ουσιών/ κάπνισμα από τη μητέρα κατά κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της, διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης) με την εκδήλωση ΔΔ από το παιδί. Επίσης, εάν τα ίδια χαρακτηριστικά της προγεννητικής περιόδου παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με τις κλίμακες που αποτυπώνουν επιθετικότητα, ψυχοπαθητικότητα και παραβατικές συμπεριφορές, στα παιδιά που έχουν διάγνωση ΔΔ.

Οι μέχρι τώρα διενεργηθείσες έρευνες (βλ. Γενικό Μέρος) έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε παιδιού, αναμένεται να επηρεάζουν την εκδήλωση και το βαθμό εμφάνισης της διαταραχής. Ωστόσο, τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και οι συνθήκες κύησης, γέννησης και διαβίωσης, δύνανται να αποτελούν πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες επιπολασμού του φαινομένου. Μπορεί εδώ, λοιπόν, να διατυπωθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα :

Α) *Μηδενική υπόθεση (H0)* : οι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ χρήση ουσιών/ κάπνισμα από τη μητέρα στην κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της, διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης) δεν σχετίζονται με την εκδήλωση ΔΔ από το παιδί.

Εναλλακτική υπόθεση (H1) : οι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ χρήση ουσιών/ κάπνισμα από τη μητέρα στην κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της, διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης) θα σχετίζονται με την εκδήλωση ΔΔ από το παιδί.

B) Μηδενική υπόθεση (H0) : οι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ χρήση ουσιών/ κάπνισμα από τη μητέρα στην κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της, διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης) δεν παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με τις κλίμακες που αποτυπώνουν επιθετικότητα, ψυχοπαθητικότητα και παραβατικότητα, στα παιδιά με διάγνωση ΔΔ.

Εναλλακτική υπόθεση (H1) : οι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου (αλκοόλ/ χρήση ουσιών/ κάπνισμα από τη μητέρα στην κύηση, βία προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της, διάρκεια κύησης, βάρος γέννησης) παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με τις κλίμακες που αποτυπώνουν επιθετικότητα, ψυχοπαθητικότητα και παραβατικότητα, στα παιδιά με διάγνωση Δ.Δ.

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που αναφέρθηκε στην εισαγωγή, αναμένεται ότι :

α) οι καταχρήσεις της μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό εκδήλωσης της ΔΔ στα παιδιά και τις συμπεριφορές επιθετικότητας, ψυχοπαθητικότητας και παραβατικότητας.

β) η βία του πατέρα προς τη μάνα κατά την κύηση, η διάρκεια κύησης και το βάρος γέννησης του παιδιού είναι παράγοντες που θα επενεργούν στην εμφάνιση ΔΔ από το παιδί καθώς και σε συμπεριφορές επιθετικότητας, ψυχοπαθητικότητας και παραβατικότητας.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 125 έφηβοι από την Ελλάδα, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής έρευνας FemNAT-CD . Το πρόγραμμα μελέτησε ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, στα επίπεδα των ορμονών, στη γενετική, στην αναγνώριση και ρύθμιση του συναισθήματος και στη νευροφυσιολογία. Η μελέτη χρηματοδοτήθηκε από το 7^ο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την υγεία και περιλάμβανε συνεργασία μεταξύ 13 πανεπιστημίων σε όλη την Ευρώπη, ανάμεσα τους και με το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, το οποίο αντιπροσώπευε την Ελλάδα. Συντονιστής του έργου ήταν το Πανεπιστήμιο Goethe στη Φραγκφούρτη της Γερμανίας.

Στη μελέτη συμμετείχαν έφηβοι που παρουσίαζαν προβλήματα σε όλο το φάσμα των διαταραχών συμπεριφοράς, από αυτούς που δεν είχαν εμπλακεί ποτέ σε καμία φασαρία μέχρι εκείνους που είχαν αποβληθεί από το σχολείο ή είχαν φτάσει ως την αίθουσα του δικαστηρίου, λόγω παραβίασης του νόμου. Η μελέτη περιλαμβάνει συνεντεύξεις με τα παιδιά και τους γονείς τους, καθώς επίσης και δοκιμασίες στον υπολογιστή για την αναγνώριση του συναισθήματος, την μάθηση, τη λήψη αποφάσεων, ψυχολογικές μετρήσεις και συλλογή DNA από το σάλιο.

Το όφελος της συμμετοχής ήταν διπλό. Αφενός η συνεισφορά στην κατανόηση των μηχανισμών της συμπεριφοράς και κατ' επέκταση στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε διαταραχές ψυχικής υγείας της παιδικής ηλικίας, αφετέρου η οικονομική αποζημίωση για τα παιδιά και την οικογένεια που συμμετείχε.

Για την μελέτη οι νέοι ελέγχθηκαν κλινικά από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, ψυχιάτρους και ψυχολόγους σε ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Ακολούθησε ο διαμοιρασμός των παιδιών σε δύο ομάδες,

σε υγιή παιδιά (μάρτυρες) και σε αυτά με διάγνωση διαταραχής διαγωγής. Η συμμετοχή τους πραγματοποιήθηκε μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, που διανεμήθηκαν σε έντυπη μορφή. Στις διαδικασίες αυτές παρευρίσκονταν πάντα ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος, που αναλάμβανε τη συλλογή πληροφοριών από το κάθε παιδί. Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα, με εξαίρεση αυτό των ιατρικών και δημογραφικών δεδομένων που συμπληρώθηκε από τους γονείς-φροντιστές.

Οι ασθενείς που εισάγονται στη μελέτη προέρχονται από τα τακτικά ιατρεία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βύρωνα-Καισαριανής, καθώς και από άλλες υπηρεσίες Παίδων και Εφήβων.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων με έντυπο ερωτηματολόγιο ανήλθε στους 125, αλλά λόγω αποκλεισμού τριών παιδιών με σύνοδες διαταραχές που πληρούσαν τα κριτήρια αποκλεισμού της παρούσας έρευνας, ο τελικός αριθμός ανήλθε στους 122.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή στην ομάδα ελέγχου ήταν να μην υπάρχει κάποια ψυχιατρική διάγνωση την χρονική περίοδο που διεξαγόταν η συλλογή των δεδομένων και να μην υπάρχει ιστορικό ΕΠΔ, ΔΔ, ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής ή Μανίας.

Ως κριτήρια αποκλεισμού, για τους έφηβους που είχαν ΔΔ, ορίστηκαν τα εξής:

- Να μην συνυπάρχει διάγνωση Αυτισμού.
- Να μην συνυπάρχει διάγνωση Σχιζοφρένειας.
- Να μην συνυπάρχει –στην παρούσα χρονική στιγμή– διάγνωση Διπολικής διαταραχής ή Μανίας (το να υπάρχει ιστορικό Διπολικής Διαταραχής ή Μανίας δεν αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού).
- Να μην συνυπάρχουν γενετικά σύνδρομα (π.χ. Σύνδρομο Down, Σύνδρομο Prader-Willi).

- Να μην συνυπάρχουν χρόνιες ή οξείες νευρολογικές διαταραχές (π.χ. Επιληψία, σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση).
- Να μην συνυπάρχει Νοητική Υστέρηση ($IQ < 70$).
- Να μην υπάρχει τρέχουσα εγκυμοσύνη.
- Να μην υπάρχει στο ιστορικό έκτρωση ή αποβολή τους τελευταίους 2 μήνες.
- Η συμμετέχουσα να μην έχει γεννήσει, θηλάξει ή θήλασε τους τελευταίους 6 μήνες.

Για τη συμμετοχή στη μελέτη, οι ενδιαφερόμενοι, ενημερώνονταν από μια φόρμα συγκατάθεσης την οποία υπέγραφαν. Αναλυτικότερα, στις συναντήσεις που γίνονταν στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, παρέχονταν ενημέρωση για τη μελέτη FemNAT-CD, υπογράφονταν η φόρμα συγκατάθεσης, γίνονταν η ψυχιατρική εκτίμηση του παιδιού και το μοίρασμα των ερωτηματολογίων σε γονείς και παιδιά.

Οι έφηβοι προέρχονταν από ποικίλα κοινωνικά στρώματα, ενώ προσέρχονταν στο χώρο των συναντήσεων συνοδεία των γονέων τους. Συνολικά συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια από τους γονείς και τα παιδιά/εφήβους που αφορούσαν 122 συμμετοχές στην έρευνα, παρουσία ψυχιάτρου ή κλινικού ψυχολόγου. Τα ερωτηματολόγια μιας συμμετοχής βρέθηκαν πολύ ελλιπή, οπότε στην ανάλυση περιλαμβάνονται στοιχεία από 121 συμμετοχές. Το δείγμα που αναλύθηκε περιλαμβάνει 55 έφηβους με Δ.Δ. και 66 μάρτυρες, εκ των οποίων τα 79 είναι κορίτσια και τα 42 αγόρια. Η μικρότερη ηλικία συμμετέχοντος ήταν τα 9 έτη, η μεγαλύτερη τα 17 έτη, ο μέσος όρος ήταν $M=13,43$ έτη και η τυπική απόκλιση $S.D.=2,63$.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τις ανάγκες διεξαγωγής της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια καταγραφής ψυχοπαθητικών στοιχείων (YPI), σύντομης εκτίμησης παιδιών με παραβατική συμπεριφορά (MAYSI-II) και αντίδρασης-επιθετικότητας (RPQ), συνοδευόμενα από ερωτηματολόγιο για δημογραφικά και ιατρικά δεδομένα (Medical History).

Το YPI (Andershed H., Kerr M., Stattin H., Levander S., 2002) αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο μέτρησης της ψυχοπαθητικότητας των νέων. Τα στοιχεία της μέτρησης είναι τα παρακάτω :

- *ανειλικρινής γοητεία*, όπως *''έχω την ικανότητα να εξαπατώ τους άλλους χρησιμοποιώντας τη γοητεία και το χαμόγελο μου''* (στοιχεία 6,14,27,33,38).
- *μεγαλομανία*, όπως *''είμαι καλύτερος από όλους σχεδόν σε οτιδήποτε''* (στοιχεία 10,19,30,37,41).
- *ψέμα*, όπως *''κάποιες φορές λέω ψέματα χωρίς λόγο, κάποιες επειδή έχει πλάκα''* (στοιχεία 7,24,43,47,50).
- *χειραγώγηση*, όπως *''μπορώ να κάνω τους άλλους να πιστέψουν σχεδόν τα πάντα''* (11,15,20,31,46).
- *έλλειψη μεταμέλειας*, όπως *''το να νιώθεις ένοχος και να μετανιώνεις όταν κάνεις κάτι λάθος, είναι χάσιμο χρόνου''* (στοιχεία 8,21,28,44,48).
- *απουσία συναισθήματος*, όπως *''συνήθως νιώθω ήρεμος όταν οι άλλοι είναι τρομαγμένοι''* (2,25,36,39,45).
- *αναληψία-σκληρότητα*, όπως *''πιστεύω ότι το κλάμα είναι δείγμα αδυναμίας, ακόμα και όταν κανείς δεν σε βλέπει''* (στοιχεία 12,17,23,35,49).
- *αναζήτηση ρίσκου*, όπως *''μου αρέσει να βρίσκομαι εκεί που συμβαίνουν συναρπαστικά πράγματα''* (στοιχεία 1,4,22,29,42).
- *παρορμητικότητα*, όπως *''θεωρώ τον εαυτό μου ως αρκετά παρορμητικό''* (στοιχεία 3,9,18,26,32).
- *ανευθυνότητα*, όπως *''συχνά αργώ στο σχολείο ή τη δουλειά''* (στοιχεία 5,13,16,34,40).

Επιπλέον, η μέτρηση αφορά 3 γενικότερες διαστάσεις της ψυχοπαθητικότητας: α) αυτή του μεγαλείου- χειραγώγησης, β) της σκληρότητας-έλλειψης συναισθημάτων και γ) της παρορμητικότητας-ανευθυνότητας.

Η κλίμακα περιλαμβάνει 50 στοιχεία, στα οποία ο κάθε συμμετέχων απαντά σε μια 4βάθμια κλίμακα Likert από το 1 έως το 4, η οποία κυμαίνεται από «δεν ισχύει καθόλου» ως «ισχύει πολύ».

Η αξιολόγηση γίνεται με βάση το άθροισμα της βαθμολογίας που συγκεντρώνει το κάθε παιδί στο σύνολο του ερωτηματολογίου, και στις τρεις επιμέρους υποκλίμακες.

Το MAYSI-II (Grisso T. & Barnum R., 2006) αποτελεί και αυτό ένα εργαλείο αυτοσυμπλήρωσης, απαρτιζόμενο από 52 ερωτήσεις σχεδιασμένες να αναγνωρίζουν νέους, ηλικίας 12-17 ετών, που πιθανόν χρήζουν ειδικής ψυχικής βοήθειας και αντιμετώπισης. Τα παιδιά διαβάζουν τα ερωτήματα μόνα τους και κυκλώνουν τις απαντήσεις «Ναι» ή «Όχι», σύμφωνα με το πόσο πιθανό είναι κάθε στοιχείο να αντιπροσωπεύει την αλήθεια «τους τελευταίους μήνες». Η διάρκεια συμπλήρωσής του φτάνει τα 15 λεπτά και το σύνολο των απαντήσεων αθροίζεται σε 3 λεπτά.

Ανάλογα με τον αριθμό των αποκρίσεων σε κάθε ερώτηση, υπάρχει ένα σημείο ουδός από όπου κρίνεται αν το παιδί βρίσκεται σε «εύρος προσοχής» ή «εύρος κινδύνου», ως προς την ανάγκη για κλινική παρακολούθηση. Το «εύρος προσοχής» αντιστοιχίζεται με 8 ερωτήματα κατηγορίας Α (αλκοόλ, ουσιών), 9 κατηγορίας Β (θυμού-ευερεθιστότητας), 9 κατηγορίας Γ (κατάθλιψης- άγχους), 6 κατηγορίας Δ (σωματικά συμπτώματα), ενώ το «εύρος κινδύνου» αντιστοιχίζεται με 5 ερωτήματα της κατηγορίας Ε (αυτοκτονικού ιδεασμού) και 5 της κατηγορίας Ζ (ιδέες αλλοιωμένης πραγματικότητας).

Το RPQ (Raine A., Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D., Reynolds C., 2006) είναι ένα ερωτηματολόγιο με μετρήσεις στοιχείων αντικοινωνικών, ψυχοκοινωνικών και προσωπικότητας. Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με 0, 1 ή 2 (ποτέ, μερικές φορές ή σπάνια) που αντιστοιχούν στη συχνότητα εμφάνισης κάθε λήμματος. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 υποκατηγορίες συμπεριφοράς : την αντιδραστική, δηλαδή την αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα και την εν ψυχρώ, δηλαδή την εμφάνιση αντικοινωνικών-ψυχοπαθητικών συμπεριφορών χωρίς κανένα ερέθισμα. Η αντιδραστική συμπεριφορά αντιστοιχεί στα λήμματα 2,4,6,9,10,12,15,17,18,20,21,23 και η εν ψυχρώ στα λήμματα 1,3,5,7,8,11,13,14,16,19,22. Το σύνολο των δύο υποκατηγοριών αντιπροσωπεύουν τη συνολική εικόνα επιθετικότητας του εφήβου.

Τα δημογραφικά στοιχεία και το ιατρικό ιστορικό (Freitag C. M., & Stadler C., 2010) συγκεντρωθήκαν από αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, με ερωτήματα κλειστού τύπου και ελάχιστα ανοιχτού, που αναλύει παρούσες και παρελθούσες περιβαλλοντικές επιρροές και παράγοντες κινδύνου των εφήβων. Οι γονείς/φροντιστές ερωτώνται, εκτός από την ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων, για α) την περίοδο της εγκυμοσύνης, β) τη γέννηση και τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, γ) αναπτυξιακά ορόσημα, δ) νοσηλείες και τα νηπιακά και σχολικά χρόνια, ε) χρόνια ιατρικά προβλήματα, ζ) κοινωνικές πληροφορίες και η) ψυχιατρικό ιστορικό στην οικογένεια. Η συμπλήρωση του απαιτεί συνήθως 20 λεπτά της ώρας. Το άθροισμα των απαντήσεων, αναφορικά με το κοινωνικά χαρακτηριστικά, ορίζεται με τη διεθνή τυποποιημένη ταξινόμηση της εκπαίδευσης (ISCED- Classifications), η οποία είναι υπεύθυνη για την συγκέντρωση, κατάρτιση και ανάλυση διεθνών συγκρίσιμων δεδομένων

Στατιστική Ανάλυση

Μετά την κατάλληλη καταχώρηση και κωδικοποίηση των δεδομένων από την Ευρωπαϊκή βάση, πραγματοποιήθηκε η στατιστική τους επεξεργασία με τη χρήση του προγράμματος IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), έκδοση 20^η.

Αρχικά επαληθεύτηκε ο δείκτης εσωτερικής συνοχής συνέπειας και αξιοπιστίας Cronbach alpha για την κλίμακα MAYSI-II, για την κλίμακα YPI και για την κλίμακα RPQ. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων, την οποία διαδέχτηκε η επαγωγική στατιστική ανάλυση και ο έλεγχος των ερευνητικών ερωτημάτων.

Αποτελέσματα

Εσωτερική συνοχή ερωτηματολογίων

Όπως φαίνεται και στον πίνακα Cronbach alpha, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία έχουν άριστη εσωτερική συνοχή.

Πίνακας Cronbach alpha

Υποκλίμακες	Cronbach alpha
YPI-σύνολο	,921
RPQ-σύνολο	,949
MAYSI-II-σύνολο	,817

Περιγραφικοί Στατιστικοί Πίνακες

Οι παρακάτω πίνακες παρουσιάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Φύλο Συμμετεχόντων

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Κορίτσι	79	65,3
Αγόρι	42	34,7
Σύνολο	121	100,0

Ηλικία Συμμετεχόντων

	Συχνότητα	Ποσοστό
9-10	12	9,9
10-11	11	9,1
11-12	8	6,6
12-13	14	11,6
Έγκυρο 13-14	16	13,2
14-15	12	9,9
15-16	10	8,3
16-17	21	17,4
17-18	17	14,0
Σύνολο	121	

Διάγνωση ΔΔ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μάρτυρες	66	54,6
ΔΔ	55	45,4
Σύνολο	121	100,0

Όπως φαίνεται από τους παραπάνω πίνακες, τα κορίτσια που συμμετείχαν (N=79) στην έρευνα είναι περισσότερα από τα αγόρια (N=42). Οι ηλικίες που εμφανίζονται συχνότερα είναι 16 ετών (N=21), 17 ετών (N= 17), 13 ετών (N=16). Τα περισσότερα παιδιά ξεπερνούν την ηλικία των 13 (N=76) και ο Μ.Ο. ηλικίας είναι τα 13,4 (± 2) έτη.

Ηλικία ανά φύλο και διαγνωστική κατηγορία

Φύλο		Ηλικία									Σύνολο
		9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Κορίτσι	Μάρτυρες	9	7	2	7	4	4	3	7	6	49
	Δ.Δ.	1	2	2	3	7	5	0	5	5	30
	Σύνολο	10	9	4	10	11	9	3	12	11	79
Αγόρι	Μάρτυρες	2	1	3	1	1	1	3	4	1	17
	Δ.Δ.	0	1	1	3	4	2	4	5	5	25
	Σύνολο	2	2	4	4	5	3	7	9	6	42
Σύνολο	Μάρτυρες	11	8	5	8	5	5	6	11	7	66
	Δ.Δ.	1	3	3	6	11	7	4	10	10	55
	Σύνολο	12	11	8	14	16	12	10	21	17	121

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα ο αριθμός των κοριτσιών με ΔΔ είναι 30 και των αγοριών 25, οι ηλικίες των παιδιών με ΔΔ οι οποίες εμφανίζονται πιο συχνά είναι τα 13 έτη (N=11), τα 16 (N=10) και τα 17 (N=10). Η συχνότερη ηλικία των κοριτσιών με ΔΔ είναι τα 13 χρόνια (N=7), ενώ των αγοριών τα 16 (N=5) και τα 17 (N=5).

Έλεγχος Ερευνητικών Υποθέσεων - Επαγωγική Στατιστική

Ο έλεγχος συσχέτισης και η σημαντικότητα των επιμέρους υποομάδων των προγεννητικών παραμέτρων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Pearson Chi-square (χ^2) και του ελέγχου μέσων τιμών (t-test). Ο έλεγχος χ^2 αποτελεί επαγωγική διαδικασία η οποία ερευνά τη σχέση δύο κατηγορικών μεταβλητών που υπεισέρχονται στη δομή ενός πίνακα συνάφειας. Εξετάζει την υπόθεση ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, δηλαδή ότι μια δεν ασκεί καμία επίδραση στην άλλη. Ο έλεγχος t-test αφορά τη σύγκριση των μέσων τιμών μια ποσοτικής μεταβλητής σε δύο ομάδες ανεξάρτητων παρατηρήσεων- independent samples t-test , ενώ προηγείται η δοκιμασία κατά Levene για την διαφορά της διασποράς. Για την συσχέτιση δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson's Correlation Coefficient (r) (Γναρδέλλης Χ., 2013).

Έλεγχος υποθέσεων στο σύνολο του πληθυσμού

Οι δύο μεταβλητές που εξετάζονται ως προς τη συνάφεια είναι ο καθένας από τους προγεννητικούς/περιγεννητικούς παράγοντες σε σχέση με την εμφάνιση ΔΔ στο παιδί. Πιο συγκεκριμένα, αναζητείται η σχέση μεταξύ καπνίσματος, χρήσης ουσιών, κατανάλωσης αλκοόλ, λεκτικής και σωματικής βίας από τον πατέρα προς τη μάνα κατά την κύηση, καθώς και της διάρκειας κύησης και περιγεννητικών προβλημάτων, συναρτήσει της εμφάνισης ΔΔ. Για όλες τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιείται ο δείκτης χ^2 , ενώ για τις ποσοτικές ο έλεγχος t-test. Η μηδενική υπόθεση (H_0) είναι ότι δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ προγεννητικών/περιγεννητικών παραγόντων και εμφάνισης της ΔΔ στο παιδί. Χρήση ουσιών δεν ανέφερε καμία μητέρα ενώ χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης μόνον τρεις (δύο με παιδί με ΔΔ και μία μητέρα μάρτυρα), οπότε οι μεταβλητές αυτές δεν ήταν δυνατό να αναλυθούν.

Κάπνισμα κατά την κύηση

	Μάρτυρες	ΔΔ	Σύνολο
Όχι	45	33	78
Ναι	21	19	40
Σύνολο	66	52	118

Από την ανάγνωση του περιεχομένου του πίνακα χ^2 - κάπνισμα κατά την κύηση, προκύπτει ότι το ποσοστό των παιδιών με ΔΔ των οποίων η μητέρα δήλωσε πως κάπνιζε κατά την κύηση ήταν 19 από 52 (36,5%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους μάρτυρες ήταν 21 από 66 (31,8%). Ο δείκτης $\chi^2 (1) = 0,289$, αντιστοιχεί σε $p = 0,591 > 0,05$, το οποίο δεν είναι στατιστικά σημαντικό και έτσι δεν απορρίπτεται η H_0 . Επομένως, το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση στον πληθυσμό μας φαίνεται να μην συσχετίζεται με την εκδήλωση της ΔΔ στο παιδί.

Βιαιότητα από σύντροφο κατά την κύηση

	Μάρτυρες	ΔΔ	Σύνολο
Όχι	56	30	86
Ναι	10	22	32

Σύνολο	66	52	118
---------------	----	----	-----

Η μεταβλητή της άσκησης βίας προς τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τον σύντροφό της φαίνεται να συσχετίζεται με την εμφάνιση ΔΔ. Συγκεκριμένα, ο δείκτης $\chi^2(1) = 10,852$, αντιστοιχεί σε $p = 0,001 < 0,05$ δηλαδή υπάρχει ισχυρή στατιστική σημαντικότητα και απορρίπτεται η H_0 , ότι δηλαδή δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Επομένως, η άσκηση σωματικής ή λεκτικής βίας από τον σύντροφο προς τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης δείχνει να σχετίζεται με την εμφάνιση Δ.Δ. στο παιδί. Από τα 52 παιδιά που έχουν τη διαταραχή, τα 22 (42,3%) προέρχονται από μητέρα η οποία δέχθηκε βία από το σύντροφο κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μεταξύ των μητέρων των μαρτύρων το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 15,2%.

Διάρκεια κύησης

	Μάρτυρες	ΔΔ	Σύνολο
Πρόωρη κύηση (<37 εβδ.)	8	9	17
Τελειόμηνη κύηση	58	45	103
Σύνολο	66	54	120

Η διάρκεια κύησης του παιδιού, δηλαδή η ολοκληρωμένη ή πρόωρη κύηση δεν φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με την εκδήλωση της Δ.Δ. Ο δείκτης $\chi^2(1) = 0,505$, αντιστοιχεί σε $p = 0,477 > 0,05$ στατιστικά μη σημαντικό και δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Από τα 54 παιδιά με Δ.Δ. μόλις τα 9 (16,7%) γεννήθηκαν πριν ολοκληρωθεί η 37^η εβδομάδα κύησης, ενώ από τους 66 μάρτυρες γεννήθηκαν πρόωρα οι 8 (12,1%).

Περιγεννητικά προβλήματα

	Μάρτυρες	ΔΔ	Σύνολο
Όχι	49	37	86
Θερμοκοιτίδα	7	8	15
Μόλυνση κατά τη γέννηση	5	4	9
Άλλα	1	2	3
Σύνολο	62	51	113

Η μηδενική υπόθεση περί απουσίας σχέσεως μεταξύ των μεταβλητών δεν μπορεί να απορριφθεί ούτε στην περίπτωση των προβλημάτων κατά την γέννηση. Από τα 51 παιδιά με ΔΔ, τα 14 (27,5%) αντιμετώπισαν προβλήματα στον τοκετό όπως εισαγωγή σε θερμοκοιτίδα, μόλυνση, νοσηλεία κτλ., ενώ οι αντίστοιχοι αριθμοί για τους μάρτυρες είναι 13 από 62 (21%). Ο δείκτης χ^2 για το σύνολο των προβλημάτων υπολογισμένων μαζί (2 βαθμοί ελευθερίας) είναι 0,647, που αντιστοιχεί σε $p = 0,421 > 0,05$ στατιστικά μη σημαντικό. Επομένως, μεταξύ των

μεταβλητών (περιγεννητικών προβλημάτων και ΔΔ) δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση.

Βάρος γέννησης-μέσοι όροι

	N	M.O.	Τυπ. απόκλιση
Μάρτυρες	66	3202,42	516,405
Βάρος γέννησης ΔΔ	53	3031,89	692,585

Ο παραπάνω πίνακας περιέχει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (βάρος γέννησης) των δύο ομάδων (παιδιά μάρτυρες-παιδιά με ΔΔ).

Βάρος γέννησης-δοκιμασία κατά Levene

F	Sig.
2,260	,135

Ο δεύτερος πίνακας αναφέρεται στον έλεγχο Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων. Η πιθανότητα να διαφέρει η διακύμανση του βάρους γέννησης των παιδιών με ΔΔ από αυτή των μαρτύρων είναι $p = 0,135 > 0,05$.

Βάρος γέννησης:t-test για ανεξάρτητα δείγματα

t-test for Equality of Means		
t	df	Sig. (2-tailed)

Equal variances assumed	1,538	117	,127
Equal variances not assumed	1,491	93,833	,139

Εφόσον οι διακυμάνσεις δεν διαφέρουν, από τα δύο t-tests που εμφανίζονται στον τρίτο πίνακα, καταλήγουμε να χρησιμοποιήσουμε αυτό που αντιστοιχεί στην ένδειξη equal variances assumed. Παρατηρούμε ότι $t = 1,538$, αντιστοιχεί σε $p (2\text{-tailed}) = 0,127 > 0,05$ και έτσι, παρότι το βάρος γέννησης των παιδιών με ΔΔ ήταν $3,03 (\pm 0,69)$ κιλά έναντι αυτού των μαρτύρων $3,20 (\pm 0,52)$ κιλά, δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι των τιμών του βάρους γέννησης δεν διαφέρουν μεταξύ των παιδιών με ΔΔ και των μαρτύρων.

Ελεγχος υποθέσεων εντός του πληθυσμού των παιδιών με Δ.Δ.

Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη- σχέση με τις υποκλίμακες του MAYSI-II και του RPQ και τη συνολική βαθμολογία του RPQ και του YPI

	Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	N	M.O.	Τυπ.Απόκλιση
<u>MAYSI-II</u>				
Σύνολο στοιχείων χρήσης αλκοόλ από το παιδί/έφηβο	OXI	32	1,16	1,953
	NAI	19	,68	1,565
Σύνολο στοιχείων θυμού ευερεθιστότητας	OXI	32	5,16	2,830
	NAI	19	6,95	2,483
Σύνολο στοιχείων κατάθλιψης-άγχους	OXI	32	2,63	1,996
	NAI	19	2,00	1,374
Σύνολο στοιχείων σωματικών	OXI	32	2,44	1,645

Διαταραχή Διαγωγής : Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθητικότητας

συμπτωμάτων	NAI	19	1,58	1,346
Σύνολο στοιχείων αυτοκτ. ιδεασμού	OXI	32	,53	1,191
	NAI	19	,42	,902
Σύνολο στοιχείων διαταραχής της σκέψης	OXI	32	,56	,948
	NAI	19	,47	,772
Συνολο στοιχείων τραυματικών εμπειριών	OXI	32	3,25	1,901
	NAI	19	2,89	1,286
<u>RPQ</u>				
Στοιχεία προληπτικής επιθετικότητας (ψυχρά, χωρίς ερέθισμα, τύψεις κτλ)	OXI	32	4,31	4,067
	NAI	19	7,79	3,521
Στοιχεία αντιδραστικής επιθετικότητας (ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα)	OXI	32	11,16	4,228
	NAI	19	13,79	3,938
Στοιχεία συνολικής επιθετικότητας	OXI	32	15,47	7,535
	NAI	19	21,58	6,727
<u>YPI</u>				
Συνολικό σκορ ψυχοπαθητικότητας	OXI	32	107,47	21,417
	NAI	19	129,05	21,892

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
<u>MAYSI-II</u>	Equal variances assumed	2,550	,117	,895	49	,375
Σύνολο στοιχείων χρήσης αλκοόλ από το παιδί/έφηβο	Equal variances not assumed			,948	44,549	,348

Διαταραχή Διαγωγής : Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθητικότητας

	Equal variances assumed	2,058	,158	-2,284	49	,027
Σύνολο στοιχείων θυμού- ευερεθιστότητας	Equal variances not assumed			-2,363	41,976	,023
	Equal variances assumed	5,788	,020	1,204	49	,235
Σύνολο στοιχείων κατάθλιψης- άγχους	Equal variances not assumed			1,321	47,792	,193
	Equal variances assumed	,774	,383	1,922	49	,060
Σύνολο στοιχείων σωματικών συμπτωμάτων	Equal variances not assumed			2,024	43,982	,049
	Equal variances assumed	,567	,455	,348	49	,729
Σύνολο στοιχείων αυτοκτονικού ιδεασμού	Equal variances not assumed			,373	45,968	,711
	Equal variances assumed	,359	,552	,345	49	,731
Σύνολο στοιχείων διαταραχής της σκέψης	Equal variances not assumed			,364	44,119	,718
	Equal variances assumed	5,267	,026	,721	49	,474
Σύνολο στοιχείων τραυματικών εμπειριών	Equal variances not assumed			,794	48,040	,431
RPO	Equal variances assumed	,182	,672	-3,098	49	,003
Στοιχεία προληπτικής επιθετικότητας (ψυχρά, χωρίς ερέθισμα, χωρίς τύψεις κτλ)	Equal variances not assumed			-3,215	42,377	,002
	Equal variances assumed	,294	,590	-2,205	49	,032
Στοιχεία αντιδραστικής επιθετικότητας (ως αντίδραση σε ερέθισμα)	Equal variances not assumed			-2,246	40,151	,030
	Equal variances assumed	,674	,416	-2,910	49	,005
Στοιχεία συνολικής επιθετικότητας	Equal variances not assumed			-2,997	41,448	,005
	assumed					

YPI	Equal variances assumed	,155	,696	-3,451	49	,001
	Equal variances not assumed			-3,432	37,280	,001
Συνολικό σκορ ψυχοπαθητικότητας (yri)						

Στον πίνακα t-test παρατηρούμε ότι ορισμένα στοιχεία παρουσιάζουν

στατιστικά σημαντική σχέση. Ως προς το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη σε σχέση με τις υποκλίμακες του MAYSI-II, μόνο το σύνολο στοιχείων θυμού-ευερεθιστότητας στο παιδί/έφηβο με ΔΔ φαίνεται να σχετίζεται με το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση ($t=2,284$, $df=49$, $p=0,027$). Σε σχέση με την βαθμολογία της προληπτικής επιθετικότητας και του συνόλου της επιθετικότητας στο RPQ, όπως επίσης και της συνολικής βαθμολογίας της ψυχοπαθητικότητας στο YPI ισχύει ότι $p < 0,05$ σε όλες τις περιπτώσεις. Επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και υιοθετείται η εναλλακτική, δηλαδή ότι οι μέσοι όροι επιθετικών και ψυχοπαθητικών στοιχείων των παιδιών που η μητέρα τους κάπνιζε στην κύηση διαφέρουν από τους μέσους όρους αυτών που η μητέρα δεν κάπνιζε εκείνη την περίοδο.

Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε πως το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση φαίνεται να επηρεάζει το έμβρυο σε τέτοιο βαθμό που να τροποποιεί την συμπτωματολογία της ΔΔ, καθώς αυτά τα παιδιά φάνηκε να έχουν υψηλότερους Μ.Ο. στα στοιχεία θυμού ευερεθιστότητας και στις κλίμακες ψυχοπαθητικότητας και επιθετικότητας.

Λεκτική ή σωματική βία στην εγκυμοσύνη- σχέση με τις υποκλίμακες του MAYSI-II και του RPQ και τη συνολική βαθμολογία του RPQ και του YPI

	Λεκτικά ή σωματικά βίαιος σύντροφος κατάτην εγκυμοσύνη	N	M.O.	Τυπ.Απόκλιση
<u>MAYSI-II</u>				
Σύνολο στοιχείων χρήσης αλκοόλ από το παιδί/έφηβο	OXI	29	1,10	1,877
	NAI	22	,82	1,763
Σύνολο στοιχείων θυμού ευερεθιστότητας	OXI	29	5,24	3,090
	NAI	22	6,59	2,261
Σύνολο στοιχείων κατάθλιψης-άγχους	OXI	29	2,41	1,900
	NAI	22	2,36	1,706
Σύνολο στοιχείων σωματικών συμπτωμάτων	OXI	29	2,45	1,639
	NAI	22	1,68	1,427
Σύνολο στοιχείων αυτοκτ. ιδεασμού	OXI	29	,45	1,088
	NAI	22	,55	1,101
Σύνολο στοιχείων διαταραχής της σκέψης	OXI	29	,62	,979
	NAI	22	,41	,734
Σύνολο στοιχείων τραυματικών εμπειριών	OXI	29	2,83	1,774
	NAI	22	3,50	1,535
<u>RPQ</u>				
Στοιχεία προληπτικής επιθετικότητας (ψυχρά,χωρίς ερέθισμα,τύψεις κτλ)	OXI	29	5,28	4,566
	NAI	22	6,05	3,709
Στοιχεία αντιδραστικής επιθετικότητας (ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα)	OXI	29	11,24	4,315
	NAI	22	13,32	4,028
Στοιχεία συνολικής επιθετικότητας	OXI	29	16,52	8,043
	NAI	22	19,36	7,261

Διαταραχή Διαγωγής : Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ψυχοπαθητικότητας

ΥΠΙ				
Συνολικό σκορ	OXI	29	107,97	23,670
ψυχοπαθητικότητας	NAI	22	125,45	20,572

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
MAYSI-II	Equal variances assumed	,669	,417	,552	49	,584
Σύνολο στοιχείων χρήσης αλκοόλ από το παιδί/έφηβο	Equal variances not assumed			,556	46,733	,581
Σύνολο στοιχείων θυμού-ευερεθιστότητας	Equal variances assumed	5,399	,024	-1,726	49	,091
	Equal variances not assumed			-1,801	48,956	,078
Σύνολο στοιχείων κατάθλιψης- άγχους	Equal variances assumed	,249	,620	,098	49	,923
	Equal variances not assumed			,099	47,543	,922
Σύνολο στοιχείων σωματικών συμπτωμάτων	Equal variances assumed	,225	,638	1,747	49	,087
	Equal variances not assumed			1,781	48,000	,081
Σύνολο στοιχείων αυτοκτονικού ιδεασμού	Equal variances assumed	,377	,542	-,314	49	,755
	Equal variances not assumed			-,314	45,094	,755
Σύνολο στοιχείων διαταραχής της σκέψης	Equal variances assumed	1,436	,236	,848	49	,400
	Equal variances not assumed			,882	48,998	,382
Σύνολο στοιχείων τραυματικών εμπειριών	Equal variances assumed	1,185	,282	-1,419	49	,162
	Equal variances not assumed			-1,448	48,087	,154

RPQ	Equal variances assumed	1,704	,198	-.645	49	,522
Στοιχεία προληπτικής επιθετικότητας (ψυχρά, χωρίς ερέθισμα, χωρίς τύψεις κτλ)	Equal variances not assumed			-.664	48,733	,510
Στοιχεία αντιδραστικής επιθετικότητας (ως αντίδραση σε ερέθισμα)	Equal variances assumed	,222	,639	-1,751	49	,086
	Equal variances not assumed			-1,768	46,848	,084
Στοιχεία συνολικής επιθετικότητας	Equal variances assumed	,912	,344	-1,305	49	,198
	Equal variances not assumed			-1,323	47,454	,192
YPI	Equal variances assumed	1,180	,283	-2,762	49	,008
Συνολικό σκορ ψυχοπαθητικότητας (y _{pi})	Equal variances not assumed			-2,817	48,029	,007

Η μεταβλητή που είναι στατιστικά σημαντική είναι η λεκτική ή σωματική βία κατά την εγκυμοσύνη από τον πατέρα σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία της ψυχοπαθητικότητας στο YPI ($t=2,762$, $df=49$, $p=0,008 < 0,05$), άρα διαφέρουν οι μέσοι όροι των συνολικών στοιχείων ψυχοπαθητικότητας των παιδιών που η μητέρα είχε υποστεί βία στην εγκυμοσύνη από τον σύντροφο της σε σχέση με αυτούς που η μητέρα δεν είχε υποστεί περιστατικά βίας.

Βάρος γέννησης- σχέση με τις υποκλίμακες του MAYSI-II και του RPQ και τη συνολική βαθμολογία του RPQ και του YPI (N=52)

	<u>YPI</u>	<u>RPQ</u> (<u>προλ.</u>)	<u>RPQ</u> (<u>αντιδρ.</u>)	<u>RPQ</u> (<u>συν.</u>)	<u>M-</u> <u>αλ.</u>	<u>M-</u> <u>θυ.</u>	<u>M-</u> <u>καταθλ.</u>	<u>M-</u> <u>αυτοκ.</u>	<u>M-</u> <u>διατ.σκευης</u>	<u>M-</u> <u>τραυμ.εμπ.</u>	<u>M-</u> <u>σωμ.συμ.</u>
<u>Pearson correlation Coef. (r)</u>	-,172	-,127	-,133	-,142	-,091	-,106	-,149	-,192	,067	-,123	-,079
<u>Sig.(2tailed) (p)</u>	,222	,371	,348	,316	,521	,454	,291	,172	,638	,385	,576

Συντομογραφίες : M-αλ.=MAYSI-II- σύνολο στοιχείων χρήσης αλκοόλ από το παιδί/έφηβο. M-θυ.= MAYSI-II- σύνολο στοιχείων θυμού- ευερεθιστότητας M-καταθλ.= MAYSI-II- σύνολο στοιχείων κατάθλιψης- άγχους, M-αυτοκ.=MAYSI-II- σύνολο στοιχείων αυτοκτονικού ιδεασμού, M-διατ.σκέψης= MAYSI-II- σύνολο στοιχείων διαταραχής της σκέψης, M-τραυμ.εμπ.= MAYSI-II- σύνολο στοιχείων τραυματικών εμπειριών, M-σωμ.συμπ.= MAYSI-II- σύνολο στοιχείων σωματικών συμπτωμάτων.

Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ του βάρους γέννησης των παιδιών που έχουν διάγνωση ΔΔ και των βαθμολογιών των υποκλιμάκων του MAYSI-II και του RPQ και των συνολικών βαθμολογιών του RPQ και του YPI χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson Correlation Coefficient (r).

Από τον πίνακα των συσχετίσεων προκύπτει πως το βάρος γέννησης δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με καμία από τις κλίμακες. Επομένως, δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και αποδεχόμαστε ότι το βάρος με το οποίο γεννήθηκαν τα παιδιά που έλαβαν διάγνωση ΔΔ φαίνεται να μην επηρεάζει τις σχετικές βαθμολογίες.

Συζήτηση

Η ΔΔ αποτέλεσε το επίκεντρο της έρευνας για την κατανόηση και πρόληψή της στην χώρα μας.. Είναι γεγονός πως μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει άλλη έρευνα για ΔΔ σε εφήβους στην Ελλάδα που να ακολουθήσε τόσο αυστηρή μεθοδολογία και κριτήρια επιλογής.

Στο σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα, τα παιδιά με ΔΔ είναι σχεδόν ισόποσα διαμοιρασμένα σε σχέση με τους μάρτυρες. Χαρακτηριστικό είναι πως τα κορίτσια, στη συγκεκριμένη εργασία, είναι πολυπληθέστερα των αγοριών. Αυτό συμβαίνει, διότι στην ευρωπαϊκή έρευνα, στην οποία συμμετείχε και η χώρα μας,

κύριος στόχος ήταν η άντληση στοιχείων για τον ειδικό και σχετικά υπομελετημένο στην ΔΔ πληθυσμό των κοριτσιών 9-17 ετών.

Ειδικότερα, ως προς το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η σύγκριση των δύο ομάδων, μαρτύρων και παιδιών με ΔΔ, αναφορικά με τους παράγοντες της προγεννητικής περιόδου, έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της Δ.Δ. με την ύπαρξη βίας από τον σύντροφο της μητέρας προς αυτήν κατά την εγκυμοσύνη. Ένας αξιοσημείωτος αριθμός μητέρων δήλωσαν πως δέχτηκαν βία από τον σύντροφο τους κατά την κύηση, το 42,3 % των μητέρων παιδιών με ΔΔ έναντι του 15,2% μητέρων παιδιών μαρτύρων. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τους Linner K.M. et al. (2003) που βρήκαν ότι το ψυχολογικό στρες της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη υποδεικνύει τη βία σαν σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με τη ΔΔ και συναφείς διαταραχές. Το άγχος και το ψυχολογικό στρες σχετίζεται με παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα στη ρύθμιση του συναισθήματος καθώς και συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και συναφών διαταραχών, όπως η ΔΔ. (Glover V., 2013).

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη φαίνεται να μην σχετίζεται με την εκδήλωση Δ.Δ. στο παιδί, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι Walkschlang L.S., Lahey B.B., Loeber R. et al. (1997), βρήκαν πως οι μητέρες που κάπνιζαν την περίοδο που ήταν έγκυες ήταν περισσότερο πιθανό να γεννήσουν παιδιά με Δ.Δ., ιδιαίτερα όσες κάπνιζαν περισσότερα τους ενός πακέτου την ημέρα. Επίσης, έρευνες δείχνουν πως η κατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση και η χρήση ουσιών συνδέονται με παιδιά που εκδηλώνουν ΔΔ και μάλιστα η κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων σε σύντομο χρονικό διάστημα-binge drinking (Linner K.M. et al., 2003. Williams J.H.G. & Ross L., 2007). Αντικρουόμενα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με το βάρος γέννησης του παιδιού και τη συσχέτιση αυτού του παράγοντα

με την ΔΔ. Οι Pharoah P.O., Stevenson C.J., Cooke R.C. & Stevenson R.C., (1994) εντόπισαν σύνδεση του βάρους γέννησης του παιδιού με τη διαταραχή.

Συγκεκριμένα, αναφέρουν πως το χαμηλό βάρος γεννήσεως σχετίζεται με υψηλή βαθμολογία σε συναισθηματικά προβλήματα και σε προβλήματα συμπεριφοράς, γεγονός που αντιτίθεται στα αποτελέσματα της συγκεκριμένη εργασίας η οποία δεν βρήκε κάποια σχέση ανάμεσα στο βάρος γέννησης και την εκδήλωση Δ.Δ. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζουν και οι Tibbets S.G. & Piguero Alex R., (1999) οι οποίοι βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα σε παραβατικούς ενήλικους και λιποβαρή βρέφη, δείχνοντας πως ο παράγοντας του χαμηλού βάρους γεννήσεως ήταν προγνωστικός δείκτης της μεταγενέστερης παράνομης συμπεριφοράς τους.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα εστίαζε στα παιδιά που έλαβαν διάγνωση ΔΔ. Οι μετρήσεις αφορούσαν τη σχέση αυτών με τις βαθμολογίες στις κλίμακες επιθετικότητας, ψυχοπαθητικότητας και συμπεριφορικής εκτίμησης παιδιών με παραβατική συμπεριφορά και τους ίδιους προγεννητικούς παράγοντες.

Η ψυχοπαθητικότητα και η επιθετικότητα των παιδιών με ΔΔ, φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση με το κάπνισμα της μητέρας στην κύηση. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα συσχετίστηκε ισχυρά με υψηλό σκορ τόσο στην κλίμακα της ψυχοπαθητικότητας όσο και της επιθετικότητας. Στην κλίμακα επιθετικότητας, μάλιστα, παρουσιάστηκε στατιστική σημαντικότητα όχι μόνο στο συνολικό σκορ της επιθετικής συμπεριφοράς, αλλά και στην προβλεπτική επιθετικότητα (proactive). Το γεγονός αυτό ήταν μάλλον αναμενόμενο, καθώς τα συγκεκριμένα παιδιά δεν χρειάζονται κάποιο ερέθισμα για να εκδηλώσουν επιθετική συμπεριφορά, όπως συμβαίνει στην αντιδραστική επιθετικότητα (reactive).

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε πλήρη συμφωνία με την μελέτη των Dakwar E., Popii M. & Coccaro E.F., (2011). Αυτοί βρήκαν πως οι βαθμολογίες

επιθετικότητας και παρορμητικότητας των παιδιών με ΔΔ είναι αυξημένες συναρτήσει του ιστορικού καπνίσματος της μητέρας. Η έρευνα των Raine A., Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp I., Lynam D., Reynolds C. et al., (2006), εξετάζοντας το θέμα υπό το πρίσμα της επιθετικότητας, βρήκε πως η επιθετικότητα γενικά σχετίζεται με την παραβατικότητα και πιο συγκεκριμένα η προληπτική επιθετικότητα (proactive), που παρουσιάζει υψηλότερα σκορ συναρτήσει της παραβατικής και της εγκληματικής συμπεριφοράς.

Προς παρόμοια κατεύθυνση με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας κινούνται τα αποτελέσματα των ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σχέση καπνίσματος μητέρας- ψυχοπαθητικότητας. Η παρορμητικότητα και η αντικοινωνική συμπεριφορά σχετίζονται με τη Δ.Δ. και την έκθεση του εμβρύου σε καπνό πριν τη γέννηση (Burke J.D., Loeber R., Lahey B.B., (2007). Επίσης, οι Frick P.J., Bodin S.D. & Barry C.T., (2000) διαπίστωσαν πως στοιχεία ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, όπως ναρκισσιστικά, παρορμητικά και αναισθησίας-σκληρότητας, σχετίζονται σημαντικά με τη Δ.Δ. σε κλίμακες μέτρησης ψυχοπαθητικότητας.

Όπως καθίσταται εμφανές από την ανάλυση των ευρημάτων, σε συνδυασμό με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η συσχέτιση των προγεννητικών παραγόντων αναφορικά με τη ΔΔ των παιδιών έχει τύχει εκτενούς μελέτης, ωστόσο τα ευρήματα είναι συχνά αντικρουόμενα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κινούνται και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας η οποία βρήκε συσχετίσεις με παράγοντες που επιβεβαιώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά και έλλειψη συσχετίσεων που αναμένονταν να παρουσιαστούν. Όσον αφορά τις τελευταίες, το ότι στην δική μας μελέτη δεν βρίσκονται παρόμοιες συσχετίσεις πιθανόν οφείλεται σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του Ελληνικού πληθυσμού ή στο ότι το δείγμα μας ήταν σχετικά μικρό για να αναδειχθεί στατιστική σημαντικότητα.

Περιορισμοί και αξία της έρευνας

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία έγινε με σκοπό να μελετηθούν ορισμένοι παράγοντες της προγεννητικής περιόδου του παιδιού σε σχέση με την εκδήλωση ΔΔ. Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων προκύπτει, ότι η άσκηση βίας προς τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη από τον σύντροφό της δύναται να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη ώστε να παρουσιάσει αργότερα το παιδί τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, φάνηκε ότι το κάπνισμα από τη μητέρα στην κύηση είναι πιθανό να οδηγεί σε γέννηση παιδιού το οποίο θα εκδηλώσει ΔΔ και του οποίου η συμπεριφορά θα χαρακτηρίζεται από ψυχοπαθητικά, παράνομα και επιθετικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, είναι ανάγκη να γίνουν περισσότερες έρευνες στη χώρα μας, δεδομένου ότι η παρούσα αποτελεί την μοναδική στην Ελλάδα.

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη που αφορά τη ΔΔ σε Ελληνικό πληθυσμό και ακολούθησε απολύτως αυστηρά κριτήρια τόσο για την επιλογή των συμμετεχόντων, όσο και για την μεθοδολογία της έρευνας. Επιπλέον, είναι η πρώτη έρευνα, σε παγκόσμιο επίπεδο, που αφορά κορίτσια με την συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική οντότητα. Πολύ σημαντικό στοιχείο, επίσης, αποτελεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα των αναλύσεων της έρευνας, περιλαμβανομένων και αυτών της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας, θα συμβάλουν στην κατανόηση αλλά και την πρόληψη της ΔΔ.

Περιορισμό της έρευνας θέτει ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος των παιδιών με τη διαταραχή, ιδιαίτερα των κοριτσιών που ήταν ο αρχικός στόχος της εργασίας. Ακόμη, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για την έρευνα από τις κλινικές δομές τις οποίες επισκέπτονταν ή η πληροφόρηση γινόταν μεταξύ τους. Για πολλούς κίνητρο συμμετοχής αποτέλεσε η χρηματική αποζημίωση που δίνονταν με την ολοκλήρωση της έρευνας. Έτσι, ο τρόπος με τον οποίο έγινε η συλλογή του

δείγματος επιτρέπει να εξάγουμε κάποια συμπεράσματα, αλλά όχι να τα γενικεύσουμε στον γενικό πληθυσμό των ατόμων με ΔΔ.

Τα αποτελέσματα μας, πάντως, έχουν σημαντική ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη της ΔΔ στο πλαίσιο των προληπτικών παρεμβάσεων και προαγωγής της υγείας, δείχνοντας ότι προγεννητικοί και περιγεννητικοί δυνητικός τροποποιήσιμοι παράγοντες μπορεί να ελαττώσουν την ΔΔ, η οποία έχει βαριές επιπτώσεις στην ψυχική και στην σωματική νοσηρότητα.

Βιβλιογραφία

- Aichhorn A., (1925). *Wayward Youth*. London: Imago publishing co., Ltd. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association – APA, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV- R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*- 5th edition. Washington, DC., (2013).
- Andershed H., Kerr M., Stattin H. & Levander S., (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. In E. Blauuw & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current International Perspectives* (pp. 131-158). The Hague: Elsevier; 2002.
- Ang R. P., Ong E. L., Lim J. Y., & Lim E. W., (2010). From narcissistic exploitativeness to bullying behavior: The mediating role of approval-of-aggression beliefs. *Social Development*, 19, 721–735.

- Angold A., Costello E.J. & Erkanli A., (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psych*, 40: 57–87.
- Assary E., Salekin R. T., & Barker E. D. (2015). Big-Five and callous-unemotional traits in preschoolers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 371–379.
- Balot R.K. (2001), *Greed and Injustice in Classical Athens*. Princeton, Princeton University Press.
- Barker E. D., Oliver B. R., Viding E., Salekin R. T., & Maughan B., (2011). The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: A 14-year longitudinal investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 878–888.
- Bartol C. & Bartol A., (1989). *Juvenile delinquency: A systems approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beyers J.M., Bates J.E. & Pettit G.S., (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multi-level analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31:35-53.
- Boivin N. & Vitaro F., (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: inhibition through coercion or promotion through peer support. *Cambridge, UK: Cambridge University Press*, pp183-197.
- Boyle M., Offord D., Racine Y. & Szatmari P., (1992). Predicting substance use in late adolescence: Results from the Ontario child health study follow-up., *Am J. Psychiatry*, 149:761-767.
- Burt Cyril (1925). *The Young Delinquent*. London: *University of London Press*, Ltd.
- Burke J.D., Loeber R. & Lahey B.B., (2007). Adolescent Conduct Disorder and Interpersonal Callousness as predictors of Psychopathy in young adults.

Journal of clinical child and adolesc. Psych. Pp. 334-346, 2007, doi :
10.1080/15374410701444223.

Burkhead Dow Michael., (2006). *The search for the causes of crime: a history of theory in criminology*. New Carolina: McFarland & Company, Inc., Publishers.

Campbell S.B., Pierce E.W. & Moore G., (1996). Boys' externalising problems at elementary school age: pathways from early behaviour problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8:701-719.

Carey G. & DiLalla D. (1994). Personality and psychopathology: Genetic perspectives. *J Abnorm Psychol*, 103:32-43.

Caspi A., Taylor A. & Moffitt T., (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: Environmental risks identified using a genetic design. *Psychological Science*, 11:338-342.

Clarizio, Harvey F. & George F. McCoy, (1970). *Behavior disorders in school-aged children*. Scranton: Chandler Publishing Company.

Clark D.B., Pollock N., Bukstein O.G., Mezzich A.C., Bromberger J.T. & Donovan J.E., (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36: 1195–1203.

Cleckley H., (1976). *The Mask of Sanity (5th Ed.)*. St . Louis : Mosby. Pisano S., Muratori P., Gorga C., Levantini V., Iuliano R., Catone G., Goppola G., Milone A., Masi G., (2017). Conduct Disorder and Psychopathy in Children and Adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous unemotional traits. *Italian Journal of Pediatrics*, 2017. 43:84.

Γναρδέλλης X., (2013). *Ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics 21*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2013.

- Collishaw S., Maughan B., Goodman R. & Pickles A., (2004) Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*, 45: 1350–1362.
- Conger R.D., Ge X. & Elder G.H., (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65:541-561.
- Connor D.F., Steeber J. & McBurnett K., (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 31: 427–440.
- Copeland W.E., Shanahan L., Costello E.J. & Angold A., (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 66: 764–772.
- Costello E.J., Angold A., Burns B.J., Stangl D.K., Tweed D.L., Erkanli A. & Worthman C.M., (1996) The Great Smoky Mountains study of youth: goals, designs, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 53: 1129–1136.
- Costello Jane E. & Adrian Angold, (2001). Bad behaviour: an historical perspective on disorders of conduct. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cummings E.M. & Davies P., (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43:31-64.
- Coie J.D., (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behaviour. In JB Kupersmidt, KA Dodge (eds). *Children's Peer Relations: From Development to Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, pp243-267.

- Costello E.J., Compton S.N. & Keeler G., (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290:2023-2029.
- Dakwar E., Popii M. & Coccaro E.F., (2011). Lifetime history of cigarette associated with aggression and impulsivity in both healthy and personality disordered volunteers. *Journal of personality Disorder*, vol 25, no5, pp. 645-655.
- Delligatti N., Akin-Little A. & Little SK., (2003). Conduct Disorder in Girls: Diagnostic and intervention issues. *Psychol in Schools*. 40: 183–192.
- Diamantopoulou S., Verhulst F.C. & van der Ende J., (2011). The parallel development of ODD and CD symptoms from early childhood to adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20: 301–309.
- Essau C.A., Sasagawa S. & Frick P.J., (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*. 13: 454–469.
- Fairchild, G., Stobbe, Y., van Goozen, S.H., Calder, A.J., & Goodyer, I.M., (2010). Facial expression recognition, fear conditioning, and startle modulation in female subjects with conduct disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 272–279.
- Fairchild G., Passamonti .L, Hurford G., Hagan C.C., van Goozen S.H, Goodyer I.M. & Calder A.J., (2011). Brain structure abnormalities in early-onset and adolescent-onset conduct disorder. *Am J. Psychiatry*, 168: 624–633.
- Fairchild G., Hagan C.C., Walsh N.D., Passamonti L., Calendar J. & Goodyer I.M., (2013). Brain Structure Abnormalities in Adolescents girls wit CD. *Journal of Child and Psychiatry*, 54:1, pp.86-95.
- Feehan M., McGee R. & Williams S., (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:1118-1126.

- Ferdinand R.F., Verhulst F.C. & Wiznitzer M., (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34: 680–690.
- Fergusson D.M., Horwood L.J. & Lynskey M.T., (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1365-1374.
- Fink A. E., (1938). *Causes of crime : biological theories in the United States, 1800-1915*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Freitag C. M., & Stadler C. (2010). Unveröffentlichter Anamnesefragebogen. Frankfurt am Main: Kinder-und Jugendpsychiatrie.
- Frick P., Lahey B., Loeber R. & Stouthamer-Loeber M. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol*, 60:49-55.
- Frick P.J. & Loney B.R., (1999). Outcomes of children and adolescents with conduct disorder and oppositional defiant disorder. In: *Quay HC & Hogan A (eds.) Handbook of Disruptive Behaviours Disorders*. New York, Plenum: 507–524.
- Frick P.J., Bodin S.D. & Barry C.T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children : further development of the psychopathy screening device. *Psychological Assessment*. 12(4), 382-393
doi: 10.1037/11040-3590.12.4.382.
- Frick P.J., Stickle T.R., Dandreaux D.M., Farrell J.M. & Kimonis E.R., (2005). Callous-unemotional traits in predicting severity and stability of conduct problems and delinquency. *J Abnorm Child Psych*. 33: 471–487.

- Frick P.J. & Dickens C., (2006). Current Perspectives on Conduct Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2006, 8: 59-72.
- Frick P.J & White S.F., (2008). Research review: the importance of callous unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2008. 49:359-75.
- Futh A., O'Connor T.G.. & Matias C., (2008). Attachment narratives and behavioural and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:709-718.
- Gelhorn H.L., Stallings M.C., Young S.E., Corley R.P., Rhee S.H. & Hewitt J.K. (2005). Genetic and environmental influences on conduct disorder: symptom, domain and full-scale analyses. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 46: 580–591.
- Gibson M. & Rafter N. H., (2006). *Lombroso Cesare : Criminal man*. Durham, NC:Duke University Press.
- Glover V., (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome : what needs to be done. Institute of Reproduction and developmental biology. *Imperial College, London UK*. Doi : 10.1016/J.bpobgyn.2013.08.17.
- Grisso T. & Barnum R., (2006). Massachusetts Youth Screening Instrument: Version 2: User's manual and technical report (Rev. ed.). Sarasota, FL: *Professional Resource Press*, 2006.
- Hare R.D., (1993). *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. New York: The Guilford Press Inc.
- Hill J. & Maughan B. (2001), *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. The Edinburgh Cambridge, The Pitt Building, Rumpington Street, *Cambridge University Press*, 2001. 7s-20s.

- Hill J., (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:133-164.
- Jaffee S.R., Moffitt T.E. & Caspi A., (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Keenan K., Loeber R. & Green S., (1999). Conduct Disorder in girls: a review of the literature. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 2: 3–19.
- Keenan K. & Shaw DS., (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*, New York, NY: Guilford Press, pp153-181.
- Keenan K., Wroblewski K., Hipwell A., Loeber R. & Stouthamer-Loeber M., (2010b). Age on onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *J. Abnorm Psychol*, 119: 689–698.
- Kim-Cohen J., Moffitt T.E., Taylor A., Pawlby A. & Caspi A., (2005). Maternal depression and children's antisocial behaviour: nature and nurture effects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62: 173–181.
- Κουμούλα Α., (2012). Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας στο χρόνο. *Ψυχιατρική 2012*, 23:Π49–Π59, Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, ΓΝΑ Σισμανόγλειο, Αθήνα 2012.
- Lahey B.B., Schwab-Stone M., Goodman S.H., Waldman I.D., Canino G. & Rathouz P.J., (2000). Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *J Abnormal Psychol*, 109: 488–503.

- Lapalme M., Dery M., Dube M. & Lemieux A., (2017). Developmental Course of ADHD Symptoms Based on Multirater Report in Girls With or Without Disruptive Behavior Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1-13, Hamil Institute of Disabilities. DOI : 10.117/1063426617712500.
- Larkby C.A, Goldschmidt L., Hanusa B.H.& Day N.L., (2011). Prenatal Alcohol Exposure Is Associated With Conduct Disorder in Adolescence: Findings From a Birth Cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2011;50(3):262–271.
- Lehto-Salo P., Närhi V., Ahonen T. & Marttunen M., (2009). Psychiatric comorbidity more common among adolescent females with CD/ODD than among males. *Nord J Psychiatry*, 63: 308–315.
- Linner K.M., Dolsgaard S., Obel C., Wisborg k., Henriksen T.B., Rodriguez A., Kotima A. et al., (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy of ADHD and associated behaviors : Review of the current evidence. *The American Journal of Psychiatry*. Doi : 10.1176/appi.ajp.160.6.1028.
- Linder P., Savic I., Sitnikov R., Budhiraja M., Liu Y., Jokinen J. et al., (2016). Conduct disorder in females is associated with reduced corpus callosum structural integrity independent of comorbid disorders and exposure to maltreatment. *Transl. Psychiatry* 6, e714; doi : 10.1039/tp.2015.216.
- Loeber R., (1990). Disruptive and antisocial behaviour in childhood and adolescence: Development and risk factors. In: Hurrelmann, K. & Leeser, F (eds.), Health hazard in adolescence. *Prevention and intervention in Childhood and adolescence. Berlin, Walter De Gruyter: 233–257.*

- Loeber R., Keenan K., Lahey B., Green S. & Thomas C., (1993a). Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 21:377-410.
- Loeber R., Keenan K., Lahey B., Green S, Thomas C. (1993b). Developmental pathways in disruptive behavior. *Dev Psychopathol*, 5:101-132.
- Luciana M., Collins P.F. & Depue R.A., (1998). Opposing roles for dopamine and serotonin in the modulation of human spatial working memory functions. *Cereb. Cortex*, 8: 218– 226.
- Lucki I., (1998). The spectrum of behaviours influenced by serotonin. *Biol Psychiatry*, 44:151–162.
- Ludvigsen Kari & Asmund Arup Seip, (2009). The establishing of Norwegian child psychiatry: ideas, pioneers and institutions. *History of Psychiatry*, 20(1), 5-26.
- Luntz B. & Widom C., (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry*, 151:670-674.
- McGee T.R. & Farrington D.P., (2010). Are there any true adult onset offenders? *British Journal of Criminology*, 50:530-549.
- Main M. & Solomon J., (1986). Discovery of a new, insecure/ disorganised/ disoriented attachment pattern. In TB Brazelton, MW Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*, Norwood, NJ: Ablex, pp 95-124.
- Malherbe E.G. (1938). Delinquency as an Educational Problem. *Modern trends in education : the proceedings of the New Education Fellowship Conference held in New Zealand in July 1937*. Wellington: Whitcome & Tombs.
- Maughan B., (2001). Conduct disorder in context. In J Hill, B Maughan (eds) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp169-201.

- Maughan B., Rowe R., Messer J., Goodman R. & Meltzer H., (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 609–621.
- McCabe K.M., Lucchini S.E., Hough R.L., Yeh M & Hazen A., (2005). The relation between violence exposure and conduct problems among adolescents: a prospective study. *Am. J. Orthopsychiatry*, 75: 575–584.
- Merikangas K.R., He J., Burstein M., Swanson S.A., Avenevoli S., Cui L., Benjet C., Georgiades K. & Swendsen J., (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S Adolescents: Results from the National Comorbidity survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49: 980–989.
- Moffitt T.E., (1993). "Life-course-persistent" and "adolescence limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt T.E., Caspi A., Rutter M. et al., (2001). Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge, UK: *Cambridge University Press*.
- Moffitt T.E., Caspi A. & Harrington H., (2002) Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14:179-206.
- Moffitt T.E., (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and research agenda. In Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency. Edited by Lahey BB, Moffitt TE, Caspi A. *New York: Guilford:49–75*.
- Moffitt T.E., (2006). Life-course-persistent versus adolescence limited antisocial behaviour. In D Cicchetti, DJCohen (eds), *Developmental Psychopathology*,

Vol 3: Risk, Disorder and Adaptation (2nd ed), *Hoboken, NJ: John Wiley*, pp570-598.

Monuteaux M.C., Faraone S.V., Michelle Gross L. & Biederman J., (2007).

Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: a longitudinal study. *Psychol Med*. 37: 1731–1741.

Murray J. & Farrington D.P., (2010). Risk factors for conduct disorder and

delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:633-642.

Nock M.K., Kazdin A.E., Hiripi E. & Kessler R.C. (2006). Prevalence, subtypes, and

correlates of DSM-IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 36: 699–710.

O'Connor M.J. & Paley B., (2005). The relationship of prenatal alcohol exposure and

the postnat environment to child depressive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*. Pp. 50-64, doi : 10.1093/jpepsy/jsj021.

Offord D., (1987). Prevention of behavioral and emotional disorders in children. *J*

Child Psychol Psychiatry, 28:9-19.

Offord D. (1990). Conduct disorder: Risk factors and prevention. In: Prevention of

Mental Disorders. Alcohol and Other Drug Use in Children and Adolescents, OSAP Prevention Monograph 2, Shaffer D, Philips I, Enzer N (Eds.)

Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, pp 273-297.

Ollendick T.H., Seligman L.D. & Butcher A.T., (1999). Does anxiety mitigate the

behavioral expression of severe conduct disorder in delinquent youths? *J Anxiety Disord*, 13:565–574.

- Pajer K., Tabbah R., Gardner W., Rubin R.T., Czambel R.K. & Wang Y., (2006). Adrenal androgen and gonadal hormone levels in adolescent girls with conduct disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31: 1245–1256.
- Pardini D., Stepp S., Hipwell A., Stouthamer- Loeber M., Loeber R., (2012). The clinical utility of the proposed DSM_5 callous unemotional subtype of CD young girls. *J. Am. Psychiatry*, 51:62-73.
- Patterson G.R., DeBaryshe B.D. & Ramsey E., (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Patterson G. & Narrett C., (1990). The development of a reliable and valid treatment program for aggressive young children. *Int J Mental Health*, 19:19-26.
- Patterson G.R. & Yoerger K., (1993). Developmental models for delinquent behaviour. In S Hodgins (ed), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park: Sage, pp140-172.
- Pharoah P.O., Stevenson C.J., Cooke R.C. & Stevenson R.C., (1994). Prevalence of behavior disorders in low birth weight infants. Department of Public Health, University of Liverpool. *Archive of disease in Childhood*. 1994;71.386. doi : 10.136/ad.71.4.386.
- Pisano S., Muratori P., Gorga C., Levantini V., Iuliano R., Catone G., Coppola G., Milone A. & Masi G., (2017). Conduct Disorders and Psychopathy in Children and Adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous- unemotional traits. Bio Med Central, *Italian Journal of Pediatrics*, 43:84.
- Plomin R., (1994). The Emanuel Miller Memorial lecture 1993: Genetic research and identification of environmental influences. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:817- 834.

- Raine A., Dodge K., Loeber R., Gatzke-Kopp L., Lynam D., Reynolds C., Stouthamer-Loeber M. & Liu J. (2006). The Reactive–Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. *Aggress Behav*, 32 (2), 159-171.
- Rowe R., Maughan B., Pickles A., Costello E.J. & Angold A., (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry*, 43: 365–373.
- Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E., Maughan B., (2010). Developmental pathways in oppositional defiant Disorder and CD. *J. Abnorm Psychol.*, 119:726.
- Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E. & Maughan B., (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J. Abnorm Psychol*, 119: 726–738.
- Rhule DM, McMahon RJ & Spieker SJ (2004) Relation of adolescent mother’s history of antisocial behaviour to child conduct problems and social competence. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 33: 524–535.
- Sakai J.T., Young S.E., Stallings M.C., Timberlake D., Smolen A., Stetler G.L. & Crowley T.J., (2006). Case-control and within-family tests for an association between conduct disorder and 5HTTLPR. *Am. J. Med. Genetic B. Neuropsychiatr. Genet*, 5; 141B: 825–832.
- Sampson R. J. & Laub J.H., (1984). Urban poverty and the family context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study. *Child Development*, 65:523- 540.

- Scott S., (2012). *Conduct disorders : e- textbook of child and adolescent mental health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry, Γενεύη 2012.
- Shannon E.K., Beauchaine T.P, Brenner S.L., Neuhaus E. & Kopp G.L., (2007). Familial and temperamental predictions of resilience in children at risk of conduct disorder and depression. *Development and Psychology* , 19, 701- 727.
- Snodgrass J., (1984). William Healy (1869-1963): Pioneer child psychiatrist and criminologist. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 20(4), 332-339.
- Stellwagen, K. K., & Kerig, P. K., (2013). Ringleader bullying: Association with psychopathic narcissism and theory of mind among child psychiatric inpatients. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 612– 620.
- Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., & Kleinschmidt, A., (2007). A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *Neuroimage*, 37, 335–342.
- Sutherland N.A., (1926). *The problem child*. London: Herbert Jenkins. Neisser, U. (Ed.) (2009) Grolier Multimedia Encyclopedia.
- Taurines R., Schmitt J., Renner T., Conner A.C., Warnke A. & Romanos M., (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2: 267–289.
- Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E. & Danckaerts M., (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35: 1213–1226.

- Thornberry T.P., Krohn M.D., Lizotte A.J., (1993). The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30:55- 87.
- Tibbets S.G. & Piquero Alex R., (1999). The influence of gender, low birth weight and disadvantaged environment in predicting early onset of offending : a test of Moffit's interactional hypothesis. *criminology*, 37 : 843–878.
- Τσόπελας Χ. & Αρμενάκα Μ., (2012). Από τη Διαταραχή Διαγωγής Παιδικής Ηλικίας στην Ψυχοπαθητικότητα της Ενήλικης Ζωής. *Ψυχιατρική* 2012, 23 : Π107-Π116.
- Tung I., Li J.J., Meza J.L., Jezior K.L., Kianmahd J.S.V, Hentschel P.G., O'Neil P.M. & Lee S.S., (2016). Patterns of Comorbidity Among Girls With ADHD : A Meta- analysis. *Department of Psychology*, Los Angeles, California. 2016-0430, 10.1542/ped.
- Van Drunen, Peter & Jeroen Jansz (2004). Child-rearing and education. In P. van Drunen & J.Jansz (Eds.), *A social history of psychology* (pp. 45-92). Oxford: *Blacwell Publishing*.
- Van Goozen S.H.M. , Matthys W., Cohen-Kettenis P.T., Thijssen J.H.H. & Van Engeland H., (1998). Adrenal Androgens and Aggression in Conduct Disorder Prepubertal Boys and Normal Controls. *Biol. Psychiatry Society of Biological Psy-chiatry*. 1998;43:156-158.
- Van Ijzendor M.H., Schuengel C. & Bakerman-Kranenburg M.J., (1999). Disorganised attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development & Psychopathology*, 11:225-249.
- Vitaro F., Tremblay R.E. & Bukowski W.M., (2001). Friends, friendships and conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds), *Conduct Disorders in*

- Childhood and Adolescence*, Cambridge. UK: Cambridge University Press, pp346-376.
- Walkschlang L.S., Lahey B.B., Loeber R. et al., (1997). Maternal Smoking During Pregnancy and the Risk of Conduct Disorder in Boys. *Arch Gen Psychiatry*. 54(7):670-676. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830190098010.
- Warr M., (2002). *Companions in Crime*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Weijers I., (2004). Delinquency and law. In J. Jansz & P. van Drunen (Eds.), *A Social history of psychology*, (pp. 195-219). Oxford: *Blackwell Publishing*.
- Widom C.S., (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser (eds), *Handbook of Antisocial Behaviour*, New York, NY: John Wiley and Sons, pp159-170.
- Williams J.H.G. & Ross L., (2007). Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents. *European child and adolescent psych*. pp.243-253. doi.org/10.1007/500787-006-0596-6.
- Willoughby M. T., Blair C. B., Wirth R. J., & Greenberg, M. (2012). The measurement of executive function at age 5: Psychometric properties and relationship to academic achievement. *Psychological Assessment*, 24, 226–239.
- World Health Organization (WHO), (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. *World Health Organization*, Geneva.
- Wymbs B.T., McCarty C.A., Mason W.A, King K.M., Baer J.S., Stoep A.V. & McCauley E., (2014). early adolescent substance use as a risk factor for developing conduct disorder and depression symptoms. Department of

Psychology, Ohio University. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institute of Mental Health, and National Institute on Drug Abuse. *J. Stud Alcohol Drugs*, 75, 279-289, 2014.

Zoccolillo M. & Rogers K., (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 6:973-981.

Zoccolillo M., (1993). Gender and the development of conduct disorder. *Dev Psychopathology* 5: 65–78.

Zoccolillo M., Tremblay R. & Vitaro F., (1996). DMS-III and DSM-III-R criteria for conduct disorder in preadolescent girls : Specific But Insensitive. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35:4, 1996.

Παράρτημα

Φόρμα συγκατάθεσης

Ενημερώθηκα από για ό,τι αφορά τη φύση, τους στόχους και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης FemNAT-CD που αφορά την διαταραχή διαγωγής σε εφήβους.

- ❖ Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες που αφορούν την ανωτέρω αναφερόμενη μελέτη.
- ❖ Έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις στις ερωτήσεις σχετικά με τη συμμετοχή σε αυτήν τη μελέτη. Αντιλαμβάνομαι ότι για τη μελέτη δύνανται να διατηρούνται πρακτικά για τις πληροφορίες των συμμετεχόντων καθώς και ένα αντίγραφο της γραπτής αυτής συγκατάθεσης.
- ❖ Είχα αρκετό χρόνο ώστε να σκεφτώ πριν λάβω την απόφασή μου.
- ❖ Αποδέχομαι το γεγονός ότι οι ειδικοί (εκπρόσωποι της μελέτης, όσοι πραγματοποιούν ελέγχους) που είναι υπεύθυνοι για την πραγματοποίηση της μελέτης, έχουν το δικαίωμα να εξετάσουν τα δεδομένα που αφορούν τους συμμετέχοντες, ωστόσο, αυτές οι πληροφορίες παραμένουν αυστηρά εμπιστευτικές.

- ❖ Δέχομαι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής να δημοσιευτούν σε ιατρικό περιοδικό και να ανακοινωθούν σε εθνικές και διεθνείς επιστημονικές συναντήσεις. Το όνομά μου δε θα παρουσιάζεται ποτέ (τα σχετικά δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα) και η ταυτότητά μου δε θα αποκαλύπτεται αμέσως ή εμμέσως στις δημοσιεύσεις ή παρουσιάσεις.
- ❖ Συμμετέχω εθελοντικά στη μελέτη αυτή και διατηρώ ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα να αποσύρω τη συμφωνία για τη συμμετοχή μου στην εν λόγω μελέτη χωρίς να χρειάζεται να αναφέρω τους λόγους. Σε αυτή την περίπτωση, όλα τα κλινικά έγγραφα τα οποία αφορούν εμένα θα καταστραφούν.
- ❖ Πληροφορήθηκα, επίσης, ότι κανονικά χρειάζονται τρεις επισκέψεις για να ολοκληρωθεί η εκτίμηση και ότι, εφ'όσον συμμετάσχω κανονικά θα αποζημιωθούμε στο τέλος με συνολικά 100 Ευρώ ως έξοδα κίνησης.
- ❖ Δεν έχω αντίρρηση για την ενημέρωση του θεράποντα ιατρού μου (αν υπάρχει).
NAI OXI
- ❖ Προτίθεμαι να συμμετάσχω στη δεύτερη φάση της μελέτης.
NAI OXI
- ❖ Συμφωνώ να συμμετάσχω.