

Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών για τη Συστηματική Παρακολούθηση
της Υγείας και Ανάπτυξης των Παιδιών Ηλικίας 0–18 Ετών

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Επιστημονική επιμέλεια
Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου
Τάκης Παναγιωτόπουλος
Αχιλλέας Αττιλάκος
Αλεξία Πρασούλη

Προτεινόμενος τρόπος βιβλιογραφικής αναφοράς:

Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι, Παναγιωτόπουλος Τ, Αττιλάκος Α, Πρασούλη Α, επιμέλεια. Παρακολούθηση της ανάπτυξης των παιδιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. 2015.

Ιστότοπος:

www.ygeiapaidiou-ich.gr

Σημείωση

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που παρουσιάζονται εδώ απευθύνονται κυρίως σε επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (παιδίατρους, γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές/τριες, επισκέπτες/τριες υγείας και άλλους) με σκοπό να παράσχουν γενικές κατευθύνσεις πρακτικής. Δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να εκληφθεί ότι υποκαθιστούν την αξιολόγηση των εξατομικευμένων αναγκών του κάθε παιδιού και της κάθε οικογένειας από τους επαγγελματίες υγείας, με βάση τα συγκεκριμένα ιατρικά δεδομένα και δεδομένα υγείας τους. Επίσης, σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να εκληφθεί ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες υποδεικνύουν κάποια αποκλειστική μέθοδο ιατρικής πράξης, προληπτικής εξέτασης ή εκτίμησης, θεραπείας, φροντίδας ή αγωγής υγείας. Πολύ περισσότερο, δεν υποδεικνύουν κάποια νομικά δεσμευτική μέθοδο ή προσέγγιση.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες συντάχθηκαν με διεπιστημονική προσέγγιση και με βάση τα τρέχοντα, κατά τον χρόνο της σύνταξής τους, επιστημονικά δεδομένα. Καταβλήθηκαν επίπονες προσπάθειες ώστε οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται εδώ καθώς και αυτές επί των οποίων βασίστηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες να είναι κατά το δυνατόν ακριβείς, έγκυρες και επικαιροποιημένες. Ωστόσο, κάθε ιατρός ή επαγγελματίας υγείας έχει αποκλειστική ευθύνη για την ενημέρωσή του και τη διασταύρωση των πηγών ενημέρωσής του σχετικά με τις ενδεδειγμένες πρακτικές. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και η συγγραφική ομάδα δεν υπέχουν καμία νομική ή άλλη ευθύνη για τυχόν προβλήματα που μπορεί να απορρέουν από τη μεταβολή των επιστημονικών δεδομένων, την αναθεώρηση των συστάσεων, την εσφαλμένη ερμηνεία ή αναγραφή πληροφοριών και συστάσεων.

Το περιεχόμενο του Εγχειριδίου αυτού μπορεί να αναπαράγεται ελεύθερα για χρήση στην εκπαίδευση ή ενημέρωση επαγγελματιών υγείας και ευρύτερου κοινού με την απαραίτητη προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Επιστημονική επιμέλεια
Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου
Τάκης Παναγιωτόπουλος
Αχιλλέας Αττιλάκος
Αλεξία Πρασούλη

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
Αθήνα, 2015

Το εγχειρίδιο αυτό έχει παραχθεί στο πλαίσιο της Πράξης «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΞΙ (6) ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 0 ΕΩΣ 18 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ» (MIS 372074) που υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠ.ΑΝ.Α.Δ.) 2007-2013 και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και από Εθνικούς Πόρους.

Το παρόν εγχειρίδιο αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του Τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν εγχειρίδιο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών.

**Επιστημονική
υπεύθυνη έργου:**

Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι, Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Υπεύθυνη Κέντρου Υγείας του Παιδιού Καισαριανής

**Επιστημονικός
συντονισμός:**

Αττιλάκος Α, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Παναγιωτόπουλος Τ, Παιδίατρος-Επιδημιολόγος, Καθηγητής, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Ομάδα έργου:

Αναγνωστόπουλος Δ, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής

Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι, Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Υπεύθυνη Κέντρου Υγείας του Παιδιού Καισαριανής

Αντωνοπούλου Ε, Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Αττιλάκος Α, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Βασιλοπούλου Β, Παιδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού

Γεωργακόπουλος Δ, Παιδοκαρδιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παιδών «Π & Α Κυριακού»

Ζιδρόπουλος Σ, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός & Τεχνολογίας Υπολογιστών

Κουτσούκου Η, Δικηγόρος

Λύτρας Θ, Ιατρός Εργασίας, Συνεργάτης Τομέα Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Μαυρίκα Π, Επισκέπτρια Υγείας, Κέντρο Υγείας του Παιδιού Καισαριανής

Μίχος Α, Παιδίατρος-Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Μπριάννα Μ, Επικοινωνιολόγος

Ντινόπουλος Α, Παιδονευρολόγος, Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Ξεκαλάκη Α, Παιδίατρος, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Κέντρο Υγείας του Παιδιού Καισαριανής

Παναγιωτόπουλος Τ, Παιδίατρος-Επιδημιολόγος, Καθηγητής, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Παπαδημητρίου Α, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Παπαδοπούλου Ε, Παιδοδοντίατρος

Παπακώστας ΙΚ, Παιδοωτορινολαρυγγολόγος, Δ/ντής ΩΡΛ Τμήματος, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Παπαμιχαήλ Δ, Νοσηλεύτης, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Παχούλα Ι, Παιδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού

Πρασούλη Α, Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Κέντρο Υγείας του Παιδιού Καισαριανής
Ρεκλείτης Α, Οικονομολόγος-Λογιστής
Σκαρμούτσος Φ, Παιδοφθαλμίατρος, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών και Cambridge University Hospitals
Σούλη Α, Γραμματέας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Συγγραφική ομάδα:

Αναγνωστόπουλος Δ, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής
Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι, Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Υπεύθυνη Κέντρου Υγείας του Παιδιού Καισαριανής
Αντωνοπούλου Ε, Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
Ντινόπουλος Α, Παιδονευρολόγος, Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»
Πρασούλη Α, Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Κέντρο Υγείας του Παιδιού Καισαριανής

Ομάδα εμπειρογνομόνων:

Αδάμ Ε, Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Αναστασάκης Α, Καρδιολόγος, Επιστημονικός Υπεύθυνος Μονάδας Κληρονομικών Καρδιαγγειακών Παθήσεων, Α' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών
Βώρος Γ, Παιδοφθαλμίατρος, Επιμελητής, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Royal Victoria Infirmary, Βρετανία
Γαρούφη Α, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Π & Α Κυριακού»
Δελής Δ, Παιδίατρος, Δ/ντης Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδών «Π & Α Κυριακού»
Κανακά Χ, Παιδοενδοκρινολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
Κανελλόπουλος Α, Ορθοπαιδικός Χειρουργός Παιδών, Νοσοκομείο «Ιασώ Παιδών»
Καρδαράς Π, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής, Αναπτυξιακής και Κοινωνικής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Καττάμης Α, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής Αιματολογίας-Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
Κουδουμνάκης Μ, Ωτορινολαρυγγολόγος, τ. Δ/ντης ΩΡΛ Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
Κουλούρη Μ, Παιδίατρος-Παιδοαλλεργιολόγος
Κωνσταντινίδης Ρ, Οδοντίατρος, Δ/ντης ΕΣΥ
Κωνσταντινίδου Μ, Ορθοπαιδικός Χειρουργός Παιδών, Νοσοκομείο «Ιασώ Παιδών»
Λάγγας Δ, Παιδίατρος, Επιστημονικός συνεργάτης, Τομέας Υγείας του Παιδιού, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Λιονής Χ, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
Μπακούλα Χ, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μπένος Α, Καθηγητής Υγιεινής, Κοινωνικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Μπόρα Χ, Παιδίατρος, Πλοίαρχος (ΥΙ), Λιμενικό Σώμα, Επιμελήτρια, Παιδιατρικό Τμήμα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

Μυριοκεφαλιάκης Ν, Παιδίατρος, τ. Δ/ντης Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης

Νικολόπουλος Θ, Αναπληρωτής Καθηγητής ΩΡΛ, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Πάβη Ε, Οδοντίατρος, Επιμελήτρια, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Παπαβασιλείου Α, Παιδονευρολόγος, Δ/ντρια Παιδονευρολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδων Πεντέλης

Παπαδημητροπούλου Α, Παιδίατρος, ΠΕΔΥ Ν. Φιλαδέλφειας

Παπαευαγγέλου Β, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Παπαϊωάννου Β, Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής-Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πετρίδου Ε, Παιδίατρος, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σκεντέρης Ν, Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Σταύρου Δ, Παιδίατρος-Ιατρός Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Δ/νση Στρατηγικού Σχεδιασμού, Υπουργείο Υγείας

Τσίτουρα Σ, Παιδίατρος-Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής, τ. Δ/ντρια Τμήματος Κοινωνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο Παιδων «Π & Α Κυριακού»

Τσίτσικα Α, Παιδίατρος, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιστ. Υπεύθυνη Μονάδας Εφηβικής Υγείας, Νοσοκομείο Παιδων «Π & Α Κυριακού»

Τσολιά Μ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Λοιμωξιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων «Π & Α Κυριακού»

Χρούσου Γ, Καθηγήτρια Οφθαλμολογίας, Πανεπιστήμιο Georgetown, Δ/ντρια Παιδοφθαλμολογικού Τμήματος, Νοσοκομείο «Μητέρα»

Ευχαριστούμε θερμά όλους τους εμπειρογνώμονες, οι οποίοι με τις ουσιαστικές παρατηρήσεις, τα σχόλια και την πρόθυμη υποστήριξη τους συνέβαλαν σημαντικά στη βελτίωση του παρόντος. Ωστόσο, η ευθύνη για την επιλογή του περιεχομένου των συστάσεων που περιλαμβάνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες καθώς και η ευθύνη για τυχόν σφάλματα, παραλήψεις ή αβλεψίες βαρύνει αποκλειστικά τη συγγραφική ομάδα.

Η συγγραφική ομάδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα της φροντίδας υγείας. Συνιστά σφαιρική προσέγγιση στην υγεία και περιλαμβάνει ως ενιαίο σύνολο την ιατρική διάγνωση και θεραπεία κοινών προβλημάτων υγείας, την έγκαιρη διάγνωση διαταραχών, την πρόληψη και προαγωγή υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να καταστεί το επίκεντρο των συστημάτων υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην καλύτερη κάλυψη των αναγκών υγείας καθώς και στην αποφόρτιση των νοσοκομείων, την οικονομικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία του όλου συστήματος υγείας.

Η «Διακήρυξη της Άλμα Άτα» (1978), έθεσε τις βάσεις για τη στροφή των συστημάτων υγείας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα, προβάλλοντας για πρώτη φορά στο επίπεδο των επίσημων διεθνών οργανισμών το στόχο «υγεία για όλους». Οι αρχές, οι κατευθύνσεις και οι πρακτικές εφαρμογές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της «Διακήρυξης της Άλμα Άτα» εξελίσσονται συνεχώς ώστε να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες των κοινωνιών και συνεχίζουν να αποτελούν σημαντικό διεθνές πλαίσιο αναφοράς. Η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί στρατηγική επιλογή για το σύστημα υγείας πολλών χωρών. Αυτή ήταν η πρόταση και για τη χώρα μας από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Για τα παιδιά, το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνει την παρακολούθηση της υγείας και της πορείας της ανάπτυξης, την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αλλά και την εκπαίδευση και υποστήριξη των γονέων στο μέγιστο των παιδιών και την εξέλιξη της οικογένειας. Ο παιδίατρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο γιατρός της οικογένειας, φροντίζει τα παιδιά από τη γέννησή τους μέχρι τη μέση ή και την όψιμη εφηβεία, ηλικίες με μεγάλες διαφορές τόσο στις βιολογικές όσο και στις συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες.

Στην Ελλάδα, η ιατρική εκπαίδευση και η επιστημονική παραγωγή είναι κυρίως επικεντρωμένες στη νοσοκομειακή ιατρική. Κατά την εκπαίδευση στην παιδιατρική ειδικότητα δεν προβλέπεται άσκηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των παιδιάτρων ασκούν το επάγγελμά τους εκτός νοσοκομείου.

Συνοψίζοντας, με το παρόν πρόγραμμα επιδιώκεται να αντιμετωπισθούν:

- Η έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών για την παρακολούθηση των παιδιών ηλικίας 0–18 ετών, με συνέπεια την έλλειψη ενιαίας ή/και τεκμηριωμένης πρακτικής από τους ιατρούς της χώρας.
- Η έλλειψη ενσωμάτωσης της νευροαναπτυξιακής και συναισθηματικής εξέλιξης στην παρακολούθηση της υγείας του παιδιού, με αποτέλεσμα την έλλειψη έγκαιρης διάγνωσης σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς ή την υπερβολική παραπομπή σε δευτεροβάθμιες δομές.
- Η έλλειψη συστηματικής και στοχευμένης αγωγής υγείας του παιδιού και της οικογένειας καθώς και υποστήριξης της οικογένειας στο μέγιστο των παιδιών στις σημερινές κοινωνικές συνθήκες.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παρέμβαση για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των παιδιών στην Ελλάδα μέσω της διαμόρφωσης κατευθυντήριων οδηγιών για τεκμηριωμένα αποτελεσματικές πρακτικές σφαιρικής φροντίδας υγείας, οι οποίες μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην εκπαίδευση ιατρών και άλλων λειτουργών υγείας.

Από το πρόγραμμα αυτό προέκυψαν τρία εγχειρίδια που περιλαμβάνουν τα εξής βασικά πεδία:

- Κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση της σωματικής υγείας.
- Κατευθυντήριες οδηγίες για την παρακολούθηση της ανάπτυξης και συναισθηματικής εξέλιξης.
- Κατευθύνσεις αγωγής υγείας για γονείς και παιδιά.

Τα εγχειρίδια απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας (παιδίατρους,

γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές/τριες, επισκέπτες/τριες υγείας και άλλους) με σκοπό να παράσχουν κατευθύνσεις πρακτικής.

Επιλέχθηκαν «ηλικίες-κλειδιά» στις οποίες προτείνεται η εκτίμηση της υγείας και των αναγκών φροντίδας του παιδιού και της οικογένειας. Στην επιλογή των ηλικιών έγινε προσπάθεια να ληφθούν υπόψη οι ηλικίες στις οποίες συνιστάται να γίνονται οι εμβολιασμοί των παιδιών στην Ελλάδα, η εκτίμηση αναπτυξιακών ή σχολικών δεξιοτήτων και η εφαρμογή καθολικών ή επιλεκτικών ανιχνευτικών ελέγχων (screening). Επίσης, επιλέχθηκαν οι ηλικίες στις οποίες συμπληρώνεται το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή, που συνιστά μία δυνατότητα στοχευμένης αλλά και σφαιρικής προσέγγισης του παιδιού και της οικογένειας.

Η διατύπωση των προτάσεων και η συγγραφή των εγχειριδίων έγινε με ιδιαίτερη φροντίδα λαμβάνοντας συστηματικά υπόψη τα κατά το δυνατόν πιο έγκυρα και σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα. Έχουν, επίσης, ληφθεί υπόψη οι σχετικές συστάσεις άλλων χωρών καθώς και το σκεπτικό πίσω από αυτές. Ειδικότερα, η σύσταση για εφαρμογή καθολικών ή επιλεκτικών ανιχνευτικών ελέγχων (screening) έγινε μόνο για τους ελέγχους που έχουν τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, μετά από συστηματική αξιολόγηση της βιβλιογραφίας και βαθμολόγηση της ποιότητας της τεκμηρίωσης και της ισχύος της σύστασης.

Η ομάδα έργου και η συγγραφική ομάδα περιλαμβάνει εξειδικευμένους επιστήμονες σε ένα ευρύ φάσμα πεδίων με στόχο τη σαφή και διεπιστημονική διατύπωση των απαιτούμενων ελέγχων ή παρεμβάσεων σε κάθε ηλικία και τον καλύτερο προσδιορισμό των σημείων επαγρύπνησης και των ενδείξεων παραπομπής από την πρωτοβάθμια στην εξειδικευμένη φροντίδα.

Επιπλέον, στις κατευθυντήριες οδηγίες συμπεριελήφθησαν οι σημαντικές υποδείξεις και ο σχολιασμός της ομάδας εμπειρογνομόνων που με συνέπεια, συστηματικότητα και εμπριθεία διατύπωσαν απόψεις, σχολίασαν, υπέδειξαν και έκριναν τις προτάσεις.

Σημειώνεται, τέλος, ότι σταθερό θεμέλιο της ετοιμασίας των κατευθυντήριων οδηγιών ήταν η μακρά εμπειρία πολλών από εμάς στο Κέντρο Υγείας του Παιδιού Καισαριανής, που λειτουργεί από το 1992 με την επιστημονική ευθύνη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και βασικό στόχο την προτυποποίηση της πρακτικής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των παιδιών με ολιστική προσέγγιση.

Στο εγχειρίδιο αυτό έγινε προσπάθεια να περιληφθούν οι γνώσεις που θα βοηθήσουν τον παιδίατρο να κατανοήσει σφαιρικά τη διαδικασία και την πορεία της ανάπτυξης. Η θεωρητική προσέγγιση περιλαμβάνει τη βιολογική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική οπτική. Δίνονται σχηματικά ανά ηλικία τα σημεία επαγρύπνησης, παραπομπής καθώς και κατευθύνσεις για την υποστήριξη της ανάπτυξης και της οικογένειας. Έχουν επίσης ενσωματωθεί πληροφορίες για τις συχνότερες διαταραχές όπως αυτισμός, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, μαθησιακές δυσκολίες, ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.

Δεν προτείνονται συγκεκριμένοι ανιχνευτικοί έλεγχοι ανά ηλικία, αλλά η ενσωμάτωση της αναπτυξιακής παρακολούθησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων και των εκπαιδευτικών.

Τα εγχειρίδια των κατευθυντήριων οδηγιών παραδίδονται με την έκφραση θερμών ευχαριστιών σε όσους με τις ιδέες, τη γνώση και τη θερμή τους υποστήριξαν το σύνολο έργο, με την ελπίδα να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον παιδίατρο, τον ιατρό, τον επαγγελματία υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά και να συμβάλουν στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των παιδιών στη χώρα μας. Στόχος είναι ο συνεχής εμπλουτισμός και η περιοδική επικαιροποίηση, σε διαρκή αλληλεπίδραση με τα νέα τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα και την εμπειρία τόσο της Ελλάδας όσο και άλλων χωρών.

Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου
Παιδίατρος-Αναπτυξιακή Παιδίατρος
Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
Υπεύθυνη έργου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ix
1. ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	1
1.1. Η πρώτη εβδομάδα ζωής	1
Γενική περιγραφή.....	1
Παρακολούθηση της ανάπτυξης.....	3
Υποστήριξη της οικογένειας.....	5
Περίοδος προσαρμογής μετά τον τοκετό.....	5
Θλίψη της μητρότητας – Επιλόχειος κατάθλιψη.....	6
Επιλόχειος ψύχωση.....	7
Ζήλια ανάμεσα στα αδέρφια.....	7
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	8
Δεσμός/προσκόλληση και σωματική επαφή.....	8
Χαρακτηριστικά του νεογνού.....	8
Διαδικασία ύπνου.....	9
Κλάμα στο νεογνό.....	9
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	10
Νευρολογική εξέταση.....	10
Οδηγίες για γονείς.....	11
Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου.....	13
1.2. Ο δεύτερος μήνας	16
Γενική περιγραφή.....	16
Παρακολούθηση της ανάπτυξης.....	17
Υποστήριξη της οικογένειας.....	18
Υγεία της μητέρας (σωματική και ψυχική), προσαρμογή του πατέρα, φροντίδα των άλλων παιδιών.....	18
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	19
Σταθερότητα φροντίδας και διαδικασία προσκόλλησης.....	19
Αλληλεπίδραση γονέων-βρέφους.....	20
Αυτορρύθμιση-χειρισμοί που βοηθούν το μωρό να ηρεμήσει.....	20
Καθημερινές ρουτίνες-ύπνος.....	20
Κινητική ωρίμανση/τοποθέτηση του βρέφους και στην πρηνή θέση «tummy time».....	21
Κλάμα – Βρεφικοί κολικοί.....	21
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	22
Νευρολογική εξέταση.....	22
Οδηγίες για γονείς.....	25
1.3. Ο τέταρτος μήνας	26
Γενική περιγραφή.....	26
Παρακολούθηση της ανάπτυξης.....	27
Υποστήριξη της οικογένειας.....	28
Ρόλος και ευθύνη των γονέων.....	28
Επιστροφή μητέρας στην εργασία, επιλογή προσώπου φροντίδας.....	28
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	29
Αλληλεπίδραση γονέων και βρέφους.....	29
Ιδιοσυγκρασία.....	29
Αυτορρύθμιση.....	29

Σταθερές καθημερινές ρουτίνες – Οργάνωση ύπνου	30
Παιχνίδι.....	30
1.4. Ο έκτος μήνας.....	31
Γενική περιγραφή.....	31
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	32
Υποστήριξη της οικογένειας.....	33
Ρόλος και ευθύνες των γονέων - πρόσωπα φροντίδας	33
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	33
Ιδιοσυγκρασία - αυτορρύθμιση συμπεριφοράς	33
Γνωστική και κινητική ανάπτυξη, παιχνίδι	34
Γλωσσική και κοινωνική επικοινωνία.....	34
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	34
Νευρολογική εξέταση	34
1.5. Ο ένατος μήνας.....	36
Γενική περιγραφή.....	36
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	37
Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας.....	39
Άγχος αποχωρισμού/άγχος του ξένου.....	39
Μονιμότητα του αντικειμένου-μονιμότητα του προσώπου	40
Νυχτερινά ξυπνήματα.....	40
Μεταβατικό αντικείμενο.....	41
Όρια.....	41
Κινητικές δεξιότητες και παιχνίδι	41
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	42
Νευρολογική εξέταση	42
Ανάδυση κινητικής διαταραχής: πρώιμα κλινικά σημεία	42
1.6. Ο πρώτος χρόνος.....	44
Γενική περιγραφή.....	44
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	45
Υποστήριξη της οικογένειας.....	47
Όρια και πειθαρχία.....	47
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	47
Παιχνίδι.....	47
Κινητική ωρίμανση/χρήση περπατούρας	48
Καθημερινές συνήθειες.....	48
Άγχος του ξένου - άγχος αποχωρισμού	48
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	49
Διαδικασία βάρδισης	49
2. ΝΗΠΙΑΚΗ-ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	53
2.1. Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη παιδιών προσχολικής ηλικίας (2–5 ετών)	53
Εισαγωγή	53
Τα στάδια ανάπτυξης.....	53
Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων	55
Αναπτυξιακές κρίσεις στην παιδική ηλικία.....	56
2.2. Ειδικά παιδοψυχιατρικά θέματα	58
Αδυναμία ανάπτυξης μη οργανικής αιτιολογίας.....	58

Ψυχογενής νανισμός.....	58
Παιδικό παιχνίδι	58
Παιδικό ιχνογράφημα	59
Κοινές φοβίες στη βρεφική και νηπιακή ηλικία	59
2.3. Η ηλικία των 18 μηνών	60
Γενική περιγραφή.....	60
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	61
Υποστήριξη της οικογένειας.....	63
Όρια και πειθαρχία.....	63
Σχέσεις μεταξύ αδελφών.....	63
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	64
Αυτονομία/προσκόλληση	64
Αυτόνομη σίτιση.....	64
Παιχνίδι.....	65
Προαγωγή της γλωσσικής ανάπτυξης.....	65
Μεταβατικά αντικείμενα	66
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	66
Πρώιμη αναγνώριση του αυτισμού από τον παιδίατρο	66
Τα τρομερά δίχρονα.....	69
Οδηγίες για γονείς.....	70
2.4. Η ηλικία των 2,5 χρονών.....	71
Γενική περιγραφή.....	71
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	72
Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας.....	74
Αυτορρύθμιση-προσοχή	74
Προαγωγή επικοινωνίας και γλώσσας	74
Προαγωγή κοινωνικής ανάπτυξης	75
Πειθαρχία-οριοθέτηση	75
Ύπνος	75
Οικογενειακά γεύματα.....	75
Παιχνίδι.....	75
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	76
Παιδικός σταθμός	76
Αγωγή τουαλέτας	76
Οδηγίες για γονείς.....	77
2.5. Ο τέταρτος χρόνος.....	80
Γενική περιγραφή.....	80
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	81
Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας.....	82
Προαγωγή γλωσσικής και γνωστικής ανάπτυξης	82
Παιχνίδι.....	82
Παιδικός σταθμός	83
Όρια-πειθαρχία.....	83
Ύπνος	83
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	84
Διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.....	84
Ταυτότητα φύλου	85

Σεξουαλικότητα – Αυνανισμός	85
Ανάπτυξη ηθικής.....	86
2.6. Η ηλικία των 5–6 ετών	87
Γενική περιγραφή.....	87
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	89
Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας.....	90
Όρια και πειθαρχία.....	90
Εδραίωση οικογενειακών συνηθειών	91
Φυσική δραστηριότητα.....	91
Τηλεόραση.....	91
Προαγωγή σχολικής ετοιμότητας.....	92
Πρόληψη σεξουαλικής κακοποίησης.....	92
Εκτίμηση σχολικής ετοιμότητας.....	93
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	94
Σχολική ετοιμότητα.....	94
A. Ετοιμότητα του παιδιού.....	94
B. Ετοιμότητα του σχολείου.....	99
Γ. Ετοιμότητα της οικογένειας και της κοινότητας.....	99
Φοίτηση στο σχολείο ή επανάληψη του νηπιαγωγείου;	99
Προαγωγή της σχολικής ετοιμότητας από τον παιδίατρο	101
3. ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	105
3.1. Ψυχοσυναισθηματικό στάδιο	105
3.2. Η ηλικία των 7–8 ετών (μέση παιδική ηλικία).....	106
Γενική περιγραφή.....	106
Παρακολούθηση της ανάπτυξης	107
Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας.....	108
Σχολική ζωή.....	108
Ενίσχυση αυτοεκτίμησης.....	108
Φυσική δραστηριότητα	109
ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	109
Ο ρόλος του παιδίατρου στο παιδί με μαθησιακές δυσκολίες	109
3.3. Θέματα ειδικού παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος.....	115
Αγχώδεις διαταραχές.....	115
Παιδική κατάθλιψη.....	115
Προβλήματα συμπεριφοράς.....	116
Παιδικές ψυχώσεις	117
4. ΕΦΗΒΕΙΑ.....	125
Εισαγωγή	125
Σωματική ανάπτυξη.....	125
Σεξουαλικότητα	125
Συναισθηματική ανάπτυξη	125
Γνωστική-γλωσσική ανάπτυξη	126
Κοινωνική ανάπτυξη.....	127
Στάδια εφηβείας	128

4.1.Πρώιμη εφηβεία (11–14 ετών).....	129
Υποστήριξη της οικογένειας.....	130
Υποστήριξη του εφήβου	130
4.2.Μέση εφηβεία (14–17 ετών)	131
Υποστήριξη της οικογένειας.....	131
Υποστήριξη του εφήβου	131
4.3. Όψιμη εφηβεία (17–21 ετών)	133
Υποστήριξη της ανάπτυξης.....	133
4.4. Μετα-εφηβεία	135
4.5. Θέματα ειδικού παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος.....	136
Διαταραχές της εφηβείας	136
Εφηβική κατάθλιψη.....	137
Παραπρωματικότητα	139
Διαταραχές διαγωγής (συμπεριφοράς).....	139
Διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	140
Ψυχώσεις	146
5. ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	153
5.1. Αναπτυξιακή διαταραχή του κινητικού συντονισμού ή το «αδέξιο» παιδί.....	153
5.2. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).....	156
5.3. Διαταραχές βάδισης στην παιδική ηλικία	160
5.4.Ύπνος και διαταραχές του στην παιδική ηλικία	164
5.5. Διαταραχή καθ' ἑξιν κινήσεων (τικ).....	170
5.6. Διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης	172
5.7. Διαταραχές σίτισης.....	175
5.8. Διαταραχές του ελέγχου των σφιγκτήρων	180
Εγκόπριση	180
Ενούρηση	182

1. ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Η πρώτη εβδομάδα ζωής

Γενική περιγραφή

Οι πρώτες μέρες μετά την έξοδο από το μαιευτήριο χαρακτηρίζονται συνήθως από αρκετή αναστάτωση. Ο ερχομός του μωρού αλλάζει οριστικά την προηγούμενη δομή της οικογένειας και οι γονείς χρειάζεται να προσαρμοστούν στο νέο τους ρόλο.

Επιστρέφοντας στο σπίτι, οι γονείς καλούνται να φροντίσουν μόνοι το μωρό τους, και είναι φυσιολογικό να νιώθουν ανασφαλείς. Συναισθήματα χαράς και συγκίνησης εναλλάσσονται με άγχος και αγωνία σχετικά με το αν η φροντίδα που παρέχουν στο μικρό βρέφος είναι επαρκής και ανταποκρίνεται σωστά στις ανάγκες του.

Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο για τους γονείς, αλλά και για το μωρό που θα πρέπει και αυτό να προσαρμοστεί στο νέο του περιβάλλον.

Καθώς η γέννηση του παιδιού αποτελεί μια μοναδική και συνταρακτική εμπειρία, τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο, η μητέρα χρειάζεται κάποιο χρόνο για να ανασυγκροτηθεί.

Αντίστοιχα, το νεογέννητο πρέπει να προσαρμοστεί σε ένα περιβάλλον που είναι πολύ διαφορετικό από το προστατευμένο ενδομήτριο περιβάλλον.

Μετά τον τοκετό η μητέρα και το παιδί καλούνται με πιο ενεργητικό τρόπο να συνεχίσουν τη σχέση τους και την ανάπτυξη του δεσμού. Το αμέσως μετά τον τοκετό διάστημα αποτελεί μία ενδιαμέση περίοδο μετάβασης από την πλήρη βιολογική και ψυχική ενότητα μητέρας-παιδιού στην κατάσταση πλήρους βιολογικού και σωματικού ξεχωρίσματος και σχετικής ψυχικής εξάρτησης και διαφοροποίησης. Κατά την περίοδο αυτή, η μητέρα είναι για το παιδί ο μόνος εκπρόσωπος του περιβάλλοντος, είναι το άτομο που ικανοποιεί τις ανάγκες του. Μεταξύ τους διαμορφώνεται ένα σύστημα επαφής έτσι που η μητέρα και το παιδί αποτελούν μια «δυάδα».

Κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής τίθενται σημαντικά ζητήματα στη σχέση του παιδιού με το περιβάλλον του, όπως είναι ο θηλασμός, η καθαριότητα, ο ύπνος, η εγγύτητα (σωματική και ψυχική), ο αποχωρισμός και η οριοθέτηση των σημαντικών προσώπων. Η επίλυσή τους γίνεται, με διαφορετικούς ρυθμούς για το καθένα, στο διάστημα των επόμενων εβδομάδων και μηνών.

Ο θηλασμός είναι μια σημαντική λειτουργία ομαλής μετάβασης από την αρχική ενότητα μητέρα-παιδί,

στο ξεχώρισμά τους. Ο θηλασμός, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, εξασφαλίζει τόσο την αναγκαία βιολογική όσο και την ψυχική «διατροφή» του παιδιού. Μέσω του θηλασμού το παιδί προσλαμβάνει τα απαραίτητα συστατικά για τη βιολογική του ανάπτυξη, ενώ ταυτόχρονα καθησυχάζεται από το αίσθημα της πείνας. Επίσης, έχει τα πρώτα ερεθίσματα ευχαρίστησης από το στοματικό βλεννογόνο εξαιτίας των θηλαστικών κινήσεων. Η μητρική αγκαλιά κατά το θηλασμό σχηματίζει μια κοιλότητα που εμπεριέχει το μωρό και αποτελεί συμβολικά τη συνέχεια της πρώτης μητρικής κοιλότητας (μήτρα). Έτσι εξασφαλίζεται στο παιδί το συνεχές του συναισθήματος της ασφάλειας και στη νέα του κατάσταση.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη στάση της μητέρας και του περιβάλλοντος απέναντι στο θηλασμό, καθώς επίσης και στον τρόπο του θηλασμού.

Βασικό καθήκον του παιδιατρου, από την πρώτη ημέρα ζωής του παιδιού, είναι η βοήθεια στη μητέρα να ανταποκριθεί στο ρόλο της.

Το νεογέννητο ξεκινά τη ζωή πλήρως «εξοπλισμένο» για να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Κινείται στην ανθρώπινη φωνή, προσανατολίζεται επιλεκτικά στο γάλα της μητέρας του, προσηλώνει το βλέμμα του στο ανθρώπινο πρόσωπο και μπορεί να μιμείται κινήσεις όπως προβολή της γλώσσας ή άνοιγμα του στόματος. Επιπλέον, χάνει το ενδιαφέρον του με την επανάληψη και αντιδρά στα νέα ερεθίσματα με θηλαστικές κινήσεις και αύξηση των καρδιακών παλμών και των αναπνοών, γεγονός που θεωρείται προγνωστικός δείκτης της νοητικής ανάπτυξης.

*Το φαινόμενο της **εναλλαγής σειράς** (turn-taking) είναι η ικανότητα του βρέφους να αλληλεπιδρά βλεμματικά με τον γονέα, να ηρεμεί και να ακούει όταν του μιλά και να κινείται έντονα προκαλώντας με φωνούλες όταν αυτός σταματά.*

Μέσα από τις δραστηριότητες φροντίδας του μωρού, και κυρίως τη διαδικασία της σίτισης, ενισχύεται ο δεσμός μητέρας-παιδιού, η ποιότητα του οποίου θα επηρεάσει σημαντικά τη μετέπειτα εξέλιξη.

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, μητέρα και μωρό βρίσκονται σε στενή σωματική επαφή και αλληλεπίδραση και έτσι αναπτύσσεται μεταξύ τους ένας **συγχρονισμός**. Σιγά-σιγά, η μητέρα αρχίζει να αναγνωρίζει τα «μηνύματα» του μωρού και μαθαίνει να ανταποκρίνεται κατάλληλα σε αυτά. Καθώς η μητέρα αισθάνεται ότι καλύπτει τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του μωρού της, νιώθει αυτοπεποίθηση και ενδυναμώνεται στον ρόλο της.

Οι μητέρες που δεν μπορούν ή αποφασίζουν να μην θηλάσουν, έχουν και αυτές μέσα από τη σίτιση με το μπιμπερό, στενή σωματική επαφή και σταθερή αλληλεπίδραση και συγχρονισμό με το μωρό τους.

Οι περισσότερες θεωρίες συμφωνούν ότι ο χαρακτήρας κάθε βρέφους έχει κληρονομικές καταβολές και δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της ανατροφής. Το **επίπεδο δραστηριότητας**, η **τακτικότητα των βιολογικών λειτουργιών** (ύπνος, πείνα, κ.ά.), η **απάντηση σε νέα ερεθίσματα**, η **προσαρμοστικότητα**, ο **ουδός ανταπόκρισης**, η **ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων**, η **γενική διάθεση**, η **διάρκεια προσοχής** αλλά και η διάσπασή της, ορίζονται από την ιδιοσυγκρασία του βρέφους. Γίνονται αντιληπτά ήδη από τη γέννηση και επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο που αλληλεπιδρά ο γονέας με το παιδί.

Τις πρώτες μέρες της ζωής, υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στη συμπεριφορά του νεογνού η οποία εξαρτάται από τον **βαθμό της ωρίμανσης**, την κατάσταση **εγρήγορης**, την **κατάσταση πείνας** ή κορεσμού καθώς και, όπως προαναφέρθηκε, από την **ιδιοσυγκρασία** του. Αρχικά, παρατεταμένες περιόδους ύπνου διακόπτονται από βραχείες περιόδους εγρήγορης. Η κατάσταση εγρήγορης καθορίζει και την αντιδραστικότητα του νεογνού. Η αλληλεπίδραση με τους γονείς μπορεί να τροποποιήσει την κατάσταση της εγρήγορης, η οποία σταδιακά επιμηκύνεται και περιλαμβάνει εναλλαγές νευρικότητας και ηρεμίας.

Τα νεογνέννητα στερούνται συγκεκριμένου προγράμματος, όσον αφορά τη σίτιση και τον ύπνο τους και συνήθως δεν διακρίνουν τη μέρα από τη νύχτα. Μπορεί να κοιμούνται μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας και να ξυπνούν συχνά τη νύχτα γιατί χρειάζεται να φάνε. Περίπου στις 6 με 8 εβδομάδες ζωής τα βρέφη αναπτύσσουν **κιρκάδιο ρυθμό** και αρχίζουν να κοιμούνται στη διάρκεια της νύχτας για ένα μεγαλύτερο και συνεχόμενο χρονικό διάστημα τουλάχιστον 5 ωρών.

Γεννιούνται με ήδη ανεπτυγμένες αισθητηριακές ικανότητες. Έχουν ιδιαίτερα αναπτυγμένη την **αίσθηση της ακοής**. Έχουν μνήμη της συχνότητας της φωνής της μητέρας τους και των ενδομήτριων ήχων. Έτσι, ανταποκρίνονται διαφορετικά στη φωνή της μητέρας τους από ότι στη φωνή μιας άλλης γυναίκας, καθώς και στη μητρική τους γλώσσα από ότι σε μία ξένη γλώσσα. Μπορούν να ξεχωρίσουν την ανθρώπινη φωνή από άλλους τυχαίους ήχους αλλά και συναισθηματικές αποχρώσεις στην ομιλία. Μέσα στις πρώτες λίγες μέρες της ζωής, αρχίζουν να προσανατολίζονται προς τον ήχο.

Η **οπτική οξύτητα** είναι περιορισμένη στα νεο-

γννήτα και δεν εστιάζουν καλά. Ωστόσο, τους αρέσει ιδιαίτερα να κοιτάζουν σε πρότυπα που μοιάζουν με πρόσωπα. Δείχνουν προτίμηση σε χρωματικά ερεθίσματα σε γκρίζους τόνους και γραμμές προτιμώντας τις κυκλικές. Δεν μπορούν εύκολα να ξεχωρίσουν χρώματα. Προσηλώνουν για λίγο στα πρόσωπα και τα παρακολουθούν στη μέση γραμμή. Η ιδανική απόσταση είναι 25 περίπου εκατοστά. Ίσως η αδυναμία να δουν τον κόσμο που τα περιβάλλει είναι μια φυσική πρόνοια για την ωρίμανση της οπτικής αντίληψης χωρίς βομβαρδισμό ερεθισμάτων.

Η **αίσθηση της όσφρησης και της γεύσης** είναι ανεπτυγμένες ενδομήτρια γιατί η μυρωδιά και η γεύση του αμνιακού υγρού μεταβάλλεται. Τα νεογνέννητα μπορούν να ξεχωρίσουν τη μυρωδιά του μητρικού γάλακτος και προτιμούν τη μυρωδιά της δικής τους μητέρας. Ήδη από τη γέννηση, δείχνουν ιδιαίτερη προτίμηση στις γλυκές γεύσεις και αποστροφή προς τις πικρές και ξινές. Το μητρικό γάλα έχει διαφορετικές γεύσεις από την καθημερινή διαίτα της μητέρας και η έκθεση σε ποικιλία γεύσεων μπορεί να διευκολύνει την εισαγωγή των στερεών τροφών.

Για εννιά μήνες μητέρα και παιδί βρίσκονταν σε **στενή επαφή**, συνεχή και υποχρεωτική. Καθώς το έμβρυο μεγάλωνε, καλυμμένο μέσα στα υγρά και στους χιτώνες της μήτρας, πίεζε τους μητρικούς ιστούς όλο και περισσότερο, με αποτέλεσμα το **αγκάλιασμα** να γίνεται πιο αισθητό. Το σώμα του πιεζόταν από τη συνεχή ρυθμική αναπνοή της μητέρας και δονείτο από το ρυθμικό της βηματισμό στο περπάτημά της. Ηρεμία, χαλάρωση, ένταση, αγωνία, εκφράζονταν με τη μυϊκή τάση της κοιλιάς της μητέρας και γίνονταν αντιληπτά από το έμβρυο. Κατά τη γέννηση, το δέρμα είναι το πρώτο μέρος του σώματος που χάνει μια αυτόνομη παρουσία: το περίβλημα της μήτρας.

Έτσι, το νεογνέννητο έχει πολύ ευαίσθητο στα **απτικά ερεθίσματα** δέρμα. Με ένα χάδι μπορεί να ηρεμήσει ή αντίθετα να κλαίει σε οποιοδήποτε αρνητικό ερέθισμα. Ψαχουλεύει με τα χεράκια του το στήθος της μητέρας, χώνει το κεφαλάκι του στο λαιμό, τρίβεται ευχαριστημένο στο σώμα της. Το στήθος της μητέρας, τα χέρια, το πρόσωπό της το περικλείουν θυμίζοντάς του την ενδομήτρια περίοδο. Αυτό το βοηθάει να ηρεμήσει και να χαλαρώσει. Το δέρμα του είναι το οχυρό της προσωπικότητάς του. Έχει ανάγκη να νοιώθει το άγγιγμα γιατί έτσι μόνο μπορεί να υπάρξει. Έτσι μόνο μπορεί να νοιώσει ένα πλάσμα ξεχωριστό από τη μητέρα του, ένας άλλος οργανισμός, ένα πρόσωπο.

Τέλος και η **αίσθηση της ισορροπίας** έχει εξελιχθεί σημαντικά μέχρι τη στιγμή της γέννησης, καθώς το έμβρυο κολυμπάει στο αμνιακό υγρό και βρίσκεται σε συνθήκες βαρύτητας. Μετά τη γέννηση, το **αιθου-**

σαίο σύστημα δίνει όλες τις πληροφορίες σχετικά με τη θέση και τη μετατόπιση της κεφαλής που χρειάζονται για την εξισορρόπηση του σώματος. Με τη διαρκή ενεργοποίηση του αιθουσαίου συστήματος επιτυγχάνονται όλοι οι κινητικοί συντονισμοί και προάγεται η κινητική εξέλιξη. Είναι πιθανό, το λίκνισμα μετά από τη γέννα, εκτός από τη συναισθηματική σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, να δίνει και μια αισθητηριακή προίκα ευνοϊκή για την κινητική ανάπτυξη του παιδιού.

Στην πρώτη επίσκεψη, ο παιδίατρος έχει την ευκαιρία να επιβεβαιώσει ότι το νεογννήτο είναι φυσιολογικό, να συζητήσει τα χαρακτηριστικά του με τους γονείς και να παρατηρήσει την αλληλεπίδραση των γονέων με το μωρό. Παράλληλα, μπορεί να υποδείξει συμπεριφορές που υποστηρίζουν το νεογννήτο κατά τη μεταβατική αυτή περίοδο.

Είναι σημαντικό, ο παιδίατρος να ακούσει προσεκτικά τις ανησυχίες και τις απορίες των γονέων και να απαντήσει με σαφήνεια σε όλα τους τα ερωτήματα υποστηρίζοντάς τους στο νέο ρόλο τους.

Αυτό που θεωρείται αρκετά χρήσιμο, είναι ο σχεδιασμός ενός πλάνου φροντίδας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του νεογνού αλλά και της οικογένειας, τονίζοντας την ιδιαιτερότητα αυτής της περιόδου τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό.

Αυτή η αρχική επαφή με την οικογένεια θα δώσει τη δυνατότητα στον παιδίατρο να υποστηρίξει τη δημιουργία σταθερού και ασφαλούς δεσμού του μωρού με το νέο του περιβάλλον, εξασφαλίζοντας τη σταθερότητα και τη συνέπεια στην ικανοποίηση των αναγκών του που αφορούν κυρίως στη σίτιση και τη σωματική εγγύτητα.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα **οι ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Περίοδος προσαρμογής μετά τον τοκετό.
- Συναισθηματική κατάσταση της μητέρας.
- Ζήλια ανάμεσα στα αδέρφια.
- Δεσμός/προσκόλληση και σωματική επαφή.
- Χαρακτηριστικά του νεογνού.
- Ύπνος
- Κλάμα, τεχνικές ανακούφισης.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση μητέρας-νεογνού.
- Συναισθήματα μητέρας-οικογένειας.
- Τρόπο ανταπόκρισης και αποτελεσματικότητα στην ικανοποίηση των αναγκών του νεογνού.

- Αίσθημα επάρκειας στη φροντίδα (αγκαλιά, αλλαγή πάνας, ύπνο).
- Σίτιση-μητρικό θηλασμό.
- Παρουσία και ρόλο πατέρα.
- Φροντίδα σχέσης με μεγαλύτερο παιδί και δυναμική οικογένειας.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα και θέση σώματος

Μετά τη γέννηση τα άνω και κάτω άκρα είναι σχετικά δύσκαμπτα και ο κορμός και ο αυχένας είναι χωρίς τόνο.

Ύπτια θέση

- Άκρα σε κάμψη και συμμετρική στάση του σώματος.
- Νεογνά που γεννήθηκαν με ισχιακή προβολή μπορούν και κρατούν τα κάτω άκρα σε έκταση.

Πρηνής θέση

- Δεκάνη ψηλά και γόνατα κάτω από την κοιλιά.
- Χέρια κοντά στο θώρακα και αγκώνες σε κάμψη.
- Κεφάλι γυρισμένο σε μία πλευρά του σώματος.
- Προσπαθεί να ανασηκώσει το κεφάλι.

Κοιλιακή αιώρηση

- Το κεφάλι πέφτει κάτω από το επίπεδο του σώματος.
- Τα χέρια και τα πόδια μερικώς σε κάμψη.

Έλξη στην καθιστή θέση

- Στην προσπάθεια έλξης στην καθιστή θέση υπάρχει χρονική καθυστέρηση της κεφαλής.
- Όταν το νεογνό κρατείται στην καθιστή θέση, η σπονδυλική στήλη είναι καμπυλωτή (δίκην C) και το κεφάλι πέφτει προς τα εμπρός.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Δείχνει ενδιαφέρον για την ανθρώπινη φωνή.
- Προσανατολίζεται προς τη φωνή του γονέα και ηρεμεί.
- Επικοινωνεί τις ανάγκες του μέσα από τη συμπεριφορά του.
- Το κλάμα του είναι αδιαφοροποίητο.

Γνωστική ανάπτυξη – Οπτική συμπεριφορά

- Προσηλώνει στιγμιαία σε πρόσωπα ή αντικείμενα.

- Παρακολουθεί πρόσωπο στη μέση γραμμή.
- Στρέφει τους οφθαλμούς προς φωτεινές πηγές με διάχυτο φως.
- Κλείνει τα μάτια σε ξαφνικό και έντονο φωτισμό.

Ακουστική συμπεριφορά

- Προσανατολίζεται προς τον ήχο.
- Αντίδραση ξαφνιάσματος (startle response) στον θόρυβο και μείωση της κινητικότητας.
- Έκλυση του αντανακλαστικού Moro σε δυνατό θόρυβο.

Τα αναπτυξιακά αρχέγονα αντανακλαστικά

Αναπτύσσονται πριν από τη γέννηση και αντανακλούν την ακεραιότητα του στελέχους και σπονδυλικής στήλης. Τα αρχέγονα αντανακλαστικά αποτελούν το πλαίσιο όπου θα δομηθούν αργότερα οι πιο σύνθετες βουλητικές συμπεριφορές. Με την ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα αρχέγονα αντανακλαστικά διαφοροποιούνται και σταδιακά εξαφανίζονται. Γενικότερα τα αρχέγονα αντανακλαστικά δεν έχουν εντοπιστική νευρολογική αξία αλλά χρησιμοποιούνται ευρέως γιατί με τη βοήθειά τους μπορούμε

να προκαλέσουμε και να ελέγξουμε την κινητικότητα στο νεογνό και στο βρέφος. Αυτό που αξιολογούμε στα αρχέγονα αντανακλαστικά είναι:

- Την παραμονή τους πέραν της ηλικίας που φυσιολογικά αναμένεται η εξασθένησή τους π.χ. ζωνρό και με διάρκεια τονικό αντανακλαστικό του αυχένα μετά την ηλικία των 6 μηνών αποτελεί σημείο υπερτονίας.
- Την αδυναμία εκδήλωσής τους, π.χ. η απουσία του αντανακλαστικού του Moro παρατηρείται στα βαρέως πάσχοντα νεογνά.
- Την παρουσία κινητικής ασυμμετρίας στην εκδήλωσή τους.

Στον Πίνακα 1.1 αναγράφονται τα αρχέγονα αντανακλαστικά με την ηλικία εμφάνισης και εξασθένησής τους.

Πρέπει να τονίσουμε ότι τα αρχέγονα αντανακλαστικά εξασθενούν σταδιακά πριν εξαφανιστούν όπως επίσης μπορεί να μην εκλύονται κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες π.χ. το αντανακλαστικό της βάδισης μπορεί να μην εκλύεται σε ένα νυσταγμένο νεογνό και το αντανακλαστικό της αναζήτησης και θηλασμού σε ένα νεογνό-βρέφος που μόλις έφαγε.

Πίνακας 1.1

Νεογνικά αντανακλαστικά, ηλικία εμφάνισης και αποδρομής.

Νεογνικό αντανακλαστικό	Ηλικία εμφάνισης	Ηλικία αποδρομής
Εναγκαλισμού (Moro): Αιφνίδια έκταση της κεφαλής σε σχέση με το σώμα προκαλεί έκταση των άνω και κάτω άκρων, κάμψη του κορμού δίκην εναγκαλισμού και άνοιγμα της παλάμης με έκταση των δακτύλων	Γέννηση (από 30 ^η εβδομάδα κύησης)	4 ^{ος} μήνας ¹
Παλαμιαίος/πेलματιαίος δραγμός (Palmar/plantar grasp) Η τοποθέτηση αντικειμένου ή του δακτύλου του εξεταστή στην παλάμη ή το πέλμα προκαλεί ισχυρή κάμψη των δακτύλων	Γέννηση (από 26 ^η εβδομάδα κύησης)	4 ^{ος} -5 ^{ος} μήνας (παλάμη) ² 9 ^{ος} μήνας (πέλμα)
Τοποθέτησης (Placing): Το άγγιγμα της ραχιαίας επιφάνειας του πέλματος σε άκρο επιφάνειας τραπέζιου προκαλεί ανύψωση του κάτω άκρου και τοποθέτησή του στην επιφάνεια	Γέννηση (από 34 ^η εβδομάδα κύησης)	3 ^{ος} μήνας
Αναζήτησης (Rooting): Ο απτικός ερεθισμός του δέρματος κοντά στο στόμα του βρέφους προκαλεί στροφή της κεφαλής και στόματος προς το ερέθισμα	Γέννηση (από 34 ^η εβδομάδα κύησης)	3 ^{ος} μήνας
Θηλασμού (Sucking): Άγγιγμα των χειλέων του στόματος εκλύει θηλαστικές κινήσεις	Γέννηση (από 28 ^η εβδομάδα κύησης)	5 ^{ος} μήνας
Αντανακλαστικό Gallant Ψάψση του δέρματος παρασπονδυλικά προκαλεί κύρτωση του κορμού προς την ίδια πλευρά	Γέννηση (από 34 ^η εβδομάδα κύησης)	5 ^{ος} μήνας
Τονικό του αυχένα (Tonic neck): Στροφή της κεφαλής του νεογνού σε ύπτια θέση προκαλεί έκταση του σύστοιχου άνω άκρου και κάμψη του αντίστοιχου κάτω άκρου (στάση «ξιφομάχου»)	1 ^ο - 2 ^ο μήνα	4 ^{ος} μήνας ³

1) Η αποδρομή του αντανακλαστικού του Moro γίνεται σταδιακά: τον 2^ο μήνα εξασθενεί ο εναγκαλισμός, τον 3^ο μήνα η έκταση των άκρων και τέλος η έκταση των δακτύλων.

2) Ο αντανακλαστικός παλαμιαίος δραγμός εξασθενεί με την έναρξη της σύλληψης.

3) Το τονικό του αυχένα μπορεί να εκλύεται στιγμιαία και μετά τον 4^ο μήνα. Αυτό που εξασθενεί σημαντικά είναι η διάρκειά του.

Ιδιαίτερα για το αντανakλαστικό του Μογο και δραγμού μπορούμε να πούμε τα εξής:

- **Αντανakλαστικό του Μογο:** χαρακτηρίζεται από συμμετρική ευρεία απαγωγή των άνω άκρων και άνοιγμα των δακτύλων. Άμεσα τα άνω άκρα έρχονται προς τη μέση γραμμή προσομοιάζοντας εναγκαλισμό.
- **Ασύμμετρο** αντανakλαστικό μπορεί να οφείλεται είτε σε κάταγμα κλείδας, είτε σε κάκωση βραχιονίου πλέγματος.
- **Μη έκλυση του αντανakλαστικού** του Μογο σε νεογνό υποδηλώνει σοβαρή νευρολογική ή συστηματική διαταραχή.
- **Αντανakλαστικό του δραγμού:** Ελαττωμένο ή απόν αντανakλαστικό του δραγμού στα κάτω άκρα σε νεογνό μπορεί να είναι ένας ευαίσθητος δείκτης μελλοντικής κινητικής διαταραχής.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

Σχετικά με το νεογέννητο

- Δυσκολίες στο θηλασμό, ιδιαίτερα όταν σχετίζονται με μη συντονισμένες ή αδύναμες θηλαστικές κινήσεις.
- Νεογνό με φτωχή εγρήγορση.
- Νεογνό με χαμηλό μυϊκό τόνο που δεν διαφοροποιείται καθώς αλλάζει το επίπεδο δραστηριότητας. Οι ανωμαλίες στον μυϊκό τόνο μπορεί να είναι παροδικές. Φυσιολογική υποτονία παρατηρείται μετά τη λήψη τροφής, αμέσως μετά τον ύπνο και σε φάση υπνηλίας.
- Συνεχώς ευερέθιστο νεογνό, ιδιαίτερα όταν η ευερεθιστότητα εμμένει και μετά το φαγητό.
- Υπέρτονια που δεν διαφοροποιείται καθώς αλλάζει το επίπεδο δραστηριότητας.

Σχετικά με τους γονείς

- Μητέρα με δύσκολο και εργώδη τοκετό ή άλλες επιπλοκές που καθυστερούν τη σωματική της ανάρρωση μετά τον τοκετό.
- Μητέρα που έχει βιώσει πρόσφατη απώλεια π.χ. θάνατο αγαπημένου στενού συγγενή ή φίλου, διαζύγιο κ.ά.
- Μητέρα που παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Μητέρα που θέλει να συζητάει μόνο για δικά της θέματα και όχι σχετικά με το βρέφος.
- Μονογονεϊκές οικογένειες.
- Έλλειψη υποστήριξης από πατέρα ή οικογένεια.
- Οικογένειες με σοβαρά ψυχοκοινωνικά ή οικονομικά προβλήματα.
- Γονείς με ιστορικό χρήσης ουσιών ή αλκοόλ.

Ενδείξεις παραπομπής

Σχετικά με το νεογέννητο

- Νεογνό που δεν αντιδρά στον θόρυβο ή στο ιστορικό αναφέρονται παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με βαρηκοΐα.
- Νεογνό που παρουσιάζει παθολογική ρόδινη ανταύγεια, μόνιμο στραβισμό ή αν από το ιστορικό αναφέρονται παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με οφθαλμικές παθήσεις.
- Νεογνό με μονόπλευρη αδυναμία του άνω ή κάτω άκρου και σταθερά ασύμμετρη κινητικότητα.
- Νεογνό με σταθερή υποτονία η οποία συνοδεύεται από μειωμένη λήψη τροφής και αδυναμία θηλαστικών κινήσεων.
- Νεογνό με υποτονία και μορφολογικά ευρήματα (δυσμορφίες, μικροκεφαλία, αρθρογρύπωση, οστικές αλλοιώσεις).
- Νεογνό με υπέρτονια που συνδυάζεται με σταθερό οπισθότονο.

Σχετικά με τους γονείς

- Επιλόχειος κατάθλιψη.
- Εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής σε έναν εκ των γονέων.
- Σοβαρή ρήξη του συζυγικού δεσμού.
- Συστηματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (κάνναβη, αλκοόλ κλπ.).

Υποστήριξη της οικογένειας

Περίοδος προσαρμογής μετά τον τοκετό

Οι πρώτες μέρες και εβδομάδες μαζί με το νέο μωρό είναι μια μεταβατική περίοδος.

Το νεογέννητο στερείται συγκεκριμένου προγράμματος, όσον αφορά τη σίτιση και τον ύπνο του και είναι φυσιολογικό οι νέοι γονείς να νιώθουν κουρασμένοι, ανασφαλείς και καταβεβλημένοι. Γρήγορα θα μάθουν να ανταποκρίνονται στα μηνύματα του μωρού και να φροντίζουν κατάλληλα τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχικές του ανάγκες.

Η αποδοχή νέων μελών στο οικογενειακό σύστημα προϋποθέτει τρεις βασικές προσαρμογές: α) την προετοιμασία φυσικού και ψυχολογικού χώρου που θα καταλάβει το νέο μέλος, β) τη διαπραγμάτευση ως προς τη συμβολή του κάθε μέλους στη φροντίδα του παιδιού και στις υπόλοιπες υποχρεώσεις, γ) την επανατοποθέτηση των σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας καταγωγής.

Η μεγάλη αλλαγή κατά τη μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα, συνίσταται στη δομική μετατροπή της δυνά-

δας σε τριάδα, στην εμπειρία, δηλαδή των γονέων με το πρώτο παιδί. Η εμπειρία αυτή μπορεί να διαφέρει ριζικά με τα επόμενα παιδιά, λόγω της αποκτημένης εμπειρίας των γονέων αλλά και των ιδιοσυγκρασιακών διαφορών μεταξύ του ενός βρέφους και ενός επόμενου.

Η αυτοπεποίθηση των γονέων σχετικά με τις γονεϊκές τους ικανότητες και την επάρκεια της φροντίδας που προσφέρουν, χτίζεται πάνω στις εμπειρίες των πρώτων αυτών ημερών. Η πρώτη εξέταση του νεογν-νιου από τον παιδίατρο, πέρα από την επιβεβαίωση ότι το μωρό είναι καλά, δίνει τη δυνατότητα στον παιδίατρο να υποστηρίξει και να διευκολύνει τους γονείς στον νέο τους ρόλο.

Αν στην οικογένεια υπάρχουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά ή οικονομικά προβλήματα, που δεν επιτρέπουν στους γονείς να εντάξουν το μωρό στη ζωή τους και να αναπτύξουν έναν νέο ρόλο για αυτούς, ο παιδίατρος μπορεί να χρειαστεί να παραπέμψει την οικογένεια στις δομές οι οποίες διατίθενται.

Όμως:

- Η νέα μητέρα χρειάζεται να γνωρίζει ότι είναι απόλυτα φυσιολογικό να νιώθει αβεβαιότητα και μεγάλη κούραση. Είναι σημαντικό να διαβεβαιωθεί ότι η κατάσταση θα βελτιώνεται συνεχώς.
- Η μητέρα ενθαρρύνεται να ξεκουράζεται και να κοιμάται όταν το μωρό κοιμάται.
- Ο πατέρας και τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στη φροντίδα του μωρού αλλά και στις καθημερινές δουλειές.

Αρκετές φορές οι νέοι γονείς κατακλύζονται από οδηγίες και συμβουλές από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, που δεν ταιριάζουν με τις δικές τους αντιλήψεις σχετικά με το μεγάλωμα του παιδιού τους. Άλλοτε, έρχονται αντιμέτωποι με απόψεις που διίστανται ή είναι αντιφατικές. Οι νέοι γονείς πολλές φορές αισθάνονται σύγχυση και άγχος με αυτή την κατάσταση. Η παρέμβαση του παιδίατρου είναι σημαντική για να αποσαφηνιστούν τα διάφορα θέματα σχετικά με την ανάπτυξη και την ανατροφή του παιδιού.

Θλίψη της μητρότητας – Επιλόχειος κατάθλιψη

Κατά την προσαρμοστική αυτή περίοδο με την κα-ταπόνηση από τον τοκετό, τη σωματική κόπωση και τις μεταβολές των ορμονών, είναι συχνό την πρώτη με δεύτερη εβδομάδα μετά τη γέννηση, οι μητέρες να έχουν συναισθήματα θλίψης που συχνά ονοματίζονται ως baby blues και περιλαμβάνουν συναισθηματική αστάθεια, κλάμα, άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

Αυτά τα συναισθήματα συνήθως υποχωρούν σύ-ντομα και χωρίς συνέπειες. Επιμονή των συμπτωμά-των για περισσότερο από δύο εβδομάδες χρειάζεται προσοχή για την πιθανότητα μετάπτωσης σε κατάθλι-ψη.

Η **επιλόχειος κατάθλιψη** εκδηλώνεται στο 10–15% των νέων μητέρων, με έναρξη συνήθως τις πρώτες 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ στο 90% των πε-ριπτώσεων έχει εκδηλωθεί εντός των πρώτων 6 μηνών μετά τον τοκετό. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της επι-λόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά διαφορετικά από τα μελαγχολικά συναισθήματα των πρώτων ημερών και περιλαμβάνουν: σκέψεις ανεπάρκειας για τον μητρικό ρόλο, αυξημένη ανησυχία για την υγεία του βρέφους, απουσία θετικών συναισθημάτων για το βρέφος, ιδεο-ληψίες και μερικές φορές αυτοκτονικό ιδεασμό.

Η κατάθλιψη της μητέρας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αναπτυξιακή εξέλιξη του μωρού αλλά και τη σωματική του υγεία, καθώς απουσιάζει η επα-νατροφοδότηση των μηνυμάτων του βρέφους για αλληλεπίδραση και παραμελούνται οι ανάγκες του. Ακόμα και σύντομες περίοδοι καταθλιπτικής συμπε-ριφοράς έχουν σημαντικές επιδράσεις στη συμπερι-φορά τους βρέφους, όπως μείωση στη δραστηριότητά του, λιγότερη φωνοποίηση, λιγότερη συμμετοχή σε παιχνίδι αλληλεπίδρασης και λιγότερο χαμόγελο από το βρέφος.

Η μητέρα παράλληλα έχει αίσθημα ανεπάρκειας στον γονεϊκό της ρόλο και αυτό συχνά επιδεινώνει τα φαινόμενα.

Ο παιδίατρος χρειάζεται να διακρίνει τα συνηθι-σμένα και σύντομης διάρκειας συναισθήματα θλίψης από την επιλόχειο κατάθλιψη και ανάλογα να καθοδη-γήσει ή να παραπέμψει.

Η απλή και εύχρηστη Κλίμακα Επιλόχειας Κα-τάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale), απαιτεί πέντε λεπτά για τη συ-μπλήρωση και βαθμολόγησή της, έχει σταθμιστεί για να χρησιμοποιείται στις Ελληνίδες και μπορεί να βοη-θήσει στην ανίχνευση των γυναικών σε κίνδυνο. Πρό-κειται για ανιχνευτική δοκιμασία, είναι περισσότερο αξιόπιστη σε μεγάλες βαθμολογίες και απαιτείται η διάγνωση να επιβεβαιωθεί με ψυχιατρική εξέταση.

Ο παιδίατρος μπορεί να:

- Εξηγήσει ότι είναι φυσιολογικό τις πρώτες μέ-ρες και για 1-2 εβδομάδες η μητέρα να κλαίει αδικαιολόγητα και να παρουσιάζει συναισθη-ματική αστάθεια και ευαισθησία.
- Ενθαρρύνει τη μητέρα να του μιλήσει εάν τα συναισθήματα που νιώθει είναι έντονα καταθλι-πτικά και επηρεάζουν τη λειτουργικότητά της ή παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

- Ενημερώσει το οικογενειακό περιβάλλον για τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης.

Επιλόχειος ψύχωση

Η επιλόχειος ψύχωση είναι σπάνια σε σχέση με την κατάθλιψη (1 έως 2 ανά 1000 γεννήσεις) αλλά είναι εξαιρετικά θορυβώδης από πλευράς συμπτωμάτων και απαιτεί επείγουσα αντιμετώπιση. Η έναρξη είναι αιφνίδια, συνήθως 3 έως 14 ημέρες μετά τον τοκετό. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται:

- Ψευδαισθήσεις και παραλήρημα, συνήθως διωκτικό.
- Ιδέες μεγαλείου που προβάλλονται στο παιδί.
- Αϋπνία.
- Σύγχυση και αποδιοργανωμένη, ανήσυχη ή κατατονική συμπεριφορά.
- Ευμετάβλητη συμπεριφορά με εναλλαγές ευφρορίας-κλάματος, στενοχώριας και θυμού.
- Κίνδυνος αυτοκτονίας, αλλά και βρεφοκτονίας.

Για την αντιμετώπιση της επιλόχειας ψύχωσης απαιτείται άμεση ψυχιατρική παρέμβαση και συχνά νοσηλεία.

Ο κίνδυνος επανεμφάνισης επιλόχειας ψύχωσης σε επόμενο τοκετό είναι 1 προς 15 μετά από ένα επιλόχειο επεισόδιο και αυξάνει όσο αυξάνουν τα επεισόδια.

Ζήλια ανάμεσα στα αδέρφια

Η αδελφική αντιζηλία είναι μια αναμενόμενη, φυσιολογική και υγιής απάντηση του μεγαλύτερου παιδιού στη γέννηση του νέου αδελφού ή αδελφής. Στις περισσότερες οικογένειες, δείχνει ότι το μεγαλύτερο παιδί είναι κατάλληλα προσκολλημένο στους γονείς του και με τον τρόπο αυτό ανταποκρίνεται στην απειλή που αντιλαμβάνεται στη σχέση του μαζί τους. Σε αυτό το πλαίσιο, η εμφάνιση συμπεριφορών που δείχνουν ζήλεια δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται αρνητικά.

Τα παιδιά είναι φυσικό να ζητούν κατ' αποκλειστικότητα την προσοχή, τη φροντίδα και την αγάπη των γονέων τους. Δεν θέλουν να μοιραστούν τίποτα –αυτό θα το μάθουν σιγά-σιγά– και ζηλεύουν κάθε στιγμή και με κάθε αφορμή. Πολλές φορές και οι ίδιοι οι γονείς νιώθουν αδύναμοι να διαχειριστούν τα δικά τους συναισθήματα απέναντι στα δύο παιδιά, ενώ η σωματική εξάντληση από τη φροντίδα του νέου μωρού μειώνει την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις σωματικές και ψυχικές ανάγκες του άλλου παιδιού.

Η αδελφική αντιζηλία εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως:

- Επιθετικότητα που απευθύνεται συχνότερα προς τη μητέρα, αλλά μπορεί να απευθύνεται και στο μωρό, τον πατέρα, τους συμμαθητές, τον εαυτό του.

- Αταξίες και μη συμμόρφωση προς τους κανόνες της οικογένειας.
- Παλινδρόμηση (διαταραχές ύπνου, τραυλισμό, δάχτυλο στο στόμα, βρέξιμο κρεβατιού, άρνηση σίτισης και μωρουδιστική ομιλία).
- Προσκόλληση συνήθως στη μητέρα, εξαρτημένη συμπεριφορά και αυξημένες απαιτήσεις.

Απρόσμενα, μερικά παιδιά είναι υπερβολικά υποχωρητικά ή δείχνουν υπερβολικό ενδιαφέρον για το βρέφος. Καθώς το μεγαλύτερο παιδί μπορεί να φοβάται ότι αν συμπεριφέρεται άσχημα θα αντικατασταθεί, συμμορφώνεται απόλυτα προκειμένου να εξασφαλίσει τη θέση του μέσα στην οικογένεια.

Οι γονείς μπορεί να αισθανθούν έκπληξη, αμηχανία ή ακόμα και απογοήτευση βλέποντας το μεγαλύτερο τους παιδί να ζηλεύει, παρά τις συντονισμένες προσπάθειές τους να το προετοιμάσουν κατάλληλα πολύ πριν γεννηθεί το αδελφάκι του.

Οι συμπεριφορές ζήλειας εμφανίζουν αυξομειώσεις με τον χρόνο, τον χειρισμό από τους γονείς και την ανάπτυξη του μωρού.

Καθώς οι ικανότητες του μωρού αλλάζουν, μπορεί να υπάρχουν περίοδοι που η ζήλια γίνεται πιο έντονη. Κάτι τέτοιο παρατηρείται στην ηλικία των 4 με 5 μηνών που το μωρό χαμογελάει, λέει συλλαβές και τραβάει το ενδιαφέρον της οικογένειας και των ξένων, αλλά και στο τέλος του πρώτου χρόνου που το μωρό γίνεται πιο κινητικό και εισβάλλει όλο και περισσότερο στο χώρο του μεγαλύτερου παιδιού.

Με την πάροδο του χρόνου και τις επαναπροσαρμογές που συμβαίνουν, το μεγαλύτερο παιδί αρχίζει να αισθάνεται σίγουρο για τη νέα του θέση στην οικογένεια, με το κύρος και τα προνόμια της ηλικίας του.

Επιπρόσθετα, συνήθως αναπτύσσει μια ξεχωριστή σχέση με το μικρότερο αδελφάκι, που μεγαλώνοντας ανταποκρίνεται περισσότερο και αλληλεπιδρά μαζί του. Όσο μεγαλώνουν και τα δύο, αποδεσμεύονται από την ανάγκη να έχουν όλη την προσοχή των γονέων και οι εντάσεις αμβλύνονται. Μαθαίνουν να μοιράζονται και να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο. Τότε πια εδραιώνεται η αδελφική σχέση.

Ο παιδίατρος εξηγεί ότι:

- Οι οικογένειες που αποκτούν δεύτερο παιδί χρειάζονται χρόνο για να προσαρμοστούν στη νέα δομή.
- Η εκδήλωση ζήλειας από το μεγαλύτερο παιδί είναι μια υγιής συμπεριφορά. Οι γονείς δεν θα πρέπει να ματαιώνονται, ούτε να νιώθουν αποτελεσματικοί όταν βλέπουν τέτοιες συμπεριφορές.
- Πρέπει να αποφεύγονται διατυπώσεις του τύπου

που «μεγάλος/η-μικρός/η» και τα παιδιά να καλούνται με τα ονόματά τους.

- Ο ατομικός χρόνος είναι απαραίτητος. Οι γονείς ενθαρρύνονται να αφιερώνουν κάθε μέρα έστω και λίγο ατομικό χρόνο στο μεγαλύτερο παιδί.
- Τα παιδιά ωφελούνται αναπαράγοντας δραστηριότητες φροντίδας με τις δικές τους κούκλες/αρκουδάκια.
- Οι γονείς θα πρέπει να αποφύγουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή του μεγαλύτερου παιδιού για λίγο. Έτσι, αλλαγές όπως μετακίνηση σε ένα νέο κρεβάτι ή νέο δωμάτιο, έναρξη παιδικού σταθμού ή εκπαίδευση τουαλέτας θα πρέπει ιδανικά να συμβούν λίγους μήνες πριν τον ερχομό του μωρού ή μετά την προσαρμογή στην καινούρια κατάσταση.
- Οι γονείς θα πρέπει να αποφεύγουν να ωθούν το μεγαλύτερο παιδί να συμπεριφέρεται ως «μεγάλος/η» χρησιμοποιώντας διατυπώσεις όπως: «Δεν ντρέπεσαι ολόκληρο παιδί. Εσύ είσαι μεγάλος για αυτά». Αυτή η θέση ακριβώς είναι που κάνει τα παιδιά να μην θέλουν να μεγαλώσουν. *Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους να μεγαλώσει, δείχνοντάς του ότι το μεγάλωμα έχει και χαρές. Ένα σωρό πράγματα γίνονται μαζί του επειδή έχει μεγαλώσει. Είναι σημαντικό οι γονείς να αποσυνδέσουν το μεγάλωμα με τη στέρηση και να το συνδέσουν με τη χαρά.*
- Οι γονείς θα πρέπει να είναι ανεκτικοί με παλινδρομήσεις στη συμπεριφορά του μεγαλύτερου παιδιού. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα σταματήσουν να τηρούν τους ίδιους κανόνες. Η σταθερότητα και η συνέπεια βοηθούν το παιδί να νιώθει ασφαλές. Οι γονείς θα πρέπει να διαβεβαιώνονται ότι τα περισσότερα πωγωνύσματα στην ανάπτυξη είναι προσωρινά.
- Οι γονείς μπορούν να επιτρέπουν στο μεγαλύτερο παιδί να εκφράζει λεκτικά τα αρνητικά του συναισθήματα προς το μωρό. Σε καμία περίπτωση όμως δεν επιτρέπεται η άσκηση σωματικής βίας εναντίον του. Το ξεκάθαρο μήνυμα των γονέων ότι «ποτέ δεν χτυπάμε» είναι ένας σημαντικός κανόνας που θα βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν να σέβονται τους άλλους και τον εαυτό τους.

Από πολύ νωρίς οι γονείς ενθαρρύνονται να εφαρμόζουν ισονομία. Αυτό σημαίνει πως σε κάθε οικογένεια πρέπει να ισχύουν μερικές βασικές αρχές, δικαιώματα και υποχρεώσεις για όλους. Η τήρηση της ισονομίας από τους γονείς, μαζί με το σεβασμό της ατομικότητας του κάθε παιδιού, συμβάλλουν ουσια-

στικά στην ομαλοποίηση των σχέσεων ανάμεσα στα αδέρφια. Μέσα από την ασφάλεια της οικογένειας, τα παιδιά θα μάθουν να μοιράζονται για όλη τους τη ζωή αντικείμενα, πρόσωπα και συναισθήματα.

Ο παιδίατρος χρειάζεται να είναι προσεκτικός στην αξιολόγηση της “ποιότητας” της παλινδρόμησης. Πολλές φορές η γέννηση ενός αδελφού είναι η αφορμή για την εμφάνιση προϋπάρχουσας διαταραχής στη σχέση παιδιού-γονέα όπως π.χ. ανεπαρκής συναισθηματικός δεσμός, παραμέληση, χρόνια συζυγική δυσαρμονία. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να χρειαστεί η γνώμη κάποιου ειδικού.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Δεσμός/προσκόλληση και σωματική επαφή

Οι γονείς ενθαρρύνονται να αγγίζουν το μωρό τους σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες φροντίδας. Αυτό στηρίζει τη δημιουργία σταθερού δεσμού/προσκόλλησης, δηλ. της σχέσης που αναπτύσσει το βρέφος με το πρόσωπο που ανταποκρίνεται σταθερά και κατάλληλα στις ανάγκες του.

Οι στιγμές της τρυφερής επαφής με τα χέρια και το σώμα της μητέρας είναι πολλές: αλλαγμα, πλυσίμο, σκούπισμα, τρίψιμο, χάδια, φιλιά, χτένισμα, παιχνίδι. Όλες μαζί χτίζουν τον συναισθηματικό του κόσμο, το αίσθημα ασφάλειας και την καλή σχέση με το πρώτο περιβάλλον. Αυτό είναι τελείως απαραίτητο για τη φυσιολογική κοινωνική εξέλιξη του ατόμου.

Δεν υπάρχει ανώτατο όριο στην ποσότητα της σωματικής επαφής τους πρώτους μήνες της ζωής. Δεν υπάρχει κακομάθημα. Αντίθετα, αν ένα παιδί τη στερηθεί, θα υποφέρει αργότερα. Θα αποδεχθεί κατ’ αρχάς τη στέρηση –δεν μπορεί να κάνει αλλιώς–, αλλά θα μιλήσει γι’ αυτήν με χίλιους τρόπους αργότερα.

Η σωματική επαφή συμβάλλει σημαντικά τόσο στην υγεία όσο και στην ανάπτυξη των πρόωρων βρεφών και των βρεφών με ανάγκη για ειδική φροντίδα. Ενισχύει τον ύπνο τους, τα βοηθάει να ρυθμίσουν τους κύκλους ύπνου-αφύπνισης και συμβάλλει στη διαδικασία προσκόλλησης του γονέα με το βρέφος, η οποία μπορεί να έχει καθυστερήσει ή και να έχει διαταραχτεί εξαιτίας της παρατεταμένης νοσηλείας ή της ανάγκης για επαναλαμβανόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο.

Χαρακτηριστικά του νεογνού

Οι γονείς υποστηρίζονται στο **να παρατηρούν το μωρό τους, να αναγνωρίζουν την ιδιουσυγκρασία και τις δεξιότητές του:**

- Ενημερώνονται ότι το μωρό ήδη τους αναγνωρίζει και δείχνει την ευχαρίστησή του όταν το

κρατούν αγκαλιά, το ταΐζουν και του μιλάνε. Σύντομα θα μάθουν πως διαφοροποιεί το κλάμα του και τη συμπεριφορά του ανάλογα με τις ανάγκες του.

- Ενθαρρύνονται να παίρνουν αγκαλιά το μωρό, να του μιλάνε και να του σιγοτραγουδάνε. Είναι σημαντικό οι γονείς να αρχίσουν να αλληλεπιδρούν φωνητικά με το μωρό τους.

Διαδικασία ύπνου

Η νεογνική περίοδος χαρακτηρίζεται από συχνούς και μικρής διάρκειας ύπνους που έχουν σχέση με την επάρκεια σίτισης αλλά και την ιδιοσυγκρασία του μωρού. Έτσι, άλλα μωρά κοιμούνται περισσότερο και άλλα λιγότερο. Ο συνολικός χρόνος ύπνου στην ηλικία αυτή ποικίλλει σημαντικά και κυμαίνεται από 8 μέχρι και 16-18 ώρες το εικοσιτετράωρο.

Τα νεογνίδια συνήθως δεν διακρίνουν τη μέρα από τη νύχτα και επομένως δεν έχουν πρόγραμμα. Μπορεί να κοιμούνται μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ ξυπνούν συχνά τη νύχτα γιατί χρειάζεται να φάνε. Επομένως, το μωρό θα χρειαστεί υπομονή από τη μητέρα ή τα άλλα πρόσωπα φροντίδας για να αναπτύξει σιγά-σιγά ρουτίνες στον ύπνο και τη σίτιση.

Το νεογνίδια συχνά είναι πολύ νωθρό μετά τον τοκετό λόγω του ίκτερου ή των φαρμάκων που χορηγήθηκαν στη μητέρα. Μπορεί να χρειαστεί οι γονείς να βοηθήσουν το μωρό να ξυπνήσει για να φάει, έτσι ώστε να σιτίζεται σταθερά κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Μια ποικιλία από χειρισμούς που διεγείρουν το μωρό, όπως ήπιο κούνημα, ελαφρά χτυπηματάκια, χάδια, αλλαγή πάνας και γδύσιμο, θα το βοηθήσουν να περάσει σε μια κατάσταση μεγαλύτερης εγρήγορσης, ώστε να μπορέσει να φάει.

Τις πρώτες εβδομάδες ζωής συχνά το μωρό κοιμάται μόνο στην αγκαλιά των γονέων ή στην κούνια όταν η μητέρα στέκεται δίπλα του. Επίσης, πολύ συχνά κατά τη διάρκεια του θηλασμού κοιμάται ελαφρά για μικρά χρονικά διαστήματα.

Είναι σημαντικό οι γονείς να μάθουν στο μωρό ότι η νύχτα είναι διαφορετική από τη μέρα. Έτσι, κατά τη διάρκεια της μέρας θα πρέπει να ανοίγουν τις κουρτίνες ώστε να μπαίνει φως στο δωμάτιο, να παίζουν μαζί του και να μην ανησυχούν ιδιαίτερα για τους καθημερινούς θορύβους την ώρα που το μωρό κοιμάται. Κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι σημαντικό να πέφτουν οι τόνοι, ο φωτισμός να είναι χαμηλός και οι γονείς να μιλάνε πιο ήρεμα και λιγότερο. Σύντομα το μωρό θα μάθει ότι η νύχτα είναι για να κοιμάται, κάτι που συνήθως επιτυγχάνεται μετά τις 6-8 εβδομάδες ζωής.

Εδραιώνοντας σιγά-σιγά μια σταθερή ρουτίνα για

τον βραδινό ύπνο, θα βοηθήσουν το μωρό να μπει σε πρόγραμμα και να μπορεί να κοιμάται στη διάρκεια της νύχτας, όταν θα είναι περίπου 2-3 μηνών.

Κλάμα στο νεογνό

Το κλάμα είναι μια παγκόσμια καθολική συμπεριφορά προσαρμογής και η αποτελεσματικότερη μορφή επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Με το κλάμα το μωρό εκφράζει την ανάγκη του για φροντίδα και ανακούφιση.

Όλα τα μωρά κλαίνε και μερικά κλαίνε περισσότερο. Οι βασικοί λόγοι για τους οποίους κλαίει ένα μωρό είναι:

- πείνα
- ανάγκη για αγκαλιά
- λερωμένη ή υγρή πάνα
- κούραση ή υπερφόρτωση από πολλά ερεθίσματα
- νύστα
- ζέστη ή κρύο
- δυσφορία
- πόνος

Από τις πρώτες μέρες ζωής το κλάμα του βρέφους αρχίζει να διαφοροποιείται και η μητέρα μαθαίνει συνήθως να ξεχωρίζει τα διαφορετικά είδη κλάματος μετά από τις πρώτες εβδομάδες.

Μπορεί να υπάρχουν ώρες της ημέρας όπου το μωρό τείνει να κλαίει περισσότερο και είναι δύσκολο να ανακουφιστεί.

Άμεση ανταπόκριση στο κλάμα, αποτελεσματική ανακούφιση και στενή ανθρώπινη επαφή προάγουν τη συναισθηματική υγεία και την ικανότητα αυτορρύθμισης του παιδιού. Οι γονείς σιγά-σιγά θα αρχίσουν να αναγνωρίζουν με ποιους τρόπους μπορούν να ανακουφίσουν το μωρό τους όταν είναι εκνευρισμένο και κλαίει. Το μωρό που ανακουφίζεται, μαθαίνει πιο γρήγορα πώς να ηρεμεί και μόνο του.

Ο παιδίατρος:

- Ενθαρρύνει τους γονείς να ηρεμούν το μωρό τους όταν κλαίει παίρνοντάς το αγκαλιά και λικνίζοντάς το ήρεμα, μιλώντας του γλυκά και τρυφερά ή σιγοτραγουδώντας.
- Ενθαρρύνει τους γονείς να έχουν στενή σωματική επαφή με το μωρό τους. Είναι σημαντικό να διαβεβαιωθούν ότι **το μωρό δεν “κακομαθαίνει” σε αυτή την ηλικία.**

Η αγκαλιά δίνει το παιδί με την ασφάλεια του παρελθόντος, το ενδομήτριο περιβάλλον, το κάνει σίγουρο και δυνατό.

Μερικά νεογνίδια μπορεί να είναι αρκετά ανήσυχα ή διεγερμένα καθώς η κινητική τους συμπεριφορά τα αναστατώνει. Ένα **ελαφρύ τύλιγμα** με ένα τρι-

γωνικό πανί ή ένα **χαλαρό φάσκιωμα** πολλές φορές τα ηρεμεί και τα χαλαρώνει τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, καθώς περιορίζει ελαφρά τις αδιάκοπες, άβουλες κινήσεις τους. Φαίνεται πως το χαλαρό φάσκιωμα στην αρχή δίνει ένα χώρο στο νεογέννητο παρόμοιο με αυτόν της μήτρας και διευκολύνει το μωρό μέχρι να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο της ωρίμανσής του.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Νευρολογική εξέταση

Τα τελειόμνηνα νεογνά παρουσιάζουν εναλλαγές στο επίπεδο δραστηριότητας με κάποια κυκλικότητα μέσα στην ημέρα, που επηρεάζεται από τα εξωτερικά ερεθίσματα όπως τη λήψη τροφής και σε μικρότερο βαθμό το φως και τους θορύβους.

Η εξέταση του νεογνού είναι προτιμότερο να γίνεται σε φάση εγρήγορσης, με το νεογνό σε ηρεμία και τα μάτια ανοιχτά. Περιλαμβάνει:

- έλεγχο μυϊκού τόνου
- ανίχνευση αρχέγονων αντανακλαστικών
- παρατήρηση συμμετρίας στην κινητικότητα των άκρων
- εξέταση μυοσκελετικού συστήματος
- κρανιοσπονδυλική επισκόπηση

Δοκιμασίες ελέγχου του μυϊκού τόνου:

- Κοιλιακή αιώρηση
 - Το κεφάλι πέφτει κάτω από το επίπεδο του σώματος.
 - Τα χέρια και τα πόδια φυλάσσονται μερικώς σε κάμψη.
- Έλξη στην καθιστή θέση
 - Στην προσπάθεια έλξης στην καθιστή θέση υπάρχει χρονική καθυστέρηση της κεφαλής.
 - Όταν το νεογνό συγκρατείται στην καθιστή θέση, η σπονδυλική στήλη είναι καμπυλωτή (δίκην C) και το κεφάλι πέφτει προς τα εμπρός.

Εξέταση μυοσκελετικού συστήματος

Ανωμαλίες άκρου ποδός-ραιβοποδία

Ραιβοποδία αμέσως μετά τη γέννηση μπορεί να παρουσιαστεί ως μεμονωμένο ορθοπαιδικό πρόβλημα ή σε συνδυασμό με άλλες συγγενείς ανωμαλίες στα πλαίσια συνδρομικής κατάστασης. Επίσης, δευτεροπαθώς η ραιβοποδία μπορεί να είναι εκδήλωση μειωμένης ενδομήτριας κινητικότητας και εμβρυϊκής υποτονίας, και αποτελεί σημείο νευρομυϊκής παθολογίας (μυοπάθεια, περιφερική νευροπάθεια). *Πρέπει να σημειωθεί ότι, η παρουσία ήπιας ραιβοποδίας που*

εύκολα ανατάσσεται (ραιβό μετατάρσιο) αποτελεί μια παροδική θέση του πέλματος στο νεογνό και όχι ορθοπαιδική διαταραχή, γι' αυτό και χρήζει απλής παρακολούθησης.

Κρανιοσπονδυλική επισκόπηση

Η περίμετρος κεφαλής αυξάνεται από 25 cm (μέση τιμή) στην ηλικία 28 εβδομάδων κύησης, σε 35 cm στο τελειόμνηνο και σε 47 cm στο πρώτο έτος ζωής. Αντιστοίχως, ο εγκέφαλος ζυγίζει 400gr στη γέννηση και αυξάνεται στα 1.000gr το πρώτο έτος. Η περίμετρος κεφαλής είναι ένας αδρός δείκτης του εγκεφαλικού όγκου. Τις πρώτες ημέρες της ζωής, μπορεί να υπάρχει **ασυμμετρία στο σχήμα της κεφαλής** λόγω παραμόρφωσης κατά τη διέλευση από τον γεννητικό σωλήνα ή λόγω χρήσης εμβρυουλκού σε εργώδη τοκετό. Έτσι, η παρουσία οιδήματος του κρανίου μπορεί να δώσει λανθασμένα μεγαλύτερη περίμετρο, ενώ η συμπίεση του κρανίου μπορεί να δώσει μικρότερη περίμετρο. Για τον λόγο αυτό, η μέτρηση της περιμέτρου κεφαλής είναι προτιμότερο να γίνεται το 2^ο με 3^ο 24ωρο ώστε να αποφευχθούν λάθη.

Η μέτρηση πρέπει να γίνεται με μη ελαστική ταινία, να μετράται η μέγιστη διάμετρος και να τοποθετείται στο διάγραμμα των εκατοσπαιών θέσεων.

Δερματικά στίγματα στην ιεροκοκκυγική περιοχή μπορεί να υποδηλώνουν υποκείμενο δυσραφισμό. Υψηλού κινδύνου δερματικά στίγματα στην περιοχή, που χρήζουν διερεύνησης, είναι:

- αιμαγγείωμα
- θύσανος τριχών
- συρίγγιο
- υποκείμενη μάζα
- δερματική «ουρά»
- μεσογλουτιαία σχισμή σε σχήμα Z ή S
- δερματικά εντυπώματα

Τονίζεται ότι η παρουσία δερματικού εντυπώματος, ιδιαίτερα όταν είναι αβαθές και εντοπίζεται μέσα στη γλουτιαία σχισμή, δεν χρήζει διερεύνησης. Αντίθετα, δερματικά εντυπώματα που έχουν βάθος, είναι μεγαλύτερα από 0.5cm, εντοπίζονται στο ανώτερο όριο ή πάνω από τη γλουτιαία σχισμή και συνδυάζονται και με άλλα δερματικά στίγματα στην περιοχή, θα πρέπει να ελέγχονται.

Νεογνικός τρόμος (Jittery Newborn)

Τα 2/3 των φυσιολογικών νεογνών εμφανίζουν ένα λεπτό τρόπο, υψηλής συχνότητας >6Hz και χαμηλού εύρους. Ο τρόμος μπορεί να εμφανιστεί με το κλάμα, εντοπίζεται μεμονωμένα και ασύμμετρα σε οποιοδήποτε άκρο, είναι συχνός στην κάτω γνάθο και σταματάει με την πρόκληση θηλαστικών κινήσεων ή με

την παθητική κάμψη του μέλους. Ο νεογνικός τρόμος είναι ευαίσθητος στα εξωτερικά ερεθίσματα (μπορεί να προκληθεί με απτικά ερεθίσματα) και δεν συνοδεύεται από αλλαγές του αυτόνομου συστήματος (ταχυκαρδία, αγγειοκινητική αντίδραση, σελόρροια, άπνοια κλπ.) ούτε από κινήσεις των οφθαλμών. Αν και τις περισσότερες φορές ο τρόμος αυτός δεν διαρκεί περισσότερο από 2 εβδομάδες, υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να διατηρηθεί με σταδιακή εξασθένηση πέραν των 8 εβδομάδων χωρίς να συνδυάζεται με κάποια παθολογία.

Παθολογικό νεογνικό τρόπο παρουσιάζουν παιδιά με υποξαιμική-ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, νεογνά με υπογλυκαιμία ή άλλες μεταβολικές διαταραχές.

Παρατεταμένο νεογνικό τρόπο παρουσιάζουν νεογνά με σύνδρομο στέρησης καθώς και νεογνά με περιγεννητικό στρες που δεν θα εμφανίσουν απαραίτητα εγκεφαλική παράλυση.

Κρίνεται απαραίτητη η διαφοροδιάγνωση από κάποιο επιληπτικό φαινόμενο. Στον Πίνακα 1.2 αναγράφονται οι κλινικές εκδηλώσεις του νεογνικού τρόμου και του επιληπτικού σπασμού.

Οδηγίες για γονείς

Τρόποι να βοηθήσουν οι γονείς τα μεγαλύτερα αδέρφια μετά τον ερχομό του νέου μωρού

- Δώστε καθημερινά προσωπικό χρόνο στο μεγαλύτερο παιδί σας. Αφήστε το να αποφασίσει το ίδιο τι θα κάνετε αυτή την ώρα.
- Να είστε γενναιόδωροι μαζί του στις αγκαλιές.
- Μην το πιέζετε να μοιράζεται τα πράγματά του με το μωρό, ακόμα και αν έχει χάσει το ενδιαφέρον του για αυτά. Αφήστε το να αποφασίσει τι είναι έτοιμο να μοιραστεί και τα υπόλοιπα να τα κρατήσει σε δικό του μέρος. *Το να μοιράζεται τους γονείς του σε μόνιμη βάση είναι ήδη αρκετά σκληρό.*
- Δείξτε στο μεγαλύτερο παιδί το δικό του άλμπουμ με φωτογραφίες του όταν ήταν μωρό, εξηγώντας του ότι και αυτό τότε είχε όλη αυτή τη φροντίδα και προσοχή που τώρα δέχεται το νέο μωρό.
- Επαινείτε κάθε θετική προσοχή που δίνει στο μωρό.
- Σχεδιάστε δομημένες δραστηριότητες για το μεγαλύτερο παιδί την ώρα που το μωρό κάνει μπάνιο ή τρώει, ώστε το μεγαλύτερο παιδί να είναι απασχολημένο δημιουργικά.
- Να είστε ανεκτικοί με παλινδρομήσεις στη συμπεριφορά του, ενώ όμως συνεχίζετε να τηρείτε τους ίδιους κανόνες. Η σταθερότητα και η συνέπεια βοηθούν το παιδί σας να νιώθει ασφαλές. Τα περισσότερα πισωγυρίσματα στην ανάπτυξη είναι προσωρινά.
- Επιτρέψτε στο μεγαλύτερο παιδί σας να εκφράζει τα αρνητικά του συναισθήματα λεκτικά, αλλά μην επιτρέπετε την άσκηση σωματικής βίας εναντίον του μωρού. Όσο το μικρότερο παιδί δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του, δεν θα πρέπει να αφήνετε τα δύο παιδιά μόνα τους. Το ξεκάθαρο μήνυμα από τους γονείς ότι “ποτέ δεν κτυπάμε” είναι ένας σημαντικός κανόνας που θα βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν να σέβονται τους άλλους και τον εαυτό τους.
- Επαινείτε το μεγάλο σας παιδί για τα επιτεύγματά του όταν έχετε επισκέπτες, ώστε το μωρό να μην μονοπωλεί όλο το ενδιαφέρον.
- Αποφύγετε να ωθείτε το παιδί σας να γίνει “μεγάλο παιδί” και μην χρησιμοποιείτε εκφράσεις όπως ο/η μεγάλος/η και το μωρό. Χρησιμοποιείτε τα ονόματά τους. Σεβαστείτε την ανάγκη του να προσπαθεί να γίνει και πάλι μωρό, χωρίς όμως να εγκαταλείπετε τους γενικούς κανόνες του σπιτιού.
- Συζητείστε μαζί του τα μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα του να έχεις ένα αδελφάκι, όπως το να έχεις παρέα στο παιχνίδι και να είσαι ο αρχηγός ή ο δάσκαλος για τον μικρό αδελφό.

Πίνακας 1.2

Κλινικές εκδηλώσεις νεογνικού τρόμου και επιληπτικού σπασμού.

Κλινική εκδήλωση	Νεογνικός τρόμος	Επιληπτικός σπασμός
Συμμετοχή των οφθαλμών και βλέμματος	-	+
Ευαισθησία στα ερεθίσματα	+	-
Σημειολογία κίνησης	Λεπτός τρόμος	Κλονικές-τονικές κινήσεις
Το φαινόμενο σταματά με παθητική κάμψη	+	-
Ασυμμετρία	+	+
Τρόμος κάτω γνάθου	+	-

Αντιμετώπιση κλάματος

Παρακάτω αναφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορείτε να ανακουφιστεί ένα μωρό που κλαίει. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από άλλους:

- Εάν το μωρό θηλάζει, βάλτε το στο στήθος σας.
- Εάν το μωρό σιτίζεται με τροποποιημένο γάλα αγελάδας και είναι ταϊσμένο, δώστε του πιπίλα. Η πιπίλα αποστειρώνεται με τον ίδιο τρόπο που αποστειρώνονται και τα μπιμπερό.
- Πάρτε το μωρό στην αγκαλιά σας ή βάλτε το σε ένα μάρσιπο αγκαλιάς ώστε να είναι σε στενή επαφή μαζί σας. Δικνίστε το ήρεμα, μιλήστε του γλυκά και τρυφερά, σιγοτραγουδήστε του.
- Κουνήστε το μωρό ήπια και ρυθμικά μπρος-πίσω στο καρότσι ή βγάλτε το μια βόλτα.
- Βρείτε κάτι για να ακούσει ή να κοιτάξει. Για παράδειγμα μια ήρεμη μουσική στο ραδιόφωνο, ένα χαλαρωτικό CD, μια κουδουνίστρα κλπ.
- Μπορείτε να δοκιμάσετε ένα ζεστό μπάνιο. Συνήθως ηρεμεί τα μωρά για λίγο. Μερικές φορές όμως μπορεί να τα εκνευρίσει περισσότερο.
- Χαϊδέψτε την πλάτη του μωρού σας σταθερά και ρυθμικά, ενώ είναι ξαπλωμένο στην αγκαλιά σας. Μπορείτε επίσης να δοκιμάσετε να του κάνετε μασάζ, χρησιμοποιώντας πολύ ήπιες κινήσεις και μιλώντας του ήρεμα.
- Ένα ελαφρύ τύλιγμα με ένα τριγωνικό πανί ή ένα χαλαρό φάσκιωμα πολλές φορές ηρεμεί και χαλαρώνει το μωρό τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του.

Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου**[Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)]**

Μετάφραση: Αγγελική Α. Λεονάρδου, Ιωάννης Μ. Ζέρβας, Θάλεια Δραγώνα
Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Α' Ψυχιατρική Κλινική, Διευθ. Καθ. Γ. Παπαδημητρίου

Οδηγίες για τους χρήστες:

- Ζητείται από τη μητέρα να υπογραμμίσει την απάντηση που είναι πιο κοντά στο πως νιώθει τις 7 τελευταίες μέρες.
- Πρέπει να συμπληρωθούν και οι 10 κατηγορίες.
- Πρέπει να υπάρξει μέριμνα ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα η μητέρα να συζητήσει τις απαντήσεις της με άλλους.
- Η μητέρα πρέπει να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο η ίδια, εκτός αν δεν μιλά καλά ελληνικά ή έχει δυσκολία στην ανάγνωση.
- Το EPDS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελέγξει γυναίκες 6-8 εβδομάδες μετά τη γέννα. Η κλινική εξέταση της υγείας του παιδιού, το check up μετά τη γέννα ή μια επίσκεψη στο σπίτι, μπορούν να δημιουργήσουν κατ'άλληλες ευκαιρίες για τη χορήγησή του.

Όνομα:

Διεύθυνση:

Ηλικία του νεογνού:

Οδηγίες:

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με √ την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πως νιώθατε ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, όχι μόνο στο πως νιώθετε αυτή τη στιγμή.

Εδώ σας δίνουμε ένα παράδειγμα:

Ένωθα χαρούμενη

Ναι, συνεχώς	
Ναι, τον περισσότερο καιρό	√
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

Αυτό σημαίνει: Ένωθα χαρούμενη τον περισσότερο καιρό κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που πέρασε.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τις υπόλοιπες ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο.

ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων

Τόσο, όσο μπορούσα πάντα	
Όχι πάρα πολύ πια	
Σίγουρα όχι και τόσο πια	
Καθόλου	

2. Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση

Τόσο, όσο μου συνέβαινε πάντα	
Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	
Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	
Καθόλου	

3. *Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο

Όχι, καθόλου	
Σπάνια	
Ναι, μερικές φορές	
Ναι, πολύ συχνά	

5. *Ένιωθα φόβο, πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο

Ναι, πολύ συχνά	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι πολύ	
Όχι, καθόλου	

6. *Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου

Ναι, τον περισσότερο καιρό δεν μπορούσα καθόλου να αντεπεξέλθω	
Ναι, μερικές φορές δεν τα κατάφερνα τόσο καλά όσο παλιά	
Όχι, τον περισσότερο καιρό τα κατάφερνα αρκετά καλά	
Όχι, τα κατάφερνα τόσο καλά όπως πάντα	

7. *Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι, πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

8. *Ένιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

9. *Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Μόνο μερικές φορές	
Όχι, καθόλου	

10. *Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου

Ναι, αρκετά συχνά	
Μερικές φορές	
Σχεδόν ποτέ	
Ποτέ	

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με 0, 1, 2, 3 με αύξουσα σειρά σύμφωνα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι ερωτήσεις που έχουν αστερίσκο (*) βαθμολογούνται αντίστροφα (3, 2, 1, 0). Η συνολική βαθμολόγηση προκύπτει από την απλή άθροιση και των δέκα απαντήσεων.

Η συνολική βαθμολόγηση ίση ή μεγαλύτερη του 10 αξιολογείται ως θετική (για τον κίνδυνο εμφάνισης ή/και παρουσίας κατάθλιψης) και χρήζει συμπληρωματικής ψυχιατρικής αξιολόγησης.

Η χρήση της κλίμακας είναι ελεύθερη με την προϋπόθεση της αναφοράς της πηγής προέλευσής της.

Πηγή: Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postpartum depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 6/87 vol.150, 782–786.

1.2 Ο δεύτερος μήνας

Γενική περιγραφή

Στην ηλικία των 2 μηνών, οι γονείς με το βρέφος έχουν αρχίσει να επικοινωνούν με έναν μοναδικό τρόπο, καθώς το ίδιο έχει μια πιο συγκροτημένη ύπαρξη και ξεχωρίζει με περισσότερη σιγουριά όσα το ευχαριστούν και όσα το δυσσαρεστούν. Στην ηλικία αυτή, οι γονείς αναγνωρίζουν την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητά του μωρού τους και καλούνται να συγχρονιστούν με τους ρυθμούς και τις ικανότητές του για αλληλεπίδραση. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνουν το βρέφος να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Καθώς το βρέφος μεγαλώνει, ενδυναμώνεται ο **δεσμός** της μητέρας μαζί του και αναπτύσσεται μια ζεστή, στενή και μεγάλης διάρκειας σχέση μεταξύ τους, στα πλαίσια της οποίας και τα δύο μέρη βιώνουν ικανοποίηση.

Από αυτή τη σχέση προκύπτει, το πρώτο μετρήσιμο κοινωνικό ορόσημο, το **κοινωνικό χαμόγελο**. Πρόκειται για το χαμόγελο που εκλύεται από το βρέφος, όχι αυθόρμητα όπως γινόταν μέχρι τώρα, αλλά σε ανταπόκριση στο ανθρώπινο πρόσωπο. Το πραγματικό **κοινωνικό χαμόγελο** εμφανίζεται μεταξύ 6 και 10 εβδομάδων ζωής. Το βρέφος που χαμογελά αλλάζει δραματικά τους γονείς, καθώς αισθάνονται τελικά ότι το μωρό τους ανταποκρίνεται στη φροντίδα τους. Έτσι, το πρώτο κοινωνικό χαμόγελο αποτελεί ένα μεγάλο γεγονός στην αναπτυσσόμενη σχέση γονέα και παιδιού.

Στην ηλικία των 2 μηνών αναπτύσσεται η **αμοιβαιότητα**. Το βρέφος κοιτάζει το πρόσωπο των γονέων του, χαμογελά και φωνοποιεί αμοιβαία. Δείχνει προσοχή στη φωνή τους και αντιδρά με χαρά όταν οι αισθήσεις του διεγείρονται με ευχάριστα ερεθίσματα (απτικά, οπτικά, ακουστικά). Η αντίδραση του βρέφους, όταν οι γονείς το αγκαλιάζουν ή του μιλούν, ανατροφοδοτεί τους γονείς και τους γεμίζει ικανοποίηση, καθώς νιώθουν ότι ανταποκρίνονται με επιτυχία στο ρόλο τους. Αντίστοιχα, όταν οι γονείς απαντούν άμεσα και σταθερά στις ανάγκες του βρέφους, το βοηθούν να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες των δράσεών του και έτσι χτίζεται βαθμιαία μια σχέση εμπιστοσύνης. Εδώ αναδεικνύεται η ιδιαίτερη σημασία που έχει η ιδιοσυγκρασία του κάθε παιδιού στον τρόπο που αντιδρά στα γονεϊκά ερεθίσματα.

Σε αυτή την ηλικία, η **κινητική εξέλιξη του βρέφους** του δίνει τη δυνατότητα να ελέγχει σχετικά το κεφάλι όταν συγκρατείται σε όρθια θέση και να έχει στιγμιαίο έλεγχο σε πρηνή και ύπτια θέση. Τα νεογνικά αντανakλαστικά αρχίζουν σταδιακά να εξασθενούν για να δώσουν τη θέση τους στη συνέχεια στις αναδυόμενες βουλευτικές κινήσεις. Το βρέφος εμφανί-

ζει αυθόρμητες ενεργητικές κινήσεις, οι οποίες είναι περισσότερο ελεγχόμενες. Η κινητικότητα είναι πιο συμμετρική, αλλά οι θέσεις/στάσεις του είναι σπάνια συμμετρικές και ξαπλώνει με το κεφάλι γυρισμένο προς τη μία ή την άλλη πλευρά του σώματος. Αποδέχεται πιο ευχάριστα την ύπτια θέση.

Το βρέφος των 2 μηνών εμφανίζει **διαφοροποίηση στο κλάμα** του, ανάλογα με το αν πεινάει, είναι κουρασμένο, νυστάζει ή αισθάνεται δυσφορία. Αντίστοιχα, οι πρώτες φωνές του μπορεί να εκφράζουν ενθουσιασμό, ευχαρίστηση ή δυσφορία. Οι γονείς με τη σειρά τους, αναγνωρίζουν τις διαφορές των ήχων σε σχέση με τις διαφορετικές ανάγκες του παιδιού και ανταποκρίνονται κατάλληλα σε αυτές.

Η λεκτική επικοινωνία από την πλευρά των γονέων είναι πολύ σημαντική, καθώς βάζει τα θεμέλια για την πρωτο-ομιλία και την κατάκτηση της γλώσσας.

Η **αγκαλιά** αποτελεί για το βρέφος μια πολύ σημαντική ανάγκη. Δεν θα μπορέσει να τα καταφέρει χωρίς τη φροντίδα άλλων. Από την ενδομήτρια ζωή, με την ασφάλεια της μητέρας και για όλη τη μετέπειτα ζωή χρειάζεται ένα πλαίσιο σε σωματικό ή ψυχικό επίπεδο για να το στηρίξει. Το **βρέφος δεν «κακομαθαίνει» κρατώντας το αγκαλιά**, κουνώντας το, μιλώντας του και σιγοτραγουδώντας του. Αντίθετα, μέσα από αυτές τις συμπεριφορές ενδυναμώνεται η σχέση γονέα-παιδιού που αποτελεί και τη βάση για την υγιή συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους.

Μεταξύ 1 και 2 μηνών το βρέφος αρχίζει να ξεχωρίζει το πρόσωπο της μητέρας του από αυτό μιας άγνωστης γυναίκας. Πριν συμπληρώσει τις 8 εβδομάδες ζωής, μπορεί να **ακολουθεί οπτικά το πρόσωπο του γονέα** του καθώς κινείται μπροστά του σε απόσταση 20-30 εκ. Η ικανότητα εστίασης και ο έλεγχος της κινητικότητας των οφθαλμών ωριμάζει γρήγορα τους πρώτους 3 μήνες ζωής.

Την ίδια χρονική περίοδο **προσανατολίζεται καλύτερα στους ήχους**, ηρεμεί με τη φωνή των οικείων του και δείχνει εγρήγορση στους ευχάριστους ήχους.

Περίπου στην ηλικία των 2 μηνών, αν οι γονείς έχουν εξασφαλίσει σταθερότητα στη ρουτίνα των γευμάτων και του ύπνου, το μωρό μπορεί να αρχίσει να προσαρμόζεται στο πρόγραμμα αυτό. Τα θηλάζοντα βρέφη συνεχίζουν τα συχνά γεύματα, ενώ τα μη θηλάζοντα σιτίζονται σε πιο αραιά διαστήματα. Στην ηλικία αυτή, αρκετά βρέφη αναπτύσσουν **κιρκάδιο ρυθμό** και καταφέρνουν να κοιμούνται συνεχόμενα γύρω στις 4-5 ώρες το βράδυ, ενώ μπορούν και παραμένουν ξύπνια για μεγαλύτερα διαστήματα στη διάρκεια της ημέρας. Είναι σημαντικό, αν είναι εφικτό, να ενισχύεται η σταθερότητα των γευμάτων και διαστημάτων ύπνου για να υποστηριχθεί ένα πρότυπο ύπνου.

Συνήθως, σε αυτή την περίοδο οι γονείς νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για τις γονεϊκές τους ικανότητες και για την επάρκεια της φροντίδας που προσφέρουν.

Ο παιδίατρος ενισχύει τη συμμετοχή και των άλλων μελών της οικογένειας στη φροντίδα του μωρού, ενώ επισημαίνει πόσο σημαντικό είναι για τα μεγαλύτερα αδέρφια να έχουν δικό τους ποιοτικό χρόνο με τους γονείς τους.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Υγεία της μητέρας (σωματική και ψυχική), προσαρμογή του πατέρα, φροντίδα των άλλων παιδιών.
- Αλληλεπίδραση γονέα-βρέφους.
- Σταθερότητα φροντίδας και διαδικασία προσκόλλησης.
- Ύπνος/καθημερινές ρουτίνες.
- Κινητική ωρίμανση/τοποθέτηση του βρέφους και στην πρηνή θέση «tummy time».
- Κλάμα/βρεφικοί κολικοί.
- Αυτορρύθμιση/χειρισμοί που βοηθούν το μωρό να ηρεμήσει.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους.
- Συναισθήματα μητέρας-οικογένειας.
- Τρόπο ανταπόκρισης στη δυσφορία του βρέφους και αποτελεσματικότητα στην ικανοποίηση των αναγκών του.
- Αίσθημα επάρκειας στη φροντίδα.
- Σίτιση-μητρικό θηλασμό.
- Παρουσία και ρόλο πατέρα.
- Φροντίδα σχέσης με μεγαλύτερο παιδί και δυναμική οικογένειας.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

Ύπτια θέση

- Σε επίπεδη σταθερή επιφάνεια, το κεφάλι βρί-

σκεται στη μέση θέση μόνο για μικρά διαστήματα και συνήθως το κρατά στη μια πλευρά.

- Οι κινήσεις των χεριών και ποδιών είναι μεγάλου εύρους και σπασμωδικές.
- Η κάμψη των άκρων μειώνεται. Σε ηρεμία οι αγκώνες βρίσκονται σε μερική κάμψη και ενεργητικά μπορεί σχεδόν να τα εκτείνει.

Πρηνής θέση

- Σηκώνει το κεφάλι σε 45 μοίρες και κρατά αυτή τη στάση αρκετά δευτερόλεπτα.
- Όταν αιωρείται με το χέρι του εξεταστή στην κοιλιά του, το κεφάλι του δεν πέφτει, αλλά κρατιέται στην ίδια περίπου ευθεία με το σώμα του.
- Κλωτσά και με τα δύο πόδια εναλλάξ.

Όρθια θέση

- Μπορεί στιγμιαία να συγκρατήσει το βάρος του αλλά συνήθως τα γόνατα υποχωρούν.

Λεπτή κινητικότητα

- Οι παλάμες είναι χαλαρά κλειστές και ανοίγουν σαν βεντάλια στις εκτατικές κινήσεις των χεριών.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Κοιτάζει από κοντά τους γονείς του.
- Αρχίζει να χαμογελά σε πρόσωπα, εμφανίζει κοινωνικό χαμόγελο.
- Μπορεί να ανακουφίζεται και να ηρεμεί μόνο του για λίγο.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Διαφοροποιεί το κλάμα για έκφραση πείνας, δυσφορίας, κούρασης.
- Παράγει ήχους π.χ. αγκού.
- Δείχνει πιο καθαρά τις ανάγκες του για φαγητό, ύπνο, παιχνίδι, χάδι.
- Διακρίνει τους ήχους της ομιλίας, αντιδρά θετικά σε ήχους.

Γνωστική ανάπτυξη

- Προσηλώνει σε πρόσωπα.
- Αρχίζει να παρακολουθεί αντικείμενα και ξεχωρίζει πρόσωπα σε μικρή απόσταση.

Οπτική συμπεριφορά

- Ακολουθεί οπτικά το πρόσωπο του γονέα του καθώς κινείται μπροστά του (20-25 εκ.). Μπορεί να παρακολουθήσει οριζόντια πρόσωπο ή αντικείμενα μέχρι και 180° μοίρες.*
- Υπάρχει αντίδραση της κόρης στο φως, γυρνά το κεφάλι σε φωτεινές πηγές με διάχυτο φως και βλεφαρίζει αμυντικά όταν πλησιάσουμε την παλάμη μας στο πρόσωπο (defensive blink).

* Αυτή η οπτική συμπεριφορά είναι εμφανής εύκολα στις 8 εβδομάδες ζωής. Μπορεί όμως να μην παρατηρηθεί στο ιατρείο, καθώς εξαρτάται από το επίπεδο της εγρήγορσης του μωρού.

Ακουστική συμπεριφορά

- Προσανατολίζεται προς τους ήχους.
- Δείχνει εγρήγορση σε οικείους και ευχάριστους ήχους.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Εάν το βρέφος δεν παρουσιάζει κοινωνικό χαμόγελο στην ηλικία των 2 μηνών, χρειάζεται παρακολούθηση. Καθυστερήση για περισσότερο από λίγες εβδομάδες αυτού του οροσήμου είναι ανησυχητική, καθώς μπορεί να σχετίζεται με διαταραχή της προσκόλλησης προς το πρόσωπο φροντίδας, πρόβλημα όρασης, αναπτυξιακή καθυστέρηση ή ακόμα και κακοποίηση ή παραμέληση.
- Η ποιότητα της διαδικασίας θηλασμού.
- Οι ελαφρά μη συζευγμένες οφθαλμικές κινήσεις, που παρατηρούνται συχνά σε αυτή την ηλικία και συνήθως είναι παροδικές, απαιτούν παρακολούθηση με την προϋπόθεση ότι το βρέφος παρουσιάζει την κατάλληλη για την ηλικία του οπτική συμπεριφορά και η εξέταση με το οφθαλμοσκόπιο έχει αναδείξει και στους δύο οφθαλμούς ρόδινη ανταύγεια του αμφιβληστροειδή.
- Υπέρμετρη αύξηση της περιμέτρου της κεφαλής, σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό βρέφος, με απουσία σημείων αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης.
- Μη επιδεινούμενος τρόμος τις πρώτες 8 εβδομάδες της ζωής.
- Ασυμμετρίες προσώπου ή κρανίου.
- Ποιότητα σχέσης.

Ενδείξεις παραπομπής

- Απουσία ανταπόκρισης στους ήχους ή παράγοντες κινδύνου από το ιστορικό που σχετίζονται με βαρηκοΐα.
- **Μόνιμος** στραβισμός, παθολογική ρόδινη ανταύγεια ή έλλειψη προσηλωσης και παρακολούθησης.
- Παρουσία νευρολογικών σημείων όπως:
 - Εστιακή σημειολογία που συνήθως εκφράζεται με μειωμένη κινητικότητα μέλους ή ημιμορίου του σώματος.*
 - Σταθερή οπισθοτονική αντίδραση η οποία συνοδεύεται από ευερεθιστότητα.

- Υπέρμετρη αύξηση της περιμέτρου της κεφαλής με σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, όπως:
 - Αδυναμία λήψης τροφής.
 - Αναγωγές ή έμετοι που δεν σχετίζονται με τα γεύματα.
 - Εναλλαγές νωθρότητας-ευερεθιστότητας.
 - Απουσία οπτικής παρακολούθησης.
 - Προπέτεια πρόσθιας πηγής.
- Παρουσία τρόμου με σταθερή εστιακότητα, που δεν σταματά όταν πιάσουμε χαλαρά το άκρο, δεν εξασθενεί προοδευτικά, επιμένει πέραν των 8 εβδομάδων ή επιδεινώνεται.

* Ασυμμετρία με μειωμένη κινητικότητα του ενός μέλους, που είναι ορατή τους πρώτους μήνες της ζωής, υποδηλώνει συνήθως βλάβη του περιφερικού νεύρου π.χ. πάρεση βραχιονίου πλέγματος.

Υποστήριξη της οικογένειας

Υγεία της μητέρας (σωματική και ψυχική), προσαρμογή του πατέρα, φροντίδα των άλλων παιδιών

Ο παιδίατρος χρειάζεται να συζητήσει με τη μητέρα σχετικά με την υγεία της και τη φροντίδα του εαυτού της. Οι μητέρες, συχνά αυτή την περίοδο, μπορεί να νιώθουν λύπη, κούραση, εκνευρισμό ή και απογοήτευση σχετικά με την ικανότητά τους να φροντίζουν το μωρό. Είναι σημαντικό η μητέρα να εξασφαλίζει λίγο χρόνο για τον εαυτό της, όπως και χρόνο με τον σύντροφό της. Επιπλέον, η μητέρα ενθαρρύνεται, αν είναι εφικτό, να μην βιαστεί να επιστρέψει στη δουλειά, καθώς χρειάζεται κάποιο προστατευτικό χρόνο για τη σωματική της ανάρρωση και την ψυχική της αναδιοργάνωση. Η γρήγορη επιστροφή στη δουλειά μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία της προσκόλλησης προς το βρέφος, καθώς και την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει.

Συχνά οι πατέρες νιώθουν ότι ο ρόλος τους στην οικογένεια είναι περιορισμένος, ενώ άλλοι δυσκολεύονται στην επαφή τους με το μωρό τους. Η στενή και συνεχής σωματική και συναισθηματική σχέση της μητέρας με το μωρό, μέσα από τη διαδικασία της σίτισης κάνει τον πατέρα συχνά να νοιώθει αποδυναμωμένος.

Σε αντίθεση με τη μητέρα, ο πατέρας βρίσκεται έξω από το φως των προβολών. Έτσι, συχνά αισθάνεται απομονωμένος και βιώνει συναισθήματα μοναξιάς. Όλοι περιμένουν από εκείνον να φροντίζει τη γυναίκα του, βάζοντας τις δικές του ανάγκες σε δεύτερη μοίρα.

Τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα ανάλογα της βραχύχρονης επιλόχειας μελαγχολίας που αισθάνονται οι γυναίκες.

Η ενεργητική συμμετοχή του πατέρα στη φροντίδα του βρέφους, μειώνει το άγχος και την κατάθλιψή του.

Πολλές φορές οι πατέρες εκδηλώνουν την ψυχική τους δυσφορία με συμπεριφορές όπως να τρέπονται σε φυγή, να «πολεμούν» το γεγονός της μετάβασης στην πατρότητα μέσα από καβγάδες, συμπλοκές και άλλου τύπου εντάσεις. Πολύ συχνά στρέφουν το ενδιαφέρον τους στη δουλειά και απουσιάζουν πολύ από το σπίτι. Οι άνδρες που γίνονται πατέρες για πρώτη φορά εκδηλώνουν μεγαλύτερες τάσεις φυγής.

Στη σύγχρονη εποχή, λόγω των ραγδαίων ανακατατάξεων που συντελούνται στη σύνθεση και τη μορφή της οικογένειας, η πατρική λειτουργία ασκείται συχνά από κάποιον που μπορεί να μην είναι ο βιολογικός πατέρας του παιδιού. Η παρουσία ενός πατέρα είναι αποτελεσματική εφόσον: (α) ο πατέρας αναγνωρίζεται στο λόγο της μητέρας και (β) ο άνδρας που αναλαμβάνει τη θέση του πατέρα είναι σε θέση να ενστερνιστεί την πατρική λειτουργία.

Αν υπάρχουν και άλλα παιδιά στην οικογένεια, είναι σημαντικό να φροντίζονται οι ανάγκες τους, ενώ οι γονείς θα πρέπει να προσπαθούν να έχουν έστω και λίγο προσωπικό χρόνο μαζί τους.

Συγκεκριμένα:

- Οι γονείς ενθαρρύνονται να φροντίζουν τους εαυτούς τους, ώστε να μπορούν να φροντίζουν και το μωρό τους. Ο γονεϊκός ρόλος απαιτεί μεγάλα αποθέματα ενέργειας. Η μητέρα χρειάζεται ενίσχυση ώστε να διαθέτει χρόνο για τις προσωπικές της ανάγκες.
- Οι γονείς ενθαρρύνονται να διατηρήσουν τις επαφές με φίλους τους και μέλη της οικογένειας, ώστε να μην απομονωθούν κοινωνικά.
- Μετά τον πρώτο μήνα, όπου εδραιώνεται ο θηλασμός, ο παιδίατρος μπορεί να υποδείξει στους πατέρες να έρθουν σε πιο στενή επαφή με το μωρό τους, αναλαμβάνοντας να του δώσουν κατά τη διάρκεια της νύχτας ένα γεύμα από μητρικό γάλα που έχει αντληθεί σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά, εφόσον βέβαια η κούραση από τη δουλειά τους το επιτρέπει. Για βρέφη που δεν θηλάζουν ή δεν θηλάζουν αποκλειστικά, ο πατέρας μπορεί να συμμετέχει στο τάισμα με το μπουκάλι.
- Ο πατέρας ενθαρρύνεται να έρχεται σε στενή σωματική επαφή με το μωρό, όπως να περπατά έχοντάς το στην αγκαλιά του, να το κάνει μπάνιο ή και να το χαλαρώνει με κούνημα ή χάδι.
- Οι γονείς ενθαρρύνονται να αφήνουν τα μεγαλύτερα αδέρφια να συμμετέχουν στη φροντίδα του μωρού, εφόσον βέβαια το επίπεδο ανάπτυξης και ωριμότητάς τους το επιτρέπει. Τα παι-

διά συχνά ωφελούνται αναπαράγοντας αυτές τις δραστηριότητες με τις δικές τους κούκλες/αρκουδάκια.

- Είναι σημαντικό, οι γονείς να αφιερώνουν ιδιαίτερο χρόνο σε κάθε παιδί τους.
- Εφόσον είναι εφικτό, η μητέρα θα πρέπει να αποθαρρύνεται –χωρίς να ενοχοποιείται– να επιστρέψει πολύ γρήγορα στη δουλειά.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Σταθερότητα φροντίδας και διαδικασία προσκόλλησης

Σε αυτή την ηλικία, οι γονείς αρχίζουν να βιώνουν χαρά μέσα από τη συμπεριφορά του μωρού τους, όπως είναι ένα αναδυόμενο χαμόγελο, τα πρώτα ψελίσματα, τα μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα που είναι σε εγρήγορση και η πιο ενεργή απαντητικότητα του. Καθώς οι γονείς ανταποκρίνονται σταθερά στις ανάγκες του, το μωρό νιώθει ασφαλές, μαθαίνει να τους εμπιστεύεται και αναπτύσσει **σχέση προσκόλλησης*** προς το πρόσωπο φροντίδας, που αποτελεί τη βάση για την υγιή συναισθηματική του ανάπτυξη. Αβεβαιότητα ή νευρική από την πλευρά των γονέων, συμπεριφορές που δείχνουν θλίψη, απόσυρση ή θυμό, έλλειψη συμμετοχής του πατέρα στη φροντίδα του μωρού, χρειάζονται καθοδήγηση.

Συγκεκριμένα:

- Οι γονείς ενθαρρύνονται να είναι τρυφεροί και στοργικοί προς το μωρό τους και να ανταποκρίνονται με συνέπεια στις ανάγκες του. Έτσι, όταν είναι εκνευρισμένο θα πρέπει να προσπαθούν να το ηρεμήσουν, όταν πεινάει να το ταΐζουν, όταν χαμογελάει να του χαμογελούν και όταν φωνοποιεί να του απαντούν. Σιγά-σιγά θα αναγνωρίζουν τότε έχει ανάγκη για διέγερση και παιχνίδι και τότε για ηρεμία.
- Οι γονείς ενθαρρύνονται να χαίρονται το μωρό τους, να του εκφράζουν την αγάπη τους και τη χαρά τους για τα μικρά καθημερινά γεγονότα. Η ανάπτυξη του μωρού ενισχύεται παίρνοντάς το αγκαλιά, μιλώντας του και παίζοντας μαζί του.

Η αγκαλιά δίνει το παιδί με την ασφάλεια του παρελθόντος, το κάνει σίγουρο και δυνατό.

- Τονίζεται στους γονείς ότι το μικρό μωρό **δεν «κακομαθαίνει»** κρατώντας το αγκαλιά, κουνώντας το, μιλώντας του ή σιγοτραγουδώντας του. Αντίθετα, καθώς οι γονείς περνούν χρόνο με το μωρό τους με τους παραπάνω τρόπους, ενδυναμώνεται η σχέση τους μαζί του και χτίζεται σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα τους.

Το λίκνισμα και το περπάτημα στην αγκαλιά προσφέρει στο μωρό βαρυντική και κινητική εμπειρία παρόμοια με την ενδομήτρια και το βοηθάει να ηρεμήσει αλλά και να ωριμάσει.

- Ο γονέας θα πρέπει να ανταποκρίνεται στα σημάδια πείνας του μωρού και να το αφήνει να ελέγχει το πόσο θα φάει. Το μωρό θα φάει όσο χρειάζεται για να μεγαλώσει σωστά.

* Ο J. Bowlby (1969) υποστήριξε ότι υπάρχει ένα ένστικτο προσκόλλησης που ορίζει την αντίστοιχη συμπεριφορά μέχρι τα δύο χρόνια της ζωής. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να περιγραφεί με πέντε διαδοχικές καταστάσεις: το πιπίλισμα, τον εναγκαλισμό, το κλάμα, το χαμόγελο και τη βλεμματική παρακολούθηση, που ωριμάζουν σχετικά ανεξάρτητα η μία από την άλλη. Σταδιακά, μετά το δεύτερο εξάμηνο απαρτιώνονται και εστιάζονται στη μητέρα. Στον εναγκαλισμό και στη βλεμματική παρακολούθηση αποδίδεται σημαντικότερος ρόλος απ' όσο στο πιπίλισμα και στο κλάμα. Η συμπεριφορά της προσκόλλησης έχει μια διπλή λειτουργία: α) προσφέρει το αναγκαίο αίσθημα προστασίας και ασφάλειας και β) επιτρέπει την κοινωνικοποίηση με τη μετάθεσή της αργότερα από τη μητέρα στους κοντινούς ανθρώπους και στο ευρύτερο περιβάλλον. Η συμπεριφορά της προσκόλλησης είναι καθοριστική για τη δόμηση της προσωπικότητας και θεωρείται ως μια βιολογική λειτουργία ίσης αξίας με τη συμπεριφορά του ζευγαρώματος ή τη γονεϊκή συμπεριφορά (βλ. Ειδικά θέματα: Στάδια προσκόλλησης κατά Bowlby).

Αλληλεπίδραση γονέων-βρέφους

Στην ηλικία αυτή, οι γονείς αρχίζουν να κατανοούν και να αναγνωρίζουν την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα του μωρού τους και αρχίζουν να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τις ανάγκες του. Καθώς οι γονείς μαθαίνουν το χαρακτήρα του παιδιού τους και τον τρόπο που επεξεργάζεται τα ερεθίσματα από το περιβάλλον, κατανοούν καλύτερα τον τρόπο που το μωρό τους σχετίζεται με τον κόσμο και μπορούν να επικοινωνήσουν και να αλληλεπιδράσουν μαζί του πιο αποτελεσματικά.

Είναι σημαντικό οι γονείς να ενσωματώνουν δραστηριότητες στην καθημερινή ρουτίνα του μωρού τους που προάγουν τη συνεχιζόμενη διαδικασία ανάπτυξης, όπως είναι το παιχνίδι/πρωτοκουβέντα μαζί του και το άγγιγμα.

Συγκεκριμένα:

- Κατά την ώρα του ντυσίματος, του μπάνιου, του φαγητού και του παιχνιδιού, ο γονέας έχει τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσει με το μωρό του. Καθώς ανταποκρίνεται στους ήχους του μωρού και του μιλά, το ενθαρρύνει να ανταποκριθεί με φωνούλες. Αυτός ο τύπος της **“εναλλαγής σειράς”** είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη της γλώσσας και αποτελεί την **πρωτο-κουβέντα**. Με την ομιλία και τα τραγουδάκια στη διάρκεια

των συνηθισμένων καθημερινών δραστηριοτήτων, το μωρό θα αυξήσει την ποικιλία και τη συχνότητα των ήχων που παράγει, καθώς και την ανταπόκριση σε ήχους και φωνές.

- Οι γονείς ενθαρρύνονται να αγγίζουν ή να κάνουν μασάζ στο μωρό τους. Δίνοντας απτικά ερεθίσματα παρόμοια με αυτά που είχε στην ενδομήτρια ζωή, το βοηθούν να ηρεμήσει, να χαλαρώσει και να κοιμηθεί.

Το βρεφικό χάδι/μασάζ συμβάλλει σημαντικά στη σωματική υγεία και στην ανάπτυξη των πρόωρων βρεφών, καθώς και των βρεφών που έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας. Τα βοηθάει να νοιώσουν ασφαλή, να κοιμηθούν, να αυτορρυθμιστούν και να οργανωθούν, ενώ παράλληλα προάγει τη βελτίωση του μυϊκού τόνου και της κινητικότητας.

Αυτορρύθμιση-χειρισμοί που βοηθούν το μωρό να ηρεμήσει

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της ηλικίας είναι ότι τα μωρά αρχίζουν να ανακαλύπτουν τρόπους να ανακουφίζονται μόνο τους. Βάζουν τα χέρια στο στόμα χωρίς να πεινάνε και με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζονται και παρηγορούνται. Πρόκειται για μια σημαντική συμπεριφορά που είναι αναπτυξιακά κατάλληλη για την ηλικία τους και αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την κατάκτηση της ικανότητας αυτορρύθμισης.

Ο παιδίατρος ενημερώνει τους γονείς ότι:

- Συμπεριφορές του βρέφους όπως το να βάζει τα χέρια στο στόμα και να πιπιλάει τα δάκτυλα ή τον αντίχειρα ή να χρησιμοποιεί την πιπίλα, είναι φυσιολογικές, κατάλληλες για την ηλικία του και σημαντικές, διότι με αυτές μαθαίνει να ηρεμεί μόνο του.
- Εάν το μωρό κλαίει έντονα θα πρέπει να ανταποκρίνονται στο κλάμα του και να προσπαθούν να το ηρεμήσουν. Υπάρχουν αρκετοί τρόποι με τους οποίους ο γονέας μπορεί να ηρεμήσει το μωρό, όπως το να βρίσκεται απλώς κοντά του, να του μιλάει, να του χαϊδεύει την πλάτη, να το κρατάει αγκαλιά ή στο μάρσιπο, να το κουνά ρυθμικά ή να περπατάει μαζί του (βλ. οδηγίες προς γονείς).

Καθημερινές ρουτίνες-ύπνος

Μετά τον πρώτο μήνα ζωής, οι κύκλοι ύπνου-αφύπνισης ποικίλουν πολύ και εξαρτώνται από την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, την επάρκεια των γευμάτων και την ανταπόκριση των γονέων στα περιοδικά ξυπνήματά του. Στην ηλικία των 2 μηνών, το μωρό μπορεί να παραμείνει ξύπνιο για μεγαλύτερο χρόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας και αρχίζει να κοιμάται για μεγαλύτερο και συνεχόμενο χρονικό διάστημα στη διάρκεια

της νύχτας. Είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται ένας σταθερός και αναμενόμενος τρόπος ύπνου. Γονείς που δεν επιθυμούν ένα πρόγραμμα, σταθερές ρουτίνες ή αντίθετα έχουν μια πολύ αυστηρή προσκόλληση σε ένα περιοριστικό πρόγραμμα ταΐσματος μπορεί να χρειάζονται καθοδήγηση.

Συγκεκριμένα:

- Οι γονείς μπορούν να αρχίσουν να κάνουν προσπάθειες ώστε το μωρό τους να αναπτύξει σταθερές συνήθειες ύπνου ανταποκρινόμενοι βεβαίως στα μηνύματά του. Η ευερεθιστότητα των βρεφών πολύ συχνά οφείλεται στην έλλειψη ύπνου.
- Σε αυτή την ηλικία, οι γονείς μπορούν να ξεκινήσουν να εδραιώνουν μια σταθερή ρουτίνα για το βραδινό ύπνο με χαλαρωτικές δραστηριότητες που επάγουν τον ύπνο.
- Στους 2 μήνες ζωής, τα μωρά συχνά έχουν ένα μεγάλο, συνεχόμενο ύπνο κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Πολλά μωρά έχουν αυτό τον ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι γονείς μπορούν να προσπαθήσουν να βοηθήσουν το μωρό τους να μετακινήσει τον μεγαλύτερης διάρκειας ύπνο στη διάρκεια της νύχτας. Η πιο συχνή σίτιση κατά τη διάρκεια της ημέρας βοηθάει το μωρό να έχει ένα μεγάλο, χωρίς διακοπές, ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Οι γονείς πρέπει να αποθαρρύνονται σε αυτή την ηλικία να ανταποκρίνονται άμεσα σε κάθε μικρό *κλαυούρισμα* του μωρού τους στη διάρκεια της νύχτας, καθώς μια τέτοια συμπεριφορά ενισχύει τα συχνά νυχτερινά ξυπνήματα στο μέλλον. Μερικές φορές, ένα χάδι στην πλάτη του μωρού, ενώ παραμένει στην κούνια του μπορεί να είναι αρκετό για να το ηρεμήσει και να κοιμηθεί. Στην περίπτωση που το μωρό δεν ηρεμεί και εκνευρίζεται περισσότερο, οι γονείς θα πρέπει να το βοηθήσουν παίρνοντάς το αγκαλιά ή ταΐζοντάς το.

Τα παιδιά που θηλάζουν αποκλειστικά, είναι δυσκολότερο αν ξυπνήσουν τη νύχτα να μην αναζητήσουν το στήθος της μητέρας τους.

Κινητική ωρίμανση/τοποθέτηση του βρέφους και στην πρηνή θέση «tummy time»

Καθώς ο παιδίατρος παρατηρεί το μωρό στην πρηνή θέση έχει την ευκαιρία να συζητήσει με τους γονείς τη σημασία του **χρόνου πάνω στην κοιλιά** (tummy time) στις καθημερινές δραστηριότητες του μωρού. Η πρηνή θέση εκπαιδεύει τα μωρά να κρατάνε το κεφάλι τους ψηλά αλλά και να ενδυναμώνουν τους μύες

του αυχένα και της ωμικής ζώνης και να προάγουν τη συνολική κινητική τους ανάπτυξη. Επιπλέον, ο **χρόνος πάνω στην κοιλιά** προλαμβάνει την ανάπτυξη επιπέδωσης στο πίσω μέρος του κεφαλιού.

Συγκεκριμένα:

- **Ύπνος με την πλάτη, παιχνίδι με την κοιλιά.** Οι γονείς ενθαρρύνονται να τοποθετούν το μωρό τους και στην πρηνή θέση όταν είναι ξύπνιο, αλλά να το βάζουν να κοιμάται πάντα στην ύπτια θέση.
- Μια καλή δραστηριότητα μετά τον πρώτο μήνα ζωής είναι να ξαπλώνει το μωρό πάνω στο στήθος των γονέων και να κοιτάζει το πρόσωπό τους.

Κλάμα – Βρεφικοί κολικοί

Σε αυτή την ηλικία, συχνά τα μωρά έχουν περιόδους ανησυχίας και κλάματος αργά το απόγευμα ή το βράδυ. Πρόκειται για μια φυσιολογική κατάσταση που συνήθως ξεκινάει μετά τη δεύτερη εβδομάδα ζωής, κορυφώνεται μεταξύ του πρώτου και δεύτερου μήνα και εξαφανίζεται περίπου στους 3 με 4 μήνες ζωής. Παρατηρείται σε όλους τους πολιτισμούς και με διαφορετικούς τρόπους φροντίδας του βρέφους, γεγονός που δείχνει ότι αυτή η συμπεριφορά είναι μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης. Καθώς το βρέφος κουράζεται στη διάρκεια της ημέρας, δεν μπορεί να επεξεργαστεί τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, υπερφορτώνεται και εκφράζει όλη αυτήν την ένταση με κλάμα. Οι γονείς πρέπει να καταλάβουν ότι με το να ανταποκρίνονται γρήγορα στο κλάμα του μωρού τους, το μαθαίνουν να εμπιστεύεται ότι θα το φροντίσουν. Το βρέφος δεν “κακομαθαίνει” με αυτό τον τρόπο. Οι περισσότεροι γονείς διαπιστώνουν ότι παίρνοντας το μωρό αγκαλιά, κουνώντας το ήπια και ρυθμικά ή ταΐζοντάς το, βοηθούν να υποχωρήσει το κλάμα και το μωρό να κοιμηθεί ήρεμα.

Όταν τα παραπάνω επεισόδια κλάματος και ανησυχίας είναι πολύ πιο έντονα ή μεγαλύτερα σε χρονική διάρκεια, χρησιμοποιείται ο όρος **βρεφικοί κολικοί**. Επομένως, οι κολικοί αποτελούν πιο σοβαρή μορφή μιας συμπεριφοράς που παρατηρείται στην πλειοψηφία των βρεφών σε αυτή την ηλικία.

Για τον ορισμό τους χρησιμοποιείται ο «κανόνας του 3» του Wessel σύμφωνα με τον οποίο οι κολικοί συμβαίνουν όταν ένα **βρέφος απόλυτα υγιές και καλά ταϊσμένο, έχει παροξυσμικά επεισόδια ανησυχίας, εκνευρισμού και κλάματος που διαρκούν περισσότερο από 3 ώρες την ημέρα, για περισσότερες από 3 ημέρες την εβδομάδα και για περισσότερες από 3 εβδομάδες**. Οι βρεφικοί κολικοί παρατηρούνται τόσο σε βρέφη που θηλάζουν

όσο και σε βρέφη που πίνουν τροποποιημένο γάλα αγελάδας. Προσβάλλονται εξίσου και τα δύο φύλα. Τα πρόωρα βρέφη μπορεί να παρουσιάσουν τους κολικούς λίγο αργότερα, σύμφωνα με τη διορθωμένη ηλικία τους, ενώ μπορεί αυτή η ανησυχία να παραμείνει και σε λίγο μεγαλύτερη ηλικία.

Ο παιδίατρος θα πρέπει να δίνει χρόνο στην οικογένεια με βρέφος που παρουσιάζει επίμονους και σοβαρούς κολικούς, καθώς μια τέτοια συμπεριφορά από το βρέφος μπορεί να αναστατώσει την οικογένεια.

Συγκεκριμένα ο παιδίατρος:

- Διαβεβαιώνει τους γονείς ότι το βρέφος είναι απόλυτα υγιές.
- Εξηγεί ότι η ανησυχία και το κλάμα σε αυτή την ηλικία είναι μια μορφή συμπεριφοράς. Οι γονείς ενός μωρού με κολικούς θα πρέπει να διαβεβαιώνονται ότι το μωρό τους δεν παρουσιάζει μια παθολογική κατάσταση, αλλά μια αναμενόμενη, φυσιολογική συμπεριφορά.
- Απαλύνει το άγχος των γονέων και τονίζει πόσο σημαντικό είναι να ξεκουράζονται έστω και λίγο. Ένταση, κούραση και άγχος μπορεί να επιδεινώσουν τους παροξυσμούς κλάματος. Μπορεί να προταθεί στη μητέρα να κάνει ένα διάλειμμα το απόγευμα και τη φροντίδα του βρέφους να την αναλάβει ένα πιο ξεκούραστο άτομο από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Ενημερώνει τους γονείς ότι θα πρέπει να αποφεύγουν την υπερδιέγερση του μωρού. Συχνά, οι γονείς ενός μωρού με κολικούς μπορεί να υπερβάλλουν μαζί του, όπως ταΐζοντάς το πολύ συχνά ή σηκώνοντάς το πολλές φορές. Σε αυτή την περίπτωση ο παιδίατρος μπορεί να προτείνει τις ακόλουθες παρεμβάσεις:
 - Συμπεριφορές που ηρεμούν, όπως ήπιο λίκνισμα και χρήση πιπίλας. Μερικές φορές, το ανήσυχο μωρό ηρεμεί κρατώντας το σε πρηνή θέση, παράλληλα προς το πάτωμα πιέζοντας λίγο την κοιλιά του ή κουνώντας το ήπια και αργά μπρος-πίσω.
 - Έναν μονότονο θόρυβο, που συχνά αναφέρεται από τους γονείς ως αποτελεσματικός.
 - Υπενθυμίζει στη μητέρα που θηλάζει, τον απαιτούμενο περιορισμό της καφεΐνης, της σοκολάτας ή ίσως διεγερτικών φαρμάκων που μπορεί να καταναλώνει.
- Κάνει μια σύντομη ανασκόπηση του τρόπου σίτισης. Το βρέφος θα πρέπει να σιτίζεται σε ήρεμο περιβάλλον με τη μητέρα να νιώθει άνετα μαζί με το μωρό της. Τα μωρά που θηλάζουν συχνά στη διάρκεια της ημέρας παρουσιάζουν

λιγότερα επεισόδια κλάματος ή ανήσυχης συμπεριφοράς. Οι αλλαγές στον τύπο του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας πολύ σπάνια βοηθούν, καθώς δεν έχει αποδειχτεί ότι οι κολικοί οφείλονται σε αλλεργία στο γάλα αγελάδας ή σε δυσανεξία στη λακτόζη.

- Έχει θετική και αισιόδοξη προσέγγιση. Πρέπει να τονίζει στους γονείς ότι το μωρό είναι φυσιολογικό.
- Εξηγεί στους γονείς ότι πολλές φορές η δική τους υπερβολική αγωνία ενισχύει την εμφάνιση των κολικών.

Δοκιμάζοντας κάποια από τα παραπάνω μέτρα, οι κολικοί συνήθως βελτιώνονται και υποχωρούν στο τέλος του πρώτου τριμήνου. Συχνά, οι ίδιοι οι γονείς ανακαλύπτουν τρόπους για να ανακουφίσουν και να ηρεμήσουν το μωρό τους. Οι συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες είναι βοηθητικές και σημαντικές καθώς ενδυναμώνουν τη θεραπευτική σχέση. Η φαρμακευτική αγωγή δεν ενδείκνυται στην αντιμετώπιση των κολικών. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, όπου η συμπεριφορά του βρέφους προκαλεί σημαντική ένταση στους γονείς και θέτει σε κίνδυνο την υγιή και ασφαλή αλληλεπίδραση του παιδιού μαζί τους, συνιστάται η αξιολόγηση ή και η συμβουλευτική των γονέων από ειδικό.

Ο χρόνος που δίνει ο παιδίατρος στο βρέφος με τους κολικούς και την οικογένειά του έχει ιδιαίτερη αξία. Οι γονείς σιγά-σιγά καταλαβαίνουν ότι αυτή η ένταση είναι μέρος της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους και ότι πρόκειται για μια συμπεριφορά που πρέπει να μάθουν να τη διαχειρίζονται χωρίς ιδιαίτερη ανησυχία και άγχος.

Καμιά φορά οι γονείς στην προσπάθεια να ηρεμήσουν ένα μωρό που κλαίει ασταμάτητα αυξάνουν τόσο πολύ την ένταση του κουνήματος –από το δικό τους άγχος– που το τραντάζουν δυνατά.

Ο παιδίατρος πρέπει να ενημερώνει για το πόσο **εναίσθητο** είναι το κεφάλι του μωρού. Όταν το μωρό είναι ιδιαίτερα ανήσυχο και κλαίει επίμονα **δεν θα πρέπει ποτέ να τραντάζεται προκειμένου να ηρεμήσει**. Μια τέτοια συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει σοβαρή και μόνιμη εγκεφαλική βλάβη (**shaken baby syndrome**).

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Νευρολογική εξέταση

Η νευρολογική εξέταση σε αυτή την ηλικία περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση ασυμμετρίας στην κινητικότητα των άκρων.
- Έλεγχο μυϊκού τόνου.

- Έλεγχος μεγέθους και σχήματος κεφαλής.
- Εξέταση μυοσκελετικού συστήματος:
 - σπονδυλική επισκόπηση
 - έλεγχος για ραιβόκρανο

Σχήμα και μέγεθος κεφαλής

Η μέτρηση της περιμέτρου της κεφαλής πρέπει να γίνεται με μη ελαστική ταινία, να μετράται η μέγιστη διάμετρος και να τοποθετείται στο διάγραμμα των εκατοστιαίων θέσεων.

Μακροκεφαλία είναι η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη περίμετρο κεφαλής και παρεκκλίνει περισσότερο από 3 SD (σταθερές αποκλίσεις) από τον μέσο όρο για την ηλικία και το φύλο. Σημειώνεται ότι, σημαντικότερη πληροφορία για υποκείμενη παθολογία αποτελεί ο ρυθμός αύξησης της περιμέτρου κεφαλής μέσα στον χρόνο παρά μια παθολογική μέτρηση σε μια δεδομένη στιγμή. Η μακροκεφαλία μπορεί να οφείλεται σε υπέρμετρη αύξηση του εγκεφάλου (μεγαλεγκεφαλία), σε αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (υδροκεφαλία) ή σε αύξηση των οστών του κρανίου (κρανιακή υπερόσωση).

Περίμετρος κεφαλής μεγαλύτερη από την 98^η ΕΘ (εκατοστιαία θέση) σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό βρέφος μπορεί να αποτελεί οικογενειακό χαρακτηριστικό και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να μετράται η περίμετρος κεφαλής των γονέων.

Προειδοποιητικά σημεία ενδοκράνιας παθολογίας είναι τα εξής:

Από το ιστορικό:

- ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
- ψυχοκινητική καθυστέρηση
- ανησυχία
- νωθρότητα
- εναλλαγές διάθεσης (νωθρότητα, ευερεθιστότητα)
- έμετοι

Από την εξέταση:

- διάσταση ραφών
- προέχουσα πηγή σε όρθια θέση με το βρέφος σε ηρεμία
- σημείο δύνοντος ηλίου
- επίκτητος στραβισμός
- υπερτονία άκρων
- επίκτητο ραιβόκρανο

Μικροκεφαλία είναι η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μικρότερη περίμετρο κεφαλής, όπως αυτή υπολογίζεται γύρω από το μέτωπο και το ινιακό όγκωμα και παρεκκλίνει περισσότερο από 3 SD (σταθερές αποκλίσεις) από τον μέσο όρο για την

ηλικία και το φύλο του βρέφους.

Η ανεύρεση **μικροκεφαλίας** έχει μικρότερη αξία εάν το βρέφος είναι συμμετρικά μικρό, υπάρχει οικογενειακό ιστορικό μικροκεφαλίας και απουσιάζουν μορφολογικά στίγματα.

Τα αναπτυξιακά προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στις ελαφρές μορφές μικροκεφαλίας (2–3 σταθερές αποκλίσεις) δεν είναι δυνατόν να ανιχνευτούν πριν από το 18^ο μήνα της ζωής.

Η μικροκεφαλία χρήζει περαιτέρω διερεύνησης όταν είναι *επίκτητη* και όταν συνοδεύεται από:

- Ψυχοκινητική παλινδρόμηση
- Δυσμορφικά στοιχεία

Ασυμμετρία/διαταραχή στο σχήμα του κρανίου μπορεί να συμβεί στα πλαίσια:

- Κρανιοσυνωστέωσης, όπου έχουμε πρόωρη σύγκλιση μίας ή περισσότερων κρανιακών ραφών.
- Προωρότητας, όπου έχουμε μακρό και στενό κρανίο.
- Ασύμμετρης διαμόρφωσης του κρανίου λόγω θέσης.

Πλαγιοκεφαλία θέσης είναι μία μη κρανιοσυνωστεική ανωμαλία του κρανίου η οποία παρατηρείται σε κατά τα άλλα φυσιολογικά παιδιά. Η παρουσία ανοιχτών πηγών και ραφών, λόγω της ατελούς οστεοποίησης του βρεφικού κρανίου, έχει ως αποτέλεσμα το κρανίο να είναι ευένδοτο σε εξωτερικές δυνάμεις και πιέσεις που όταν είναι συνεχείς και εξασκούνται σε ένα σημείο μπορεί να τροποποιήσουν το σχήμα του.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της πλαγιοκεφαλίας είναι η εμφάνιση συγγενούς ραιβόκρανου και η πολλαπλή κύηση.

Μετά την καθολική υιοθέτηση της ύπτιας θέσης στον ύπνο, ως προστατευτική για την πρόληψη του συνδρόμου του αιφνίδιου θανάτου στα βρέφη, παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας **ινιακής πλαγιοκεφαλίας** ή πλαγιοκεφαλίας θέσης.

Ο μητρικός θηλασμός έχει προστατευτικό ρόλο πιθανότατα λόγω των συνεχών ανατοποθετήσεων του βρέφους και λόγω του ότι τα παιδιά που θηλάζουν κοιμούνται περισσότερες φορές και για λιγότερο χρόνο.

Υποτονικά παιδιά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κυρίως ινιακής επιπέδωσης του κρανίου (βραχυκεφαλία) λόγω της πλημμελούς στήριξης κεφαλής και συνεχούς ύπτιας θέσης. Το σχήμα της κεφαλής χαρακτηρίζεται από ινιακή επιπέδωση και ομόπλευρη μετωπιαία προπέτεια προσδίδοντας ένα σχήμα παραλληλόγραμμου. Η περίμετρος κεφαλής αναπτύσσεται φυσιολογικά.

Τις περισσότερες φορές η διάγνωση είναι κλινική ενώ σπανίως μπορεί να χρειαστεί απεικονιστικός

έλεγχος για να διαφοροδιαγνωστεί από την εξαιρετικά σπάνια περίπτωση της κρανιοσυνοστέωσης της λαμβοδοειδούς ραφής.

Η πλαγιοκεφαλία θέσης δεν έχει καμία επίπτωση στην νευροανάπτυξη του παιδιού και αυτό που πραγματικά απασχολεί είναι το αισθητικό μέρος. Η αντιμετώπιση στοχεύει στην προσπάθεια τροποποίησης της θέσης του βρέφους κατά τη διάρκεια του ύπνου. Θα πρέπει να εφαρμόζεται από νωρίς. Δεν είναι πάντα εύκολη, ιδιαίτερα σε υπερκινητικά βρέφη, ενώ είναι πρακτικά αδύνατον να εφαρμοστεί μετά τον 4^ο με 5^ο μήνα ζωής. Μια άλλη συζητήσιμη θεραπευτική προσπάθεια είναι η χρήση ειδικού κράνους διαμόρφωσης του σχήματος του κρανίου. Η αντιμετώπιση αυτή έχει μειονεκτήματα, όπως η δυσφορία του βρέφους, οι τυχόν δερματικές αλλοιώσεις που μπορεί να εμφανιστούν, οι συνεχείς ρυθμίσεις που χρειάζονται και τέλος το κόστος όλης της θεραπείας. Η χρήση τους αποτελεί υπερβολή.

Ραιβόκρανο

Το ραιβόκρανο είναι συγγενής ή επίκτητη στροφική παραμόρφωση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης σε συνδυασμό με κλίση της κεφαλής. Το ραιβόκρανο αναλόγως του χρόνου εμφάνισής του μπορεί να είναι συγγενές, επίκτητο ή παροξυσμικό και αναλόγως του χαρακτήρα του σταθερό (όταν δεν μπορεί να κινηθεί η κεφαλή σε άλλη θέση και υπάρχει έντονη αντίσταση) ή ελεύθερο (όταν υπάρχει η δυνατότητα αυτόματης ή προκλητής μετακίνησης της κεφαλής στην αντίθετη κατεύθυνση).

Το **συγγενές μυϊκό ραιβόκρανο** είναι το πιο συχνό αίτιο ραιβόκρανου στη βρεφική ηλικία, εμφανίζεται αμέσως μετά τη γέννηση και χωρίζεται σε 3 ομάδες:

- Μυϊκό ραιβόκρανο με ίνωμα του στερνοκλειδομαστοειδούς.
- Ραιβόκρανο με τάση στο στερνοκλειδομαστοειδή χωρίς την παρουσία ψηλαφητής μάζας.
- Ραιβόκρανο χωρίς εμφανή μάζα ή τάση στο στερνοκλειδομαστοειδή.

Η σύσπαση του στερνοκλειδομαστοειδούς προκαλεί ομόπλευρη κλίση της κεφαλής προς την πάσχουσα πλευρά και ελαφρά στροφή του πηγουνιού προς την αντίθετη πλευρά. Όταν υπάρχει ίνωμα μεγαλώνει τις πρώτες εβδομάδες, σταθεροποιείται μεταξύ 2-3 μηνών και εξαφανίζεται μεταξύ 4 και 8 μηνών.

Το **επίκτητο ραιβόκρανο** μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραύματος, φλεγμονής (απόστημα, αδενοφλεγμονών), οφθαλμικής ή ενδοκράνιας παθολογίας (όγκος οπισθίου βόθρου) και χρήζει πάντα διερεύνησης.

Το **παροξυσμικό ραιβόκρανο** αποτελεί μια

αυτοπεριοριζόμενη κατάσταση που εμφανίζεται στη βρεφική και στη νηπιακή ηλικία και χαρακτηρίζεται από περιοδική εμφάνιση και εγκατάσταση ραιβόκρανου, που μπορεί να διαρκέσει από λίγες ώρες μέχρι 2-3 ημέρες. Η κατάσταση στη βρεφική ηλικία μπορεί να συνοδεύεται από εμέτους, ωχρότητα, ευερεθιστότητα, νωθρότητα και σε μεγαλύτερη ηλικία αταξία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι καλοήθης κατάσταση, συμβατή με ημικρανικό ανάλογο, αν και όταν εμφανίζεται για πρώτη φορά απαιτείται διερεύνηση.

Ραιβόκρανο στη βρεφική ηλικία που θα χρειαστεί παραπομπή είναι:

- επίκτητο ραιβόκρανο
- παροξυσμικό ραιβόκρανο
- συμπτωματικό ραιβόκρανο (έμετοι, ευερεθιστότητα, νωθρότητα, νυσταγμός)
- ραιβόκρανο με μυϊκή συμπτωματολογία (υποτονία, υπέρτονία)

Στάδια προσκόλλησης κατά Bowlby

Στο **πρώτο στάδιο (γέννηση έως 6 εβδομάδες)** με λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως κλάμα, χαμόγελο, γέλιο, μπαμπάλισμα, βλεμματική επαφή κ.ά., το βρέφος έρχεται σε επαφή με τους γύρω του. Σε αυτή την ηλικία, αναγνωρίζει τη μυρωδιά και τη φωνή της μητέρας του, αλλά ο δεσμός προσκόλλησης δεν έχει ακόμα εδραιωθεί, αφού το νεογνό μπορεί να μείνει μόνο του με ένα άγνωστο άτομο χωρίς να ενοχληθεί.

Στο **δεύτερο στάδιο (6 εβδομάδες έως 6-8 μήνες)** το βρέφος αισθάνεται πολύ πιο άνετα με τη μητέρα που το φροντίζει, την εμπιστεύεται περισσότερο, της στέλνει περισσότερα μηνύματα (χαμόγελα κλπ.) απ' ό,τι σε οποιονδήποτε άλλον, ηρεμεί γρηγορότερα όταν το αγκαλιάζει η μητέρα κι αρχίζει να καταλαβαίνει ότι η συμπεριφορά του επηρεάζει τη δική της συμπεριφορά. Εν τούτοις, δεν διαμαρτύρεται ιδιαίτερα όταν την αποχωρίζεται.

Στο **τρίτο στάδιο (6-8 μήνες μέχρι 18 μήνες)** η προσκόλληση είναι φανερή. Βρέφη και νήπια εκδηλώνουν άγχος αποχωρισμού όταν το πρόσωπο που εμπιστεύονται τα εγκαταλείπει, για παράδειγμα όταν η μητέρα φεύγει από το δωμάτιο όπου βρίσκονταν μαζί. Προσπαθούν με κάθε τρόπο να την κρατήσουν κοντά τους, κλαίνε, τραβούν το φουστάνι της, σκαρφαλώνουν επάνω της.

Το **τέταρτο στάδιο (18 μήνες έως 2 έτη και μετά)** χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία μιας αμοιβαίας σχέσης μεταξύ παιδιού και μητέρας. Στο τέλος όμως του δεύτερου χρόνου και καθώς η γλωσσική ικανότητα αναπτύσσεται, το παιδί αρχίζει να συμβιβάζεται με την απουσία της μητέρας, να καταλαβαίνει

τους λόγους που φεύγει και να προβλέπει πότε θα την ξαναδεί, με αποτέλεσμα να μειώνεται η διαμαρτυρία και το άγχος του.

Οδηγίες για γονείς

Εδραιώνοντας ρουτίνα για το βραδινό ύπνο

Όταν το μωρό σας είναι 2 με 3 μηνών μπορείτε να αρχίσετε να εδραιώνετε μια ρουτίνα για τον βραδινό του ύπνο. Το μωρό σας πλέον δεν χρειάζεται να τρώει συχνά τη νύχτα και μπορεί να κοιμάται συνεχόμενα για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ακολουθώντας μια απλή και χαλαρωτική ρουτίνα ύπνου μπορείτε να βοηθήσετε το μωρό σας να κοιμηθεί πιο εύκολα και να προλάβετε πιθανά προβλήματα ύπνου αργότερα. Επιπλέον, έχετε μια θαυμάσια ευκαιρία να αλληλεπιδράσετε με το μωρό σας.

Η ρουτίνα για τον βραδινό ύπνο μπορεί να περιλαμβάνει:

- Μπάνιο
- Ένα σύντομο και χαλαρωτικό μασάζ.
- Μείωση του φωτισμού στο δωμάτιο.
- Τοποθέτηση του μωρού στο κρεβάτάκι του νυσταγμένου αλλά όχι κοιμισμένου.
- Νανούρισμα από τη μητέρα ή μια ήρεμη μουσική από κάποιο μουσικό παιχνίδι, όταν το μωρό βρίσκεται στο κρεβάτάκι του.

Ενώ το μωρό είναι ακόμη ξύπνιο, ευτυχισμένο και χαλαρωμένο στην κούνια του, η μητέρα ή το πρόσωπο φροντίδας εγκαταλείπει το δωμάτιο. Έτσι, το μωρό θα μάθει να κοιμάται μόνο του στην κούνια του.

Καθώς το μωρό μεγαλώνει είναι χρήσιμο να διατηρείται μια παρόμοια ρουτίνα ύπνου. Τα πολλά ερεθίσματα και τα ενθουσιώδη παιχνίδια πριν την ώρα του ύπνου θα πρέπει να αποφεύγονται γιατί διεγείρουν το παιδί.

Αντιμετώπιση κλάματος

Παρακάτω αναφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορεί να ανακουφιστεί ένα μωρό που κλαίει. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από άλλους:

- Εάν το μωρό θηλάζει, βάλτε το στο στήθος σας.
- Εάν το μωρό σιτίζεται με τροποποιημένο γάλα αγελάδας και είναι ταϊσμένο, δώστε του πιπίλα. Η πιπίλα αποστειρώνεται με τον ίδιο τρόπο που αποστειρώνονται και τα μπιμπερό.
- Πάρτε το μωρό στην αγκαλιά σας ή βάλτε το σε ένα μάρσιπο αγκαλιάς ώστε να είναι σε στενή επαφή μαζί σας. Λικνίστε το ήρεμα, μιλήστε του γλυκά και τρυφερά, σιγοτραγουδήστε του.
- Κουνήστε το μωρό ήπια και ρυθμικά μπρος-πί-

σω στο καρότσι ή βγάλτε το μια βόλτα.

- Βρείτε κάτι για να ακούσει ή να κοιτάξει. Για παράδειγμα μια ήρεμη μουσική στο ραδιόφωνο, ένα χαλαρωτικό CD, μια κουδουνίστρα κλπ.
- Μπορείτε να δοκιμάσετε ένα ζεστό μπάνιο. Συνήθως ηρεμεί τα μωρά για λίγο. Μερικές φορές όμως μπορεί να τα εκνευρίσει περισσότερο.
- Χαϊδέψτε την πλάτη του μωρού σας σταθερά και ρυθμικά, ενώ είναι ξαπλωμένο στην αγκαλιά σας. Μπορείτε επίσης να δοκιμάσετε να του κάνετε μασάζ χρησιμοποιώντας πολύ ήπιες κινήσεις και μιλώντας του ήρεμα.

1.3 Ο τέταρτος μήνας

Γενική περιγραφή

Μετά τον 3ο μήνα παρατηρείται αξιοσημείωτη αλλαγή στην οργάνωση των ανώτερων λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η ανάπτυξη της **όρασης** επιτρέπει στο βρέφος να παρακολουθεί με το βλέμμα του πρόσωπα και αντικείμενα τόσο από κοντά όσο και καθώς κινούνται μέσα στο δωμάτιο.

Η τελειοποίηση των **φωνήσεων** και ο εμπλουτισμός των εκφράσεων του προσώπου, του επιτρέπουν μεγαλύτερη ποικιλία συναισθηματικής έκφρασης. Αυτές οι ποιοτικές αλλαγές στη νευρολογική ωρίμανση επιτρέπουν στο βρέφος να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον με νέους και πιο σύνθετους τρόπους. Αυτό ενθαρρύνει και τους γονείς να του μιλούν, να το αγκαλιάζουν και να παίζουν μαζί του. Έτσι, ενισχύεται η ανάπτυξη του βρέφους και χτίζεται σχέση εμπιστοσύνης με τους γονείς του.

Όταν είναι ανάσκελα διατηρεί το κεφάλι και τα χέρια του στη μέση γραμμή του σώματος και κλωτσάει δυνατά με εναλλασσόμενες κινήσεις. Η **συμμετρία** έχει πια εγκατασταθεί.

Προσανατολίζεται στους ήχους και στρέφεται προς αυτούς.

Το βρέφος των 4 μηνών με το βλέμμα **παρακολουθεί αντικείμενα** που κινούνται κάθετα και οριζόντια στο οπτικό του πεδίο. Εξερευνά με τα μάτια το δωμάτιο μέχρι να εντοπίσει το πρόσωπο που το φροντίζει. Η ανθρώπινη παρουσία είναι πολύ σημαντική γι' αυτό. Κινεί χέρια και πόδια με ενθουσιασμό, τεντώνει τα χέρια και γέρνει το σώμα μπροστά για να προτρέψει τους οικείους του να του μιλήσουν, να το πάρουν αγκαλιά. Χρησιμοποιώντας διάφορους ήχους αλλά και γελώντας ή φωνάζοντας ξεκινάει από μόνο του διάλογο και τον συντηρεί. Με ποικιλία εκφράσεων δυσaréσκειας, ανησυχίας, φόβου, δείχνει τα συναισθήματα και την προσωπικότητά του.

Το μωρό αυτής της ηλικίας μοιάζει με σφουγγάρι που απορροφά τους συναισθηματικούς τόνους του περιβάλλοντός του. Η αλληλεπίδραση με τα κοντινά του πρόσωπα το βοηθάει να αναπτύξει την **αυτορρύθμιση**, δηλαδή την ικανότητα να ρυθμίζει από μόνο του τη συμπεριφορά του, τη διάθεσή του, να ηρεμεί τον εαυτό του, να ελέγχει την ανησυχία και τον εκνευρισμό του.

Καθώς η δυνατότητα συγκέντρωσης της προσοχής και η μνήμη του βελτιώνονται συλλέγει ακατάπαυστα πληροφορίες από το περιβάλλον, τις επεξεργάζεται

και τις αξιοποιεί, παίζοντας και μαθαίνοντας.

Παρατηρεί τα χέρια του, το μέγεθος των αντικειμένων, τη μεταξύ τους απόσταση, το βάθος πεδίου.

Αρχίζει να αναπτύσσει την εικόνα του εαυτού και παρατηρεί τα αποτελέσματα που έχουν οι πράξεις του στα αντικείμενα και τους ανθρώπους. Σ' αυτή τη συνειδητοποίηση αρχικά φτάνει συμπτωματικά, στη συνέχεια όμως επαναλαμβάνει συνειδητά μια συμπεριφορά που έχει οδηγήσει σε ένα ευχάριστο αποτέλεσμα π.χ. κουνάει την κουδουνίστρα που τοποθετήθηκε στο χέρι του, με στόχο να προκαλέσει έναν ευχάριστο θόρυβο. Έτσι, αρχίζει να αναπτύσσεται η έννοια του παιχνιδιού που αποτελεί θεμέλιο της νοητικής και της κοινωνικής ανάπτυξης. Μέσα από παιχνίδια γλωσσικά, απτικά, αισθησιακά και κινητικά το παιδί μαθαίνει να επενεργεί στο περιβάλλον και αναγνωρίζει το νόημα και την αποτελεσματικότητα της δικής του συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό σ' αυτή τη φάση να του προσφέρονται αντικείμενα και παιχνίδια που χρειάζεται για τους πειραματισμούς και τις εξερευνήσεις του. Αρχίζει να συνδέει γεγονότα μεταξύ τους και μπορεί να αναβάλει για μερικά λεπτά την ευχαρίστηση που περιμένει να πάρει από κάτι. Για παράδειγμα, σταματάει να κλαίει όταν το τοποθετήσουν σε θέση ταΐσματος, κάμπει τα ισχία του περιμένοντας να το αλλάξουν όταν το βάλουν στην αλλαξέρα, χαμογελάει όταν καταλαβαίνει ότι θα το πάνε βόλτα. Μέσα από τις φροντίδες που δέχεται, αρχίζει να ανακαλύπτει ότι ο κόσμος γύρω του είναι προβλέψιμος.

Το παιδί παρατηρεί τους ήχους της ανθρώπινης φωνής αλλά και τον τρόπο που του απευθύνονται, κατευναστικά ή με θυμό και ανταποκρίνεται ανάλογα. Οι γονείς από την πλευρά τους χρησιμοποιούν ομιλία με ιδιαίτερο τόνο και προφορά όταν απευθύνονται σε αυτό. Το μωρό συμμετέχει στην **πρωτοκουβέντα** σταματώντας για να ακούσει και αρχίζοντας τις φωνούλες όταν ο συνομιλητής σταματάει. Αρχίζει να φωνοποιεί με συνδυασμό συμφώνων και φωνηέντων όπως γκα-γκα, αγκού. Κάνει θορύβους με τα χείλη για να εξασκήσει τον έλεγχο του στόματος και των χειλιών.

Η ηλικία των 4 μηνών είναι καλή χρονική στιγμή για να επιστρέψει η μητέρα στη δουλειά της –αν είναι απαραίτητο– καθώς το παιδί δεν έχει αναπτύξει ακόμα τον φόβο απέναντι σε άγνωστα πρόσωπα και μπορεί προοδευτικά να εξοικειωθεί με ένα καινούργιο πρόσωπο φροντίδας.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σ' αυτή την επίσκεψη είναι:

- Ρόλος και ευθύνη των γονέων.

- Επιστροφή μητέρας στην εργασία, επιλογή προσώπου φροντίδας.
- Αλληλεπίδραση γονέων και βρέφους.
- Ιδιοσυγκρασία, αυτορρύθμιση.
- Σταθερές καθημερινές ρουτίνες.
- Οργάνωση ύπνου.
- Παιχνίδι

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους.
- Συναισθήματα μητέρας-οικογένειας.
- Τρόπο ανταπόκρισης στη δυσφορία του βρέφους και αποτελεσματικότητα στην ικανοποίηση των αναγκών του.
- Αίσθημα επάρκειας στη φροντίδα.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

Ύπτια θέση

- Εγκατάσταση συμμετρικότητας.
- Το κεφάλι βρίσκεται περισσότερο στη μέση γραμμή του σώματος.
- Φέρνει τα χέρια στη μέση γραμμή του σώματος.
- Σε ηρεμία τα πόδια βρίσκονται σε κάμψη και απαγωγή.
- Μπορεί και στρίβει τον κορμό του από την ύπτια στην πλάγια θέση και αντίστροφα.

Πρηνής θέση

- Σηκώνει το κεφάλι του και μεταφέρει εναλλάξ το βάρος στους αγκώνες.
- Εκτείνει τα χέρια του σε θέση αεροπλάνου.
- Ενεργά σκαλίζει/γρατζουνά επιφάνεια με τα χέρια του και τα δάκτυλα.
- Κλωτσά με τα πόδια, χρησιμοποιώντας το ένα ή και τα δύο πόδια μαζί.

Καθιστή θέση

- Στηρίζει το κεφάλι αν τοποθετηθεί στην καθιστή θέση. Το κάτω μέρος του κορμού χρειάζεται υποστήριξη.
- Όταν κρατηθεί σταθερό στην καθιστή θέση, αρχίζει να ελέγχει τις κινήσεις των χεριών του.
- Προσπαθεί να πιάσει αντικείμενα που είναι το-

ποθετημένα μπροστά στα πόδια του.

Όρθια θέση

- Εκτείνει τα πόδια του ρυθμικά.
- Δεν είναι απαραίτητο να πατά όλο το πέλμα, συνήθως στηρίζεται στις μύτες των ποδιών.

Δοκιμασίες

- Κατά τη διάρκεια της έλξης από την ύπτια στην καθιστή θέση, το κεφάλι ακολουθεί με ελάχιστη χρονική καθυστέρηση (head lag).
- Σε πρηνή ανάρτηση (κουλιακή αιώρηση) εμφανίζει έκταση της λεκάνης και των ώμων. Ακόμη και στην ηρεμία δεν εμφανίζει πλήρη κάμψη σώματος.
- Υποστηριζόμενο στην καθιστή θέση η σπονδυλική στήλη είναι σε ευθεία γραμμή.
- Σε κάθετη θέση δεν χρειάζεται υποστήριξη στο κεφάλι.

Λεπτή κινητικότητα και οπτική αντίληψη

- Οπτική εγρήγορση: ακολουθεί τις κινήσεις των ενηλίκων μέσα στο οπτικό του πεδίο.
- Ακολουθεί ένα αιωρούμενο αντικείμενο στα 20 εκατοστά περίπου.
- Παρακολουθεί τις κινήσεις του χεριού του, ανοιγοκλείνει τις παλάμες και παίζει με τα χέρια του.
- Τραβάει τα ρούχα και τις κουβέρτες του.
- Κρατά τη κουδουνίστρα στο χέρι για λίγο.
- Κρατά τις παλάμες ανοιχτές την περισσότερη ώρα.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Χαμογελά αυθόρμητα.
- Προκαλεί κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
- Του αρέσει να παίζει και καμιά φορά κλαίει όταν το παιχνίδι σταματήσει.
- Μιμείται κάποιες κινήσεις και εκφράσεις προσώπου, χαμογελάει ή συνοφρυώνεται.
- Έχει πλέον αποκτήσει την ικανότητα να ηρεμεί από μόνο του.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Κλαίει με διαφορετικό τρόπο όταν πεινάει, πονάει ή είναι κουρασμένο.
- Φωνοποιεί πιο αυθόρμητα και εκφραστικά.
- Αντιγράφει ήχους που ακούει.
- Ανταλλάσσει φωνούλες με τους γονείς.
- Σταματάει για να ακούσει, φωνάζει όταν ο ομιλητής σταματάει.
- Παίζει με τη φωνή του όταν είναι μόνο.

Γνωστική ανάπτυξη

- Χτυπάει ή απλώνει να πιάσει αντικείμενα.
- Κρατάει και κουνάει την κουδουνίστρα που του βάζουν στο χέρι.
- Παρατηρεί τα χέρια του, γρατζουνάει επιφάνειες, αρπάζεται από ρούχα.
- Ανταποκρίνεται στην τρυφερότητα, στις αλλαγές στο περιβάλλον.
- Δείχνει ευχαρίστηση, δυσaréσκεια.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Εάν η φωνοποίηση του βρέφους μειώνεται αντί να αυξάνεται.
- Υπέρμετρη αύξηση της περιμέτρου κεφαλής με μετακίνηση προς τα άνω της εκατοστιαίας θέσης σε ένα κατά τα άλλα φυσιολογικό βρέφος. *Πρέπει να τονιστεί ότι σε παιδιά με καλοήγητ μεγαλοκρανία, οικογενούς ή μη αιτιολογίας, παρατηρείται υπέρμετρη αύξηση της περιμέτρου κεφαλής το πρώτο τρίμηνο της ζωής η οποία στη συνέχεια σταθεροποιείται σε υψηλή εκατοστιαία θέση.*
- Βρέφος με πλημμελή έλεγχο της κεφαλής κατά την έλξη από την ύπτια στην καθιστή θέση και ανεπαρκή συγκράτηση της κεφαλής ή εμφάνιση ήπιου τρόμου όταν στηρίζεται στην όρθια θέση.
- Εάν οι γονείς δεν απολαμβάνουν την αλληλεπίδραση με το παιδί τους.

Ενδείξεις παραπομπής

- Απουσία κοινωνικού χαμόγελου (πιθανά προβλήματα όρασης, διαταραχή προσκόλλησης/δεσμού, κατάθλιψη μητέρας, καθυστέρηση στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη).
- Απουσία ανταπόκρισης στους ήχους ή παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με βαρηκοΐα.
- Εάν το βρέφος δεν προσέχει και δεν παρακολουθεί ένα πρόσωπο που κινείται μέσα στο δωμάτιο.
- Ασυμμετρίες κινητικότητας.
- Πλήρης απουσία ελέγχου της κεφαλής.

Υποστήριξη της οικογένειας

Ρόλος και ευθύνη των γονέων

Στην ηλικία των τεσσάρων μηνών οι γονείς χαίρονται πραγματικά το μωρό τους αλληλεπιδρώντας συνέχεια μαζί του μέσα από τη φροντίδα και το παιχνίδι, γεγονός που ενισχύει την αυτοπεποίθηση για τις γονεϊκές τους ικανότητες.

Γονείς που είναι θλιμμένοι, ανικανοποίητοι ή δεν κοιμούνται αρκετά χρειάζονται βοήθεια και υποστήριξη από τον παιδίατρο.

Αν ο παιδίατρος διαπιστώσει ότι κάποιος από τους γονείς, συνήθως η μητέρα, παρουσιάζει σταθερά και σε βάθος συμπτώματα όπως συναισθήματα κατάθλιψης και ανημποριάς, αποδιοργανωτικό άγχος, αϋπνία, ανορεξία και έλλειψη ευχαρίστησης γενικότερα από τη ζωή, τότε υπάρχει σοβαρή πιθανότητα καταθλιπτικής διαταραχής που χρειάζεται βοήθεια.

Οι καταθλιπτικές μητέρες είναι αποσυρμένες, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους και αυτό αντανakλάται στη συμπεριφορά των βρεφών: χαμογελούν λιγότερο, είναι αποσυρμένα και ανταποκρίνονται λιγότερο σε ερεθίσματα. Η έλλειψη αλληλεπίδρασης με τη μητέρα μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού, τόσο στον γνωστικό όσο και στον κοινωνικό τομέα.

Οι γονείς παιδιών αυτής της ηλικίας συχνά προσπαθούν να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στην εργασία τους, το βρέφος και τα άλλα παιδιά της οικογένειας και αυτό πολλές φορές τους κάνει να νιώθουν πολύ πιεσμένοι.

- Οι γονείς ενθαρρύνονται να διατηρούν επαφές με τους φίλους τους και την ευρύτερη οικογένεια για να αποφύγουν την κοινωνική απομόνωση.
- Η μητέρα ενθαρρύνεται να διαθέτει χρόνο για τον εαυτό της και τον σύντροφό της.
- Η αγαπημένη δραστηριότητα του βρέφους αυτής της ηλικίας είναι το κοινωνικό παιχνίδι. Ακόμα και οι καταθλιπτικές μητέρες μπορούν να μάθουν πώς να ανταποκρίνονται περισσότερο σε παιχνίδια αλληλεπίδρασης και η συμπεριφορά των παιδιών τους θα παρουσιάσει βελτίωση που εκφράζεται με καλύτερη βλεμματική επαφή και λιγότερο άγχος.
- Καθώς το βρέφος έχει πιο σταθερό ύπνο, οι γονείς είναι λιγότερο κουρασμένοι και μπορούν να διαθέτουν περισσότερο χρόνο για τα μεγαλύτερα παιδιά τους. Το βρέφος των 4 μηνών χαίρεται να αλληλεπιδρά με τα μεγαλύτερα αδέρφια που τώρα πια το βρίσκουν πιο διασκεδαστικό και ενδιαφέρον.

Επιστροφή μητέρας στην εργασία, επιλογή προσώπου φροντίδας

Αρκετές εργαζόμενες μητέρες αναγκάζονται να γυρίσουν στη δουλειά τους όταν το μωρό είναι 4 μηνών. Η γρήγορη επιστροφή στη δουλειά συχνά δημιουργεί ενοχές στη μητέρα και δυσκολία αποχωρισμού από το μωρό της.

Ο παιδίατρος θα πρέπει να ενθαρρύνει τη μητέρα να μιλήσει για τα συναισθήματα που της προκαλεί ο αποχωρισμός από το παιδί και να βοηθήσει τους γονείς στο σχεδιασμό της φροντίδας του παιδιού από άλλο πρόσωπο.

Ο παιδίατρος ενημερώνει τους γονείς ότι:

- Η ηλικία των 4 μηνών είναι μια καλή χρονική στιγμή για να μπει στη ζωή του μωρού τους ένα άλλο πρόσωπο φροντίδας καθώς δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα το άγχος του ξένου.
- Το πρόσωπο φροντίδας θα πρέπει να είναι σταθερό, στοργικό και τρυφερό, υπεύθυνο και προσεκτικό, να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του βρέφους, τόσο στη φροντίδα όσο και στην αλληλεπίδραση και το παιχνίδι. Η γνωριμία με το πρόσωπο φροντίδας και η είσοδος στη ζωή του βρέφους είναι καλό να γίνει σταδιακά.
- Στην ηλικία αυτή, το παιδί δεν είναι έτοιμο να πάει σε βρεφονηπιακό σταθμό, όπου συνήθως το ίδιο πρόσωπο φροντίζει περισσότερα βρέφη.
- Είναι καλό ο πατέρας να συμμετέχει περισσότερο στα θέματα των παιδιών, καθώς η μητέρα έχει επιστρέψει στην εργασία της και έχει πλέον ευθύνες και υποχρεώσεις.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Αλληλεπίδραση γονέων και βρέφους

Σ' αυτή την ηλικία γίνονται εμφανή τα πρώτα στοιχεία της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας του βρέφους, η μοναδικότητα του χαρακτήρα του. Τα βρέφη δείχνουν τι θέλουν με τη συμπεριφορά τους.

Ο παιδίατρος:

- Ενθαρρύνει τους γονείς να παρακολουθούν προσεκτικά τις συμπεριφορές του μωρού τους. Μ' αυτό τον τρόπο κατανοούν το πώς επεξεργάζεται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και πώς αντιδρά σ' αυτά. Έτσι, μπορούν να ανταποκριθούν σωστά στις ανάγκες του και να το βοηθήσουν να κατανοήσει τη σχέση του με τον κόσμο.
- Συνιστά στους γονείς να ασχολούνται με το μωρό τους όσο είναι ξύπνιο. Ο χρόνος που αφιερώνεται σε παιχνίδι και κουβέντα με το βρέφος βοηθάει στο δυνάμωμα της σχέσης με τους γονείς του και παράλληλα του μαθαίνει τρόπους να διασκεδάζει από μόνο του.
- Επισημαίνει στους γονείς ότι δεν «κακομαθαίνουν» το μωρό κρατώντας το αγκαλιά, κουνώντας το, μιλώντας του και τραγουδώντας του.
- Ενθαρρύνει τους γονείς να αγγίζουν, να χαϊδεύουν ή να κάνουν μασάζ στο μωρό τους. Αυτό

βοηθάει τα βρέφη να χαλαρώσουν, να οργανωθούν, να αυτορρυθμιστούν και να αποκοιμηθούν, ενώ παράλληλα προάγει την κινητικότητα του παιδιού και βελτιώνει τον μυϊκό τόνο. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την υγεία και την ανάπτυξη πρόωρων βρεφών, καθώς και των βρεφών που έχουν ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Ιδιοσυγκρασία

Η ιδιοσυγκρασία είναι ένας ιδιαίτερος και μοναδικός για κάθε παιδί συνδυασμός χαρακτηριστικών που καθορίζονται γενετικά, όμως στη διαμόρφωσή τους συμβάλλει και το περιβάλλον. Τα χαρακτηριστικά αυτά αναφέρονται στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας του παιδιού, την ένταση αντίδρασης σε αισθητηριακά ερεθίσματα και σε διάφορες καταστάσεις, την κανονικότητα των βιολογικών ρυθμών (ύπνος, σίτιση), την ικανότητα συγκέντρωσης και την επιμονή του σε μια δύσκολη κατάσταση πριν παραιτηθεί, την προσαρμοστικότητα απέναντι στις αλλαγές και τη θετική ή αρνητική του διάθεση. Ανάλογα με τον συνδυασμό αυτών των χαρακτηριστικών αναγνωρίζονται τρεις ομάδες παιδιών: *τα εύκολα, τα δύσκολα και τα παιδιά που βρίσκονται ανάμεσα.*

Διαφορές στην ιδιοσυγκρασία βρέφους – γονέων δημιουργούν στους γονείς δυσκολία, καθώς και αίσημα ματαιώσης.

Αυτορρύθμιση

Ένα από τα σημαντικότερα αναπτυξιακά επιτεύγματα του βρέφους, είναι η εμφάνιση της ικανότητάς του να ελέγχει τη συμπεριφορά του και να ηρεμεί από μόνο του. Μέχρι την ηλικία των τεσσάρων μηνών εξαρτάται αποκλειστικά από τη φροντίδα των άλλων για να ηρεμήσει. Προοδευτικά όμως, μαθαίνει τρόπους για να ανακουφίζεται όταν είναι αναστατωμένο.

Ο παιδίατρος:

- Συμβουλεύει τους γονείς να ανταποκρίνονται σταθερά στα μηνύματα του μωρού τους, τις εκφράσεις του, το κλάμα του, τη σωματική του γλώσσα. Έτσι, το βοηθούν ή το μαθαίνουν να ρυθμίζει τα συναισθήματά του, τη συμπεριφορά του, τη συγκέντρωση της προσοχής του – το βοηθούν δηλαδή να αναπτύξει τις δικές του στρατηγικές.
- Εξηγεί στους γονείς ότι το **πιπίλισμα των δακτύλων** ή η **πιπίλα** είναι φυσιολογική συμπεριφορά, προσφέρει ευχαρίστηση και βοηθάει το μωρό να ηρεμεί μόνο του.
- Συμβουλεύει τους γονείς να χρησιμοποιούν ήπιους χειρισμούς για να ηρεμήσουν ένα ανήσυχο μωρό, αφού πρώτα βεβαιωθούν ότι είναι χορτάτο και καθαρό.

- Τονίζει στους γονείς ότι το μωρό δεν πρέπει ποτέ να τραντάζεται για να ηρεμήσει καθώς μπορεί να προκληθεί μόνιμη εγκεφαλική βλάβη (shaken baby syndrome).

Σταθερές καθημερινές ρουτίνες – Οργάνωση ύπνου

Μεταξύ του 3^{ου} και 4^{ου} μήνα ζωής, η οργάνωση του ύπνου και οι κύκλοι ύπνου-αφύπνισης είναι περισσότερο σταθεροί. Τα περισσότερα βρέφη έχουν μετατοπίσει τον μεγαλύτερης διάρκειας ύπνο τους τη νύχτα και έχουν καθιερώσει μικρούς υπνάκους στη διάρκεια της ημέρας. Έχουν επιτύχει δηλαδή να κοιμούνται όλη νύχτα, με συχνότερη διάρκεια νυχτερινού ύπνου 5-6 ώρες. Τα περισσότερα βρέφη δεν έχουν πια ανάγκη από νυχτερινό τάισμα. Συνήθως ξυπνάνε κάθε 1½-3 ώρες αλλά μπορούν να ξανακοιμηθούν μόνα τους.

Οι διαφορές στα πρότυπα του ύπνου μεταξύ των παιδιών είναι βιολογικά καθορισμένες και διατηρούνται σε όλη τη ζωή τους. Ορισμένα παιδιά κοιμούνται λίγες ώρες και άλλα περισσότερες. Οι πρακτικές όμως που εφαρμόζονται από την οικογένεια, όπως το πού και πότε κοιμάται ένα μωρό, επηρεάζουν τον τρόπο του ύπνου του.

Συμπερασματικά ο παιδίατρος:

- Συνιστά να αρχίσουν να καθιερώνονται καθημερινές ρουτίνες γύρω από το τάισμα, τα υπνάκια κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και τον βραδινό ύπνο. Η φασαρία και το παιχνίδι πρέπει να δώσουν τη θέση τους στη μετάβαση στον ύπνο με μια ήρεμη, σχεδόν τελετουργική διαδικασία, όπως νανούρισμα, χάδι, αγκαλιά.
- Προτρέπει τους γονείς να βοηθήσουν το μωρό τους να μάθει να αποκοιμείται μόνο του, βάζοντάς το στην κούνια νυσταγμένο αφού το έχουν ηρεμήσει, μιλώντας του γλυκά και χαϊδεύοντάς το απαλά για να κοιμηθεί. Εάν το μωρό μάθει να αποκοιμείται μόνο του και στο ίδιο πάντα μέρος, το πιθανότερο είναι να συνεχίσει τον ύπνο του ακόμα και αν ξυπνήσει στη διάρκεια της νύχτας.
- Ενημερώνει τους γονείς πως δεν θα πρέπει να σπεύδουν κάθε φορά που το μωρό κλαυουρίζει στη διάρκεια της νύχτας. Το πιθανότερο είναι να ηρεμήσει και να ξανακοιμηθεί μόνο του. Αν όμως το κλάμα συνεχίζει, ήρεμοι χειρισμοί όπως χαμηλός φωτισμός, χάιδεμα της πλάτης, κούνημα, θα του μεταδώσουν το μήνυμα ότι είναι ώρα για ύπνο. Η σταθερότητα και συνέπεια από την πλευρά των γονέων θα βοηθήσει στην οργάνωση της συμπεριφοράς του βρέφους σε σχέση με τον νυχτερινό ύπνο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γονείς παρατείνουν το νυχτερινό ξύπνημα του μωρού ανάβοντας τα φώτα, μιλώντας του ή παίζοντας μαζί του. Έτσι, περνάνε στο μωρό το μήνυμα ότι είναι ώρα για παιχνίδι. Μερικοί γονείς που δουλεύουν πολύ, μπορεί συνειδητά ή και ασυνειδητά να χρησιμοποιούν τα ξυπνήματα στη διάρκεια της νύχτας για να είναι κοντά στο μωρό τους. Έτσι όμως, το μωρό θα μάθει να περιμένει αυτές τις συμπεριφορές κάθε φορά που ξυπνάει και δεν θα μπορεί να ξανακοιμηθεί από μόνο του.

Παιχνίδι

Το παιχνίδι είναι αναπόσπαστο στοιχείο της φύσης του παιδιού και παίζει πολύ σημαντικό και υποστηρικτικό ρόλο στη γνωστική και κοινωνικο-συναισθηματική του ανάπτυξη. Στην ηλικία αυτή, το μωρό, παρατηρώντας τα αποτελέσματα των δράσεών του σε ανθρώπους και αντικείμενα αποκτά μια πρώτη αίσθηση του εαυτού του. Μέσα από λεκτικά, απτικά, αισθησιακά και κινητικά παιχνίδια, το μωρό μαθαίνει πώς να επηρεάζει τη συμπεριφορά των άλλων καθώς και ότι η συμπεριφορά του έχει νόημα και αποτέλεσμα.

Παιχνίδια κατάλληλα γι' αυτή την ηλικία είναι:

- Παιχνίδια με ήχο, χρώματα, μουσική, κίνηση: μια κουδουνίστρα που τοποθετείται στην παλάμη του μωρού προκαλεί ένα ευχάριστο ήχο καθώς την κουνάει ενθαρρύνοντάς το να συνεχίσει. Ένας καθρέφτης πάνω από την κούνια του το βοηθάει να βλέπει τον εαυτό του και να παρακολουθεί τις κινήσεις του. Παιχνίδια που κινούνται σε διάφορες κατευθύνσεις μέσα στο οπτικό του πεδίο, το βοηθάνε να αναπτύξει την προσοχή και την οπτική παρακολούθηση.
- Παιχνίδια αλληλεπίδρασης με τους ενήλικες: μέσα από τις καθημερινές ρουτίνες φροντίδας αναπτύσσεται το αμοιβαίο κοινωνικό παιχνίδι. Η σταθερή ανταπόκριση των γονέων στα γέλια, τις φωνούλες, τους μορφασμούς του μωρού, ο χρόνος που αφιερώνεται σε αυτή τη συνομιλία, η αγκαλιά, το τραγούδι και το λίκνισμα, προάγουν την κοινωνική και τη συναισθηματική του ανάπτυξη. Μέσα από τη σταθερότητα και την προβλεψιμότητά τους, οι ρουτίνες αυτές βοηθάνε το βρέφος να κατανοήσει την έννοια της τάξης στον κόσμο του.

1.4 Ο έκτος μήνας

Γενική περιγραφή

Στην ηλικία αυτή η γρήγορη κοινωνικο-συναισθηματική εξέλιξη του βρέφους δίνει στους γονείς τη δυνατότητα να απολαμβάνουν περισσότερο την επικοινωνία μαζί του. Το παιδί εκφράζει τις ανάγκες του με διάφορους τρόπους και δείχνει τον ενθουσιασμό του στα άτομα που το φροντίζουν με γέλια και φωνούλες. Διακρίνει τις διαθέσεις των άλλων από τον τόνο της φωνής και τις εκφράσεις τους και ανταποκρίνεται συναισθηματικά.

Η συναισθηματική διαθεσιμότητα των γονέων και η ανταπόκρισή τους στις ανάγκες του, το βοηθούν να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του και να δώσει νόημα στα ερεθίσματα που του δίνονται.

Αποκτά σταδιακά εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Έχει αναπτύξει έναν **ισχυρό δεσμό** με τα πρόσωπα που το φροντίζουν και αυτή η σχέση θα αποτελέσει την ασφαλή βάση για να ανακαλύψει τον κόσμο γύρω του.

Έως τώρα χαμογελά σε όλους αδιακρίτως. Σε αυτή την ηλικία όμως αρχίζει να επιλέγει, να δείχνει συστολή, να ανταλλάσσει ανήσυχα βλέμματα με τους οικείους του όταν αντικρίζει άγνωστα πρόσωπα ή μπορεί ακόμα και να κλάψει. Αρχίζει να νιώθει φόβο για τους ξένους, συμπεριφορά γνωστή ως **άγχος των ξένων**.

Τα **χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς** του, η ιδιοσυγκρασία του, αρχίζουν να διαφαίνονται καθαρά. Κάποια βρέφη είναι ήρεμα, προσαρμοστικά, άλλα είναι ευαίσθητα και άλλα αναστατώνονται εύκολα και προσαρμόζονται πολύ δύσκολα στις αλλαγές του περιβάλλοντος.

Ο 6^{ος} μήνας χαρακτηρίζεται από καινούργια επιτεύγματα στον **κινητικό τομέα**, που ανοίγουν στο παιδί νέους δρόμους εξερεύνησης του περιβάλλοντος και του εαυτού του. Με την εξαφάνιση ή την ενσωμάτωση των νεογνικών αντανάκλαστικών, τα χέρια του βρέφους απελευθερώνονται. Μόλις μάθει να τα χρησιμοποιεί, ο κόσμος αποκτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Το παιδί κινεί συνεχώς το κεφάλι και τα μάτια του προς κάθε κατεύθυνση, για να εντοπίσει ενδιαφέροντα αντικείμενα. Προσπαθεί να αγγίξει οτιδήποτε βλέπει. Απλώνει να πιάσει ένα παιχνίδι, προσαρμόζοντας την κίνηση του χεριού του ανάλογα με αυτό που θέλει να πιάσει και την απόσταση όπου βρίσκεται. Το αρπάζει και το κρατάει στο χέρι του, το παρατηρεί, το μεταφέρει από χέρι σε χέρι, το βάζει στο στόμα. Με αυτόν τον τρόπο συλλέγει πληροφορίες για τις ιδιότητες των αντικειμένων και εξερευνά τον κόσμο. Με τη βελτίωση του συντονισμού των κινήσεών του, ανακαλύπτει

τα διάφορα σημεία του σώματός του, παρατηρεί και φέρνει τα πόδια στο στόμα.

Εμπεδώνεται προοδευτικά η αναγνώριση της **σχέσης αιτίου-αποτελέσματος**. Έτσι, το βρέφος προσπαθεί να προκαλέσει κάποιες ενέργειες και παρατηρεί την επίδραση των πράξεών του στους άλλους και στο περιβάλλον. Χτυπάει δυνατά ένα παιχνίδι σε μια επιφάνεια, χτυπάει τα χέρια του πάνω σε επιφάνειες για να ακούσει τον ήχο που προκαλεί. Χαμογελάει με ιδιαίτερο τρόπο σ' ένα πρόσωπο, όταν θέλει να πετύχει κάτι από αυτό.

Μια σπουδαία ανακάλυψη, που θα αρχίσει να κάνει στη διάρκεια του 6^{ου} μήνα, είναι η διαπίστωση ότι τα αντικείμενα συνεχίζουν να υπάρχουν ακόμα και όταν δεν τα βλέπουμε ή δεν τα ακούμε. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό σταθμό στη γνωστική ανάπτυξη και ονομάζεται **μονιμότητα του αντικειμένου**. Στους επόμενους μήνες το βρέφος θα πειραματίζεται συνεχώς μ' αυτή τη γνώση παίζοντας παιχνίδια όπως κουκου-τσα, πετώντας ή κρύβοντας τα παιχνίδια του και ψάχνοντας να τα ξαναβρεί.

Αναγνωρίζει το ύψος και τον τόνο της φωνής των οικείων του και ανταποκρίνεται διαφορετικά σε κάθε περίπτωση. Υψώνει και χαμηλώνει τον τόνο της φωνής του, γελάει όταν χαίρεται ή τσιρίζει όταν βαριέται. Αντιλαμβάνεται το «όχι» και σταματάει. Απολαμβάνει το φωνητικό παιχνίδι με τους γονείς του. Μέσα απ' αυτό το παιχνίδι εμπλουτίζεται η γλώσσα του. Φλυαρεί παράγοντας σειρές από φωνήεντα και προσθέτοντας προοδευτικά και σύμφωνα. Τα συνδυάζει σε διπλές συλλαβές όπως «α-α», «α-μπα», «α-κα» «α-τα», και αν ο ενήλικας επαναλάβει το μπαμπάλισμά του ανοίγει ένα συνεχή διάλογο μαζί του.

Το μπαμπάλισμα είναι έμφυτο και συναντάται ακόμα και σε κωφά παιδιά.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Ρόλος και ευθύνες των γονέων.
- Πρόσωπα φροντίδας.
- Γνωστική και κινητική ανάπτυξη/παιχνίδι.
- Γλωσσική και κοινωνική επικοινωνία.
- Ιδιοσυγκρασία/αυτορρύθμιση συμπεριφοράς.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους.
- Συναισθήματα μητέρας-οικογένειας.

- Αίσθημα επάρκειας στη φροντίδα.
- Τρόπο ανταπόκρισης στη δυσφορία του βρέφους και αποτελεσματικότητα στην ικανοποίηση των αναγκών του.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα και θέση

- Αναπτύσσει την ικανότητα να αλλάζει θέσεις και να γνωστοποιεί τις ανάγκες του σχετικά με τη θέση που θέλει να βρίσκεται π.χ. να καθίσει, να ξαπλώσει κλπ.
- Δεν του αρέσει να μένει σε μία θέση.

Ύπτια θέση

- Προσπαθεί να γυρίσει στην πρηνή θέση αλλά μπορεί να μην τα καταφέρνει πλήρως.
- Σηκώνει το κεφάλι αυθόρμητα, εκφράζοντας έτσι την ανάγκη του να σηκωθεί.
- Τραβιέται ενεργητικά στην καθιστή θέση, σφίγγοντας τα δάχτυλα του ενήλικα.
- Μπορεί να πιάσει τα δάχτυλα των ποδιών του.

Πρηνής θέση

- Σπρώχνει και στηρίζεται στα χέρια του με τους αγκώνες σε έκταση. Το κεφάλι, ώμοι και μέρος του θώρακα μπορούν να ανασηκωθούν.
- Συνήθως μπορεί και γυρίζει στην ύπτια θέση.
- Κινείται περιστροφικά στην κοιλιά του.

Τα παιδιά που δεν τοποθετούνται καθόλου σε πρηνή θέση, υπολείπονται σε αυτές τις δεξιότητες.

Καθιστή θέση

- Κάθεται υποστηριζόμενο με τη σπονδυλική στήλη σε ευθείασμό.
- Αρχίζουν να εμφανίζονται τα προστατευτικά αντανακλαστικά (βλ. Πίνακα 1.3).

Χρειάζεται μαξιλάρι γύρω του για να το προστατεύουν από πτώσεις στο πλάι ή προς τα πίσω. Ο έλεγχος προς τα εμπρός είναι καλύτερος.

Όρθια θέση

- Κρατά το βάρος στα πόδια του όταν υποστηρίζεται, μερικές φορές αναπηδά.

Κίνηση

- Το βρέφος αρχίζει να αλλάζει τη θέση του και δεν είναι ευχαριστημένο σταθερά στην ίδια θέση.

- Συνήθως γυρίζει από την πρηνή στην ύπτια θέση, ιδιαίτερα όταν η πρηνής θέση δεν του είναι ευχάριστη.*

** Υπερτονικά βρέφη, που αντιδρούν στην πρηνή θέση, μπορεί να γυρίζουν γρήγορα στην ύπτια χωρίς απαραίτητα αυτό να αποτελεί σημείο ωρίμανσης.*

Λεπτή κινητικότητα και οπτική αντίληψη

- Παρακολουθεί συνειδητά ενήλικα που κινείται μέσα στο δωμάτιο.
- Εστιάζει αμέσως σε αντικείμενα που του τραβούν την προσοχή (παιχνίδι, κουδουνάκι, ξύλινος κύβος κ.ά.) και ταυτόχρονα εκτείνει τα χέρια του για να τα πιάσει.
- Η προσέγγιση για σύλληψη είναι ωλένια και η λαβή παλαμιαία. Τα δάχτυλα συμμετέχουν περισσότερο από τον αντίχειρα. Καταφέρνει και πιάσει παλαμιαία αντικείμενα διαφόρων μεγεθών, σχημάτων.
- Μεταφέρει τα αντικείμενα από το ένα χέρι στο άλλο και από το χέρι στο στόμα. Χειρίζεται αντικείμενα με το ένα χέρι ή και με τα δύο μαζί.
- Μπορεί να τροποποιήσει τη δύναμη της λαβής του έτσι, ώστε να καταφέρει να χτυπήσει ένα αντικείμενο με δύναμη στο τραπέζι, αλλά και να χτυπά ελαφρά τη κουδουνίστρα του.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Αλληλεπιδρά κοινωνικά και του αρέσει να παίζει ιδιαίτερα με τους γονείς.
- Αρχίζει να αναγνωρίζει εάν ένα άτομο είναι ξένο.
- Ανταποκρίνεται στα συναισθήματα των άλλων και συνήθως είναι χαρούμενο.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Παράγει σειρές από φωνήεντα. Απολαμβάνει την εναλλαγή φωνήσεων με τους γονείς.
- Αρχίζει να χρησιμοποιεί σύμφωνα ή συμπλέγματα συμφώνων (μ, μπ, ντ, γκ) και στη συνέχεια συνδυασμούς με φωνήεντα (ντα, πα, κα, μπα) παράγοντας ένα δικό του γλωσσικό ιδίωμα. Παίζει με τη φωνή του παράγοντας συλλαβές.

Γνωστική Ανάπτυξη

- Συνεχίζει να εξερευνά το περιβάλλον οπτικά και χρησιμοποιεί το στόμα του για εξερεύνηση.
- Δείχνει ενδιαφέρον για τα αντικείμενα και προσπαθεί να τα πιάσει.
- Αντλαμβάνεται το «όχι» και στιγμιαία σταματάει τη δραστηριότητά του.
- Δείχνει ενδιαφέρον όταν κοιτιέται στον καθρέφτη.

- Αρχίζει να μεταφέρει αντικείμενα από το ένα χέρι στο άλλο.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Εμφανής έλλειψη ενδιαφέροντος για πρόσωπα ή για το περιβάλλον μπορεί να αποτελεί ένδειξη γενικευμένης καθυστέρησης στην ανάπτυξη ή παραίτησης από την επικοινωνία με το περιβάλλον του.
- Ένα πολύ ήσυχο ή ένα πολύ ανήσυχο μωρό, προβληματίζει καθώς μπορεί να παρουσιάζει καθυστέρηση στην ανάπτυξη, χρόνιο πρόβλημα υγείας ή ακόμα και συναισθηματική διαταραχή.
- Απουσία φωνοποίησης με σειρές από φωνήεντα όπου προοδευτικά προστίθενται και σύμφωνα, καθώς και αν η φωνοποίηση του βρέφους μειώνεται αντί να αυξάνεται.
- Βρέφη που δεν αντιμετωπίζουν επιφυλακτικά τα άγνωστα πρόσωπα, μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες στην κοινωνική ανάπτυξη ή διαταραχή στη δημιουργία δεσμού με το πρόσωπο φροντίδας. Μερικές φορές όμως η συμπεριφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στην παρουσία πολλών προσώπων φροντίδας στη ζωή του βρέφους.
- Πλημμελής προσέγγιση αντικειμένων. Βρέφη που δεν απλώνουν να πιάσουν αντικείμενα, μπορεί να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην οπτική, κινητική ή νοητική ανάπτυξη.
- Αν οι γονείς δεν απολαμβάνουν την αλληλεπίδραση με το βρέφος.

Ενδείξεις παραπομπής

- Απουσία κοινωνικού χαμόγελου ή άλλων χαρούμενων εκφράσεων (πιθανά προβλήματα όρασης, διαταραχή προσκόλλησης/δεσμού, κατάθλιψη μητέρας, καθυστέρηση στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη).
- Εάν το βρέφος δεν κοιτάζει τριγύρω του με ενδιαφέρον. Μπορεί να υπάρχει πρόβλημα όρασης ή καθυστέρηση στην κοινωνική ή και γνωστική ανάπτυξη.
- Εάν το βρέφος παρουσιάζει **μόνιμο** στραβισμό ή δεν παρακολουθεί πρόσωπα ή κινούμενα αντικείμενα.
- Εάν το βρέφος δεν προσπαθεί να εντοπίσει την προέλευση ήχου ή φωνής.
- Εάν έχει πλημμελή έλεγχο της κεφαλής.
- Εάν παραμένουν νεογνικά αντανάκλαστικά (τονικό του αυχένα, ζωηρό Moro).
- Εάν έχει σταθερή οπισθοτονική αντίδραση.

- Εάν το βρέφος δεν κάθεται με υποστήριξη της πύελου.
- Εάν έχει κινητική ασυμμετρία.
- Εάν εμφανίζει αδυναμία σύλληψης αντικειμένων, με τη γροθιά σταθερά σφιχτή και τον αντίχειρα σε προσαγωγή (αντιθετικός αντίχειρας), ιδιαίτερα ετερόπλευρα.

Υποστήριξη της οικογένειας

Ρόλος και ευθύνες των γονέων - πρόσωπα φροντίδας

Είναι σημαντικό ο παιδίατρος να διερευνά τις συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας, τις οικογενειακές σχέσεις καθώς και τα διάφορα συμβάντα ζωής π.χ. θάνατος, αρρώστιες, ανεργία.

- Καθώς το βρέφος γίνεται όλο και πιο απαιτητικό και ζητάει συνέχεια τους γονείς του, αυτοί συχνά νοιώθουν εξουθενωμένοι. Ο παιδίατρος πρέπει να εξηγήσει ότι είναι φυσιολογικό και να τους προτρέψει να αξιοποιήσουν για μικρά διαστήματα συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα που μπορούν να βοηθήσουν.
- Αν συμμετέχει και άλλο πρόσωπο στη φροντίδα του παιδιού, πρέπει να είναι σταθερό, αξιόπιστο και να μπορεί να παρέχει τις ίδιες προβλέψιμες και σταθερές ρουτίνες που συνηθίζουν να ακολουθούν οι γονείς.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Ιδιοσυγκρασία - αυτορρύθμιση συμπεριφοράς

Σ' αυτή την ηλικία φαίνονται πλέον καθαρά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του βρέφους, η ιδιοσυγκρασία του. Ο τρόπος που επεξεργάζεται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και αντιδρά είναι μοναδικός για κάθε παιδί και σχετίζεται με διάφορα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας του, όπως το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, την ικανότητά του να συγκεντρώνεται και να ρυθμίζει τις αντιδράσεις του, την προσαρμοστικότητά του σε νέες καταστάσεις, το συναίσθημά του. Αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν διαχρονικά την ανάπτυξή του και τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους.

Ο παιδίατρος βοηθά τους γονείς να:

- Κατανοήσουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού τους ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται σωστά στις ανάγκες του και τις δύσκολες συμπεριφορές του. Οι προσδοκίες που έχουν από το παιδί και η συμπεριφορά τους μπορούν να βελτιώσουν ή να

επιδεινώνουν κάποια από τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας του.

- Συνειδητοποιήσουν τη μεγάλη σημασία της φροντίδας που παρέχουν στη συμπεριφορά του παιδιού τους, αλλά και στην ανάπτυξη της ικανότητάς του να αυτορρυθμίζεται. Το συναίσθημα της μητέρας επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά του παιδιού. Παιδιά μητέρων σε στρες είναι ανήσυχα και κοιμούνται δύσκολα.
- Διαφυλάσσουν τη σταθερότητα της καθημερινής ρουτίνας. Μέσα από την προβλεψιμότητά τους το μωρό μαθαίνει να περιμένει, να διαχειρίζεται και να ρυθμίζει τα συναισθήματά του.
- Ενισχύουν τις στρατηγικές που αναπτύσσουν τα μωρά για να ηρεμούν, όπως το να εξερευνούν το περιβάλλον ή να πίνουν τα παιχνίδια τους και να τα φέρνουν στο στόμα τους. Όταν ξυπνάνε τη νύχτα θα πρέπει να τα αφήνουν να ξανακοιμούνται χαϊδεύοντάς τα ή δίνοντάς τους την πιπίλα.

Γνωστική και κινητική ανάπτυξη, παιχνίδι

Το βρέφος αυτής της ηλικίας μαθαίνει τον κόσμο παίζοντας. Παρακολουθεί ότι κινείται στο χώρο του, βάζει τα παιχνίδια στο στόμα του, τα εξερευνά. Μ' αυτόν τον τρόπο ανακαλύπτει τον κόσμο γύρω του.

Ο παιδίατρος συμβουλεύει τους γονείς να:

- Παρέχουν στο βρέφος ευκαιρίες για παιχνίδι με ασφάλεια. Απλά, χρωματιστά, ασφαλή παιχνίδια κρεμασμένα πάνω από την κούνια του για να τα φτάνει και να μπορεί να τα πιάσει, μαλακά παιχνίδια για να τα βάζει στο στόμα, παιχνίδια που ενισχύουν το αισθησιοκινητικό παιχνίδι, που είναι χαρακτηριστικό αυτής της ηλικίας και βοηθούν να αναπτυχθεί ο οπτικο-κινητικός συντονισμός. Στο παιδικό γυμναστήριο, κουνώντας κρίκους ή χτυπώντας καμπανάκια παρατηρεί την επίδραση που έχουν οι ενέργειές του στα παιχνίδια και έτσι αναγνωρίζει τη σχέση αίτιου-αποτελέσματος.

- Ενθαρρύνουν το παιχνίδι του μωρού με τα χέρια και τα πόδια του. Έτσι, ανακαλύπτει το σώμα του και βελτιώνει τον συντονισμό των κινήσεών του.
- Ενθαρρύνουν το παιχνίδι και σε πρηνή θέση.

Γλωσσική και κοινωνική επικοινωνία

Σ' αυτή την ηλικία το μωρό απολαμβάνει την αλληλεπίδραση με τους γονείς, μιμείται ήχους και εκφράσεις και αντιλαμβάνεται ότι επιδρά με τη συμπεριφορά του στο περιβάλλον του. Με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσει νέες κοινωνικές δεξιότητες.

Ο παιδίατρος ενθαρρύνει τους γονείς να:

- Συμμετέχουν σε κοινωνικά παιχνίδια και παιχνίδια μίμησης με το μωρό, επαναλαμβάνοντας και ενισχύοντας τις φωνούλες και εκφράσεις του.
- Κοιτάζουν μαζί του βιβλία.
- Τραγουδάνε
- Δίνουν χρόνο στο μωρό για να εξοικειώνεται όταν συναντάει ξένα πρόσωπα καθώς στην ηλικία αυτή αρχίζει να νιώθει φόβο για τους ξένους.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Νευρολογική εξέταση

Η νευρολογική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει:

- Έλεγχο περιμέτρου κεφαλής.
- Παρατήρηση ασυμμετρίας στην κινητικότητα των άκρων.
- Έλεγχο μυϊκού τόνου.
- Έλεγχο αντανακλαστικών (εν τω βάθει και νεογνικών).
- Σημαντικός είναι ο έλεγχος του τονικού αντανακλαστικού του αυχένα. Παραμονή του μετά τον 4^ο μήνα της ζωής αποτελεί παθολογικό εύρημα.
- Εξέταση μυοσκελετικού συστήματος.

Στον Πίνακα 1.3 αναγράφονται τα προστατευτικά αντανακλαστικά, ορισμένα από τα οποία παρουσιάζονται στις Εικόνες 1.1–1.3.

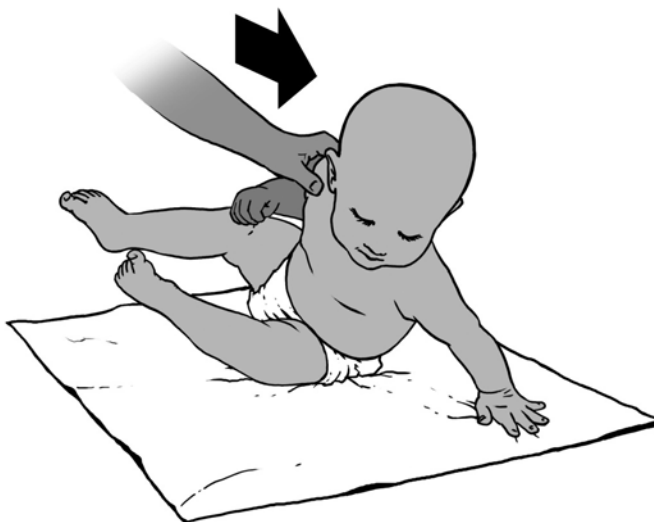
Πίνακας 1.3

Προστατευτικά αντανακλαστικά.

Πρόσθια προστατευτικά (σε καθιστή θέση)	6-8 μηνών	Όταν δοθεί ώθηση προς τα εμπρός, ενώ το βρέφος υποστηρίζεται στην καθιστή θέση, εκτείνει τα άνω άκρα προς τα εμπρός για να στηριχτεί.
Πλάγια προστατευτικά (σε καθιστή θέση)	7-9 μηνών	Όταν δοθεί απότομη κλίση του σώματος, εκτείνει το αντίστοιχο άνω άκρο.
Αντανακλαστικό του αλεξιπτώτου	10 μηνών	Έκταση χεριών και απαγωγή κάτω άκρων με την απότομη μετακίνηση του βρέφους προς τα κάτω.
Οπίσθια προστατευτικά	10-11 μηνών	Έκταση και τοποθέτηση χεριών προς τα πίσω.

Εικόνα 1.1

Πλάγια προστατευτικά αντανάκλαστικά.



Εικόνα 1.2

Αντανάκλαστικό αλεξίπτωτον.



Εικόνα 1.3

Οπίσθια προστατευτικά αντανάκλαστικά.



1.5 Ο ένατος μήνας

Γενική περιγραφή

Παρόλο που θεωρείται ότι δεν υπάρχουν διαχωριστικές γραμμές στην ανάπτυξη, η ηλικία των 9 μηνών αποτελεί ορόσημο για την έναρξη συνταρακτικών αλλαγών στην εξέλιξη του βρέφους. Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές είναι η δυνατότητά του να απομακρύνεται από τους γονείς, ανοίγοντας τον δρόμο προς την ανεξαρτησία, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί τη συναισθηματική εγγύτητα.

Αρχίζει να πειραματίζεται με το να κινείται παράλληλα και χωριστά από τη μητέρα του, πιο αυτόνομα, αποκτώντας εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Κι ενώ αυτό είναι ένα μεγάλο βήμα προς την ελευθερία και την ικανότητα να αντέχει να μένει και μόνο του, ταυτόχρονα όμως το οδηγεί σε ψυχική αναστάτωση και άγχη. Κερδίζοντας την ανεξαρτησία του, μοιραία κάτι πρέπει να αφήσει πίσω του, να αποχωριστεί.

Επιπλέον, εξοικειώνεται σταδιακά με το γεγονός ότι τα μέλη της οικογένειάς του, όπως και τα αντικείμενα, εμφανίζονται και εξαφανίζονται, χωρίς να είναι όμως διαρκώς στο οπτικό του πεδίο. Εδραιώνει την έννοια της **μονιμότητας του αντικειμένου** και διαπραγματεύεται την απουσία με κατάλληλα παιχνίδια όπως το “κουκου-τσα”.

Καθώς το βρέφος αποχωρίζεται από τη μητέρα και επιχειρεί να συσχετισθεί με το περιβάλλον και άλλους ανθρώπους, περνάει στη φάση της ατομικοποίησης. Κάνει τις δικές του επιλογές, ξεκινώντας από το φαγητό, την ώρα και συχνότητα του ύπνου, ως και τις αντιδράσεις του όταν δεν είναι ευχαριστημένο με μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. Για πρώτη φορά, οι γονείς καλούνται να βάλουν τα όρια και να επιλέξουν πότε και με ποιο τρόπο θα πουν **όχι**. Αυτό απαιτεί, από τη μεριά τους, αίσθημα αυτοπεποίθησης για το ρόλο τους, καθώς και μεγάλα αποθέματα ενέργειας.

Η ισορροπία ανάμεσα στη ματαίωση και στην απόλυτη φροντίδα είναι μια κατάσταση που προβληματίζει έντονα τους γονείς. Είναι αρκετά δύσκολο για αυτούς να αισθάνονται ότι δεν μπορούν να απαλλάξουν το βρέφος από κάθε αγωνία, αλλά με αυτό τον τρόπο του δίνουν τη δυνατότητα να δοκιμάσει να αντιμετωπίζει από μόνο του κάποιες δυσκολίες.

Η **συνδυασμένη προσοχή (joint attention)** είναι το σημαντικότερο κοινωνικό ορόσημο που αναπτύσσεται προς στο τέλος του πρώτου χρόνου ζωής. Πρόκειται για τη διαδικασία όπου το βρέφος και το πρόσωπο φροντίδας μοιράζονται μια εμπειρία συνειδητά. Η πρωιμότερη εμφάνιση της συνδυασμένης προσοχής παρατηρείται γύρω στους 8-9 μήνες ζωής,

καθώς το βρέφος ακολουθεί το βλέμμα του προσώπου φροντίδας και κοιτάζει στην ίδια κατεύθυνση (gaze monitoring).

Περίπου στην ίδια ηλικία το **άγχος του ξένου** κορυφώνεται και συνεχίζεται στην πλήρη μορφή του μέχρι την ηλικία των 18-24 μηνών. Επιπλέον, η διαδικασία της **προσκόλλησης** προς το πρόσωπο φροντίδας γίνεται πιο εμφανής. Καθώς η προσκόλληση ενδυναμώνεται, το βρέφος αναζητά τη μητέρα του για παιχνίδι και ανακούφιση.

Δεν έχει ακόμα εγκαταστήσει τη δεξιότητα της **μονιμότητας προσώπου**, δηλαδή να ξέρει πως ένα πρόσωπο που δεν βλέπει συνεχίζει να υπάρχει και έτσι η απουσία της μητέρας, του δημιουργεί δυσφορία σε κάποιο βαθμό, ενώ η επανένωση το ανακουφίζει από αυτή τη δυσφορία. Έτσι, περίπου στην ηλικία των 8-9 μηνών κορυφώνεται το **άγχος αποχωρισμού**.

Δεν πρόκειται για μια αρνητική συμπεριφορά, αλλά για ένα φυσιολογικό αναπτυξιακό στάδιο και ένδειξη δυνατής προσκόλλησης. Πολλά παιδιά διευκολύνονται διαλέγοντας και κρατώντας ένα οικείο αντικείμενο όπως ένα μαλακό ζώακι, μια κουβερτούλα, ή άλλο παρόμοιο αγαπημένο αντικείμενο σαν μια σημαντική συντροφιά.

Τα αντικείμενα αυτά ονομάζονται **μεταβατικά** και χρησιμοποιούνται από τα μικρά παιδιά για να ανακουφίζονται σε κάθε ένταση αλλά και στη διαδικασία του ύπνου.

Στους 7-9 μήνες, η ικανότητα του βρέφους να εντοπίζει την πηγή του ήχου επίσης βελτιώνεται. Το μωρό μπορεί να εντοπίζει ήχους από δεξιά, αριστερά και πίσω με αρκετή ακρίβεια, αν και μπορεί να δυσκολεύεται σε ήχους με πηγή ακριβώς από πάνω του ή κάτω του. Η **ακουστική αντίληψη** λοιπόν επεκτείνεται και το βρέφος αναγνωρίζει ακουστικά ερεθίσματα σε αυξανόμενη απόσταση από αυτό.

Το βρέφος σταθερά γυρίζει το κεφάλι όταν κάποιος φωνάζει το όνομά του στους 10 μήνες, δείχνοντας σύνδεση με το περιβάλλον και κοινωνικό προσανατολισμό.

Η **οπτική αντίληψη** επίσης επεκτείνεται και το βρέφος δείχνει τώρα την ικανότητα να κοιτάζει και να ακολουθεί αντικείμενα και ανθρώπους σε αρκετή απόσταση όπως για παράδειγμα στην άλλη άκρη του δωματίου. Πολύ μικρά αντικείμενα μπορεί να προκαλέσουν την προσοχή του, όπως κομματάκια από μπισκότο στο χαλί.

Το **παιχνίδι** του οργανώνεται. Συγκρίνει αντικείμενα, βάζει αντικείμενα στη σειρά ή το ένα μέσα στο άλλο και αρχίζει να τα χρησιμοποιεί ανάλογα με τη λειτουργία τους (κουτάλι, χτένα).

Μπορεί και μιμείται τις συμπεριφορές των άλλων.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Άγχος αποχωρισμού-άγχος του ξένου.
- Μονιμότητα αντικειμένων.
- Νυχτερινά ξυπνήματα.
- Μεταβατικά αντικείμενα.
- Όρια
- Κινητικές δεξιότητες και παιχνίδι.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση γονέων-βρέφους.
- Εάν οι γονείς κινητοποιούν το μωρό τους μέσω του λόγου και του παιχνιδιού.
- Πώς ανταποκρίνονται οι γονείς στην αναδυόμενη τάση για αυτονομία που επιδεικνύει το βρέφος.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις αλλά και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του μωρού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

Ύπτια θέση

- Δεν του αρέσει αυτή η θέση. Στην προσπάθειά του να μετακινηθεί από την ύπτια θέση, είτε σηκώνεται στην καθιστή θέση, είτε γυρίζει στην πρηνή.

Πρηνής θέση

- Μετακινείται έρποντας ή χρησιμοποιώντας μία ανώριμη τετραποδική θέση.
- Στην τετραποδική θέση κινείται μπρος-πίσω ή ξεκινά να μπουσουλάει αρχικά προς τα πίσω.
- Μετακινείται περιστροφικά στην κοιλιά του για να ακολουθήσει ένα παιχνίδι που κινείται.
- Όταν αιωρηθεί από τη λεκάνη, μπορεί και στηρίζει το βάρος του στα χέρια του.

Καθιστή θέση

- Διατηρεί την καθιστή θέση περισσότερο από ένα λεπτό και μπορεί να την κατακτήσει από μόνο του, αν και μερικά φυσιολογικά βρέφη, ενώ κάθονται χωρίς υποστήριξη, αδυνατούν να έρθουν από την ύπτια στην καθιστή από μόνοι τους.

- Έχει αναπτύξει τις προστατευτικές αντιδράσεις και τη στήριξη των χεριών μπροστά, και περίπου στους 9 μήνες εμφανίζονται και οι πλάγιες.
- Κατά την καθιστή θέση εμφανίζει πλέον μία δυναμική στάση και μπορεί να χειρίζεται αντικείμενα.

Όρθια θέση

- Αρχίζει να προσπαθεί να τραβιέται από τα έπιπλα για να σηκωθεί όρθιο.
- Στηρίζεται στην επιφάνεια στήριξης και ρίχνει το βάρος στα πόδια.
- Το βάρος δεν κατανέμεται πλέον μόνο συμμετρικά στα δύο πόδια, αλλά ελαφρώς μεταφέρεται από το ένα πόδι στο άλλο.
- Μπορεί και στρίβει το σώμα του για να κοιτάει στα πλάγια.

Λεπτή κινητικότητα και οπτική αντίληψη

- Παρατηρεί τους ανθρώπους, τα αντικείμενα και τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του.
- Υπάρχει αντίληψη του βάθους και της σχετικής θέσης του αντικειμένου.
- Παρακολουθεί προς τη σωστή κατεύθυνση όταν ένα αντικείμενο πέφτει (οπτικο-χωρική αντίληψη).
- Πετά τα παιχνίδια του σε κοντινή απόσταση και έπειτα κατευθύνεται προς αυτά.
- Το πρότυπο σύλληψης των αντικειμένων αλλάζει σταδιακά: η προσέγγιση γίνεται από ωλένια σε κερκιδική και η σύλληψη γίνεται μεταξύ αντίχειρα και δείκτη, με τον αντίχειρα να ακουμπά πλευρικά το δείκτη.
- Χτυπά δύο κύβους μεταξύ τους.
- Ξεκινά η συνειδητή απελευθέρωση των αντικειμένων, χωρίς όμως να τα καταφέρνει πάντοτε.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Έχει αναπτύξει φόβο για τους ξένους.
- Μπορεί να είναι προσκολλημένο σε οικείους ενήλικες.
- Αναζητά τους γονείς για παιχνίδι, ανακούφιση και καταφύγιο.
- Ακολουθεί το βλέμμα του γονέα.
- Έχει ίσως κάποιο αγαπημένο παιχνίδι (μεταβατικό αντικείμενο).

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Χρησιμοποιεί ποικιλία συλλαβών από φωνήεντα και σύμφωνα (μα, μπα, γκα, τα).
- Παράγει ακολουθίες φωνημάτων όπως «μα μα μα μα μα», «μπα μπα μπα μπα μπα».

- Φωνάζει για να τραβήξει και να διατηρήσει την προσοχή.
- Αυξομειώνει τον τόνο της φωνής του για να ζητήσει ή να δηλώσει κάτι.
- Μιμείται ήχους και χειρονομίες.
- Εκτελεί εντολές όπως παλαμάκια, κου-πε-πέ.

Γνωστική ανάπτυξη

- Απλώνει και πάνει με τα δυο χέρια, μεταφέρει αντικείμενα από το ένα χέρι στο άλλο, τα συγκρίνει.
- Αναπτύσσει τη μονιμότητα του αντικειμένου. Ξεσκεπάζει αντικείμενο κρυμμένο με πανί. Ψάχνει για αντικείμενο που πέφτει και προσγειώνεται αθόρυβα.
- Αρχίζει να αναπτύσσει τη μονιμότητα προσώπου και παίζει παιχνίδια όπως κουκου-τσα ή κοιτάζει στον καθρέφτη.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Εάν το βρέφος δεν μπαμπαλίζει «μα μα μα, μπα μπα μπα,» ή παρουσιάζει μείωση στη φωνοποίηση.
- Εάν δεν γυρίζει στο όνομά του.
- Εάν κάθεται αλλά συνεχίζει να χρειάζεται υποστήριξη.
- Εάν όταν κρατιέται όρθιο δεν στηρίζει το βάρος στα πόδια του.
- Εάν δεν μεταφέρει αντικείμενα από το ένα χέρι στο άλλο.
- Η παρουσία σημείων διαταραχής της προσκόλλησης/δεσμού, π.χ. όταν το βρέφος μετά την ηλικία των 9 μηνών:*
 - αναστατώνεται πολύ μετά από ένα σύντομο αποχωρισμό, σε βαθμό που δεν μπορεί να σταματήσει να κλαίει ή επανειλημμένα αρνείται να φάει.
 - δεν δίνει καμία σημασία ή δεν αντιδρά καθόλου στην αποχώρηση του γονέα ή του προσώπου φροντίδας.
 - δεν κοιτάζει ποτέ τον γονέα του όταν εξερευνά ένα καινούριο περιβάλλον.
 - πηγαίνει σε όλους χωρίς προτίμηση.
 - δείχνει υπερβολική αντίδραση σε έναν ξένο όπως π.χ. εξαιρετικό φόβο.

* Εάν παρατηρούνται τέτοιες συμπεριφορές, ο παιδίατρος θα πρέπει να διερευνήσει το περιβάλλον φροντίδας του παιδιού καθώς και το ιατρικό, αναπτυξιακό και κοινωνικό ιστορικό. Παιδιά με γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση παρουσιάζουν καθυστέρηση στην εμφάνιση του **άγχους**

του ξένου ανάλογα με το γνωστικό τους επίπεδο. Τα παιδιά που αργότερα διαγιγνώσκονται με Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος συχνά δεν αντιδρούν στον αποχωρισμό ή παρουσιάζουν άτυπες συμπεριφορές.

Ενδείξεις παραπομπής

- Απουσία αμοιβαιότητας στις φωνοποιήσεις, στα χαμόγελα ή σε άλλες εκφράσεις του προσώπου του βρέφους προς τα οικεία του πρόσωπα.
- Εάν το βρέφος δεν γυρίζει το κεφάλι του σε ήχο ή σε φωνή και οι γονείς αναφέρουν ότι γενικά δεν ανταποκρίνεται στους ήχους.
- Εάν το βρέφος έχει μειωμένη οπτική αντίληψη των μικρών αντικειμένων και δεν δείχνει ενδιαφέρον για οπτικά ερεθίσματα σε απόσταση λίγων μέτρων. Μπορεί να υπάρχει πρόβλημα στην όραση ή γενικευμένη καθυστέρηση της ανάπτυξης.
- Παρουσία νευρολογικών σημείων όπως:
 - Αδυναμία του βρέφους να τοποθετηθεί σε καθιστή θέση, είτε λόγω τάσης υπερέκτασης, είτε λόγω πτώσης προς τα εμπρός (**το υπερτονικό βρέφος πέφτει προς τα πίσω σε αντίθεση με το υποτονικό βρέφος που πέφτει προς τα μπροστά**).
 - Σταθερή οπισθοτονική αντίδραση.
 - Αδυναμία
 - Οποιαδήποτε κινητική ασυμμετρία.
 - Παραμονή νεογνικών αντανάκλαστικών (τονικό του αυχένα, ζωηρό Moro).
 - Αδυναμία προσέγγισης αντικειμένων μετά τον 6ο μήνα και απουσία μονόπλευρης προσέγγισης μετά τον 9ο μήνα.
 - Αδυναμία σύλληψης αντικειμένων, με τη γροθιά σταθερά σφιχτή και τον αντίχειρα σε προσαγωγή αμφοτερόπλευρα ή ετερόπλευρα.
 - Σταθερά σφιχτή κλειστή γροθιά σε ηρεμία.
 - Αδυναμία αλληλοσύλληψης των άνω άκρων.
 - Σε πρηνή θέση το βρέφος έχει τα κάτω άκρα σε έκταση, τα πέλματα σε έσω στροφή και αυξημένη προσαγωγή με ψαλιδισμό.
 - Σημεία υπερεκκληξίας, δηλαδή έντονο ξάφνιασμα σε ήπια ερεθίσματα που έχει επίπτωση στη συμπεριφορά του.
- Εάν το βρέφος παρουσιάζει απώλεια δεξιοτήτων που είχαν κατακτηθεί.

Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας

Άγχος αποχωρισμού/άγχος του ξένου

Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, το παιδί αναπτύσσει συμπεριφορά δεσμού/προσκόλλησης που απευθύνεται σε ένα ή λίγα συγκεκριμένα πρόσωπα, με σειρά προτίμησης σε ορισμένες περιπτώσεις. Όσο περισσότερο αλληλεπιδρά ένα βρέφος με κάποιο πρόσωπο, τόσο περισσότερο συνδέεται μαζί του. Αυτό το μοντέλο δεσμού θα επηρεάσει το πρότυπο δεσμού για μελλοντικές σχέσεις, καθώς είναι η βάση για μια υγιή συναισθηματική ανάπτυξη.

Τα βρέφη αυτής της ηλικίας αρχίζουν να κλαίει ή εκδηλώνουν δυσαρέσκεια, αποδοκιμασία, ντροπή προς τον ξένο που τα προσεγγίζει. Τα συναισθήματα αυτά θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν περισσότερο ως άγχος και λιγότερο ως φόβος και παραπέμπουν στο άγχος της απώλειας της προστασίας που παρέχεται από ένα βασικό πρόσωπο φροντίδας, συνήθως τη μητέρα.

Αυτή η αλλαγή στη συμπεριφορά του βρέφους, που ως τώρα εμπιστευόταν και πήγαινε χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία στην αγκαλιά όλων, εκλαμβάνεται σε ένα πρώτο επίπεδο ως παλινδρόμηση, αλλά στην πραγματικότητα είναι ένα βήμα προς την ανάπτυξη. Πρόκειται πολύ περισσότερο για ένα ορόσημο στην ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του βρέφους, καθώς το ίδιο έχει καταφέρει να δημιουργήσει δεσμό και να εντυπώσει στη μνήμη του την αναπαράσταση κυρίως της μητέρας του, καθώς και άλλων κοντινών προσώπων. Ταυτόχρονα αποτελεί και ένα σημαντικό γνωστικό επίτευγμα, με το δεδομένο ότι το βρέφος έχει πλέον τη διακριτική ικανότητα να ξεχωρίζει ανάμεσα σε δύο κατηγορίες ανθρώπων, των οικείων και των ξένων.

Επισημαίνεται ότι το άγχος που δημιουργεί στο παιδί ο αποχωρισμός του από το 'πρόσωπο προσκόλλησης', ενώ είναι μια φυσιολογική αντίδραση, η απουσία του μπορεί ν' αποτελεί ένδειξη ανασφαλούς δεσμού προσκόλλησης ή άλλων προβλημάτων. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι το άγχος αποχωρισμού είναι σημαντικό για την επιβίωση του παιδιού και φυσιολογικό, όταν εμφανίζεται σε συγκεκριμένα ηλικιακά στάδια. Από την ηλικία περίπου των επτά μηνών και κατά τη διάρκεια της προσχολικής, όλα σχεδόν τα παιδιά διαμαρτύρονται και αντιδρούν στο χωρισμό τους από τους γονείς ή από πρόσωπα με τα οποία έχουν αναπτύξει δεσμό/προσκόλληση, πράγμα φυσιολογικό σε αυτές τις ηλικίες. Τα βρέφη και τα παιδιά βιώνουν το άγχος αποχωρισμού όταν μία δεδομένη κατάσταση ενεργοποιεί τη συμπεριφορά προσκόλλησης αλλά το πρόσωπο της προσκόλλησης δεν είναι διαθέσιμο.

Υπερβολικό άγχος αποχωρισμού μπορεί να πυροδοτηθεί από αντίξοες οικογενειακές συνθήκες, όπως εμπειρίες ή απειλές εγκατάλειψης ή απόρριψης εκ μέρους των γονέων ή άλλα αρνητικά γεγονότα ζωής (ασθένεια ή θάνατος ενός γονέα).

Είναι πολύ σημαντικό να εξηγηθεί στους γονείς, σε γνωστικό επίπεδο, η παρουσία και η σημασία του άγχους αποχωρισμού και του άγχους προς τον ξένο. Αυτό εξασφαλίζει την απόδειξη της φυσιολογικότητας, προφυλάσσει τους γονείς από αισθήματα ανεπάρκειας, ενώ τους ενισχύει ως προς το γονεϊκό τους ρόλο.

Η καθοδήγηση του παιδιάτρου σε θέματα αποχωρισμού θα μπορούσε να εστιασθεί στα εξής σημεία:

- Δεν πρέπει να πιέζονται τα παιδιά να αλληλεπιδράσουν με ένα νέο πρόσωπο, ιδίως όταν βιώνουν άγχος στην πρώτη αυτή συνάντηση. Είναι προτιμότερο να έχουν την ευκαιρία να γνωρίσουν το άτομο αυτό σε πιο ευνοϊκές συνθήκες και σε ένα οικείο για αυτά χώρο.
- Σύντομοι αποχωρισμοί μπορεί να βοηθήσουν το βρέφος να αντέξει. Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και ο αποχωρισμός πριν τον βραδινό ύπνο.
- Όταν οι γονείς μετακινούνται από δωμάτιο σε δωμάτιο, καλό είναι να διατηρούν τουλάχιστον λεκτική επαφή και να επανεμφανίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Οι άνθρωποι που θα επιλεγούν να φροντίσουν το παιδί πρέπει να εισαχθούν με ιδιαίτερη προσοχή και σταδιακά.
- Οι γονείς ενθαρρύνονται να προετοιμάζουν το παιδί για την αποχώρησή τους, παρά να εξαφανίζονται ξαφνικά, χωρίς ενημέρωση.
- Προτιμότερο είναι να αποφεύγονται μεγάλες αλλαγές στο περιβάλλον του παιδιού μεταξύ των 6 και 18 μηνών, αν αυτό είναι εφικτό.
- Μετά από ένα σύντομο ή μεγαλύτερο αποχωρισμό και με την επιστροφή τους, οι γονείς συστήνεται να κρατούν κοντά τους και να παρηγορούν το παιδί για όσο διάστημα χρειάζεται, μέχρι να νιώσει ασφαλές. Οποιαδήποτε άλλη εκκρεμότητα ή δουλειά μέσα στο σπίτι μπορεί να περιμένει!
- Αν οι γονείς δεν είναι απόλυτα έτοιμοι για τον αποχωρισμό και βιώνουν αμφιθυμικά συναισθήματα, είναι σημαντικό να διαπραγματευτούν καταρχήν οι ίδιοι τις δικές τους δυσκολίες, προτού υποβάλλουν το παιδί σε έντονο άγχος. Το βρέφος αντιλαμβάνεται τη δυσφορία των γονέων, κι αυτό δεν το διευκολύνει να αντέξει τον αποχωρισμό.

Μονιμότητα του αντικειμένου-μονιμότητα του προσώπου

Το βρέφος έχει πλέον αναπτύξει ιδιαίτερες δεξιότητες και είναι σε θέση να αντιληφθεί ότι τα αντικείμενα δεν εξαφανίζονται, παρόλο που δεν μπορεί το ίδιο να τα δει. Όταν αντιλαμβάνεται ότι έχουν χαθεί από το οπτικό του πεδίο, θα τα αναζητήσει. Το βρέφος κατακτά την αίσθηση της **μονιμότητας του αντικειμένου**.

Το βρέφος των 9 μηνών θα ψάξει για να βρει το αγαπημένο του παιχνίδι και του αρέσει να βάζει-βγάζει αντικείμενα σε κουτιά, να κρύβει και να βρίσκει ή να πετάει και να ψάχνει. Στην πραγματικότητα ενθουσιάζεται με αυτά, γιατί εξασκεί τη μνήμη του και μαθαίνει να προσδοκά την επανεμφάνιση των χαμένων αντικειμένων.

Είναι το προστάδιο για την κατάκτηση της **μονιμότητας του προσώπου** που του επιτρέπει να μάθει ότι και τα αγαπημένα του πρόσωπα υπάρχουν, ακόμη και όταν δεν τα βλέπει. Με το παιχνίδι κουκου-τσα, το κοίταγμα στον καθρέφτη και την αναζήτηση του προσώπου φροντίδας όταν δεν το βλέπει, εδραιώνει αυτή τη δεξιότητα και ενισχύει τη συναισθηματική του ασφάλεια.

Νυχτερινά ξυπνήματα

Το βρέφος των 9 μηνών μέσα από το παιχνίδι και με τις αντιδράσεις του σε διάφορα ερεθίσματα διαπραγματεύεται την αβεβαιότητα που βιώνει για το πώς ο κόσμος γύρω του εξελίσσεται. Γνωρίζει ότι ένα αντικείμενο που δεν το βλέπει την παρούσα στιγμή, παρόλα αυτά υπάρχει, αλλά δεν νιώθει την ίδια βεβαιότητα για το γονέα που λείπει στη δουλειά. Με την ίδια λογική, και ο νυχτερινός ύπνος μπορεί ως ένα βαθμό να βιωθεί ως ένας σύντομος αποχωρισμός. Μέχρι πριν από λίγο κατάφερνε να συνεχίσει τον ύπνο του μετά από μικρά ξυπνήματα, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Σε αυτή την ηλικία, όταν ξυπνά, συνειδητοποιεί ότι βρίσκεται μόνο του και αυτό του προκαλεί μεγάλη αναστάτωση. Θέλει να μπορεί να βλέπει τους γονείς του όταν ξυπνά, για να επιβεβαιώνει ότι είναι δίπλα του. Γι' αυτό, θα κλάψει ώστε να τους τραβήξει την προσοχή και να τους φέρει κοντά του.

Από την πλευρά τους και οι γονείς μπορεί να νιώθουν αμφιθυμικά συναισθήματα για αυτή την αλλαγή στον κύκλο του ύπνου. Σε κάποιους φαίνεται ότι αυτή η αναστάτωση ενέχει τον κίνδυνο της παλινδρόμησης στην ανάπτυξη του παιδιού τους, γιατί χάνουν κάτι που είχε κατακτηθεί, όπως ο σταθερός και συνεχής ύπνος. Άλλοι γονείς, ασυνείδητα ή συνειδητά, σε ταύτιση με το παιδί τους, νιώθουν ότι ο ύπνος τους απομακρύνει από το βρέφος και θα χρειαστεί να το στερηθούν όλες αυτές τις ώρες.

Γι' αυτό το λόγο, ο παιδίατρος που θα κληθεί να συμβουλευσει τους γονείς για τα νυχτερινά ξυπνήματα, είναι σημαντικό να ρωτήσει τους ίδιους για τα δικά τους συναισθήματα ως προς τον αποχωρισμό, σε ποιό βαθμό μπορούν αυτοί να το αντέξουν και τι πραγματικά επιθυμούν. Υποστηρίζοντας τους γονείς σε αυτή τη δυσκολία, μπορεί να σταθεί στα παρακάτω σημεία:

- Οι γονείς ενισχύονται να καθιερώσουν μια απλή αλλά συγκεκριμένη διαδικασία πριν τον ύπνο, για να χαλαρώσουν και να προετοιμάσουν το παιδί.
- Ο χρόνος που διαθέτουν στο δωμάτιο τους πριν τον ύπνο πρέπει να καλύπτει τις συναισθηματικές του ανάγκες (αγκαλιά με στοργή, λόγια γλυκά).
- Το παιδί θα μπορούσε να διατηρεί ένα μεταβατικό αντικείμενο για να το συντροφεύει.
- Όταν το παιδί ξυπνήσει κλαίγοντας και αναζητά τους γονείς του, μπορούν να περιμένουν ένα με δύο λεπτά, για να του δώσουν τη δυνατότητα να συνεχίσει τον ύπνο μόνο του. Αν δεν σταματήσει να κλαίει **πρέπει να πάνε κοντά του ώστε να βεβαιωθεί ότι οι γονείς του είναι εκεί**. Συνιστάται να καθησυχάσουν το βρέφος σε ένα ήρεμο, χωρίς πολλά ερεθίσματα περιβάλλον, με σύντομο τρόπο, για να καταφέρει γρήγορα να συνεχίσει τον ύπνο του.
- Προτιμότερο είναι να αποφύγουν να το πάρουν στο κρεβάτι τους, διαφορετικά θα χρειαστεί να το κάνουν κάθε φορά για να το καθησυχάζουν.
- Καμιά φορά το μωρό ηρεμεί αν μπει στο στήθος της μαμάς όταν θηλάζει ή αν πάρει ένα μπουκάλι με γάλα. Παρά το ότι υπάρχουν πολλοί πολέμιοι αυτού, φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικό και διευκολύνει τους γονείς στις αντοχές τους, ώστε να μην εκδηλώνουν αρνητικές συμπεριφορές τη νύχτα και να αντέξουν να δουλέψουν την επόμενη ημέρα.

Στόχος των παραπάνω παρεμβάσεων είναι να κατευνάσουμε το άγχος του παιδιού με ήπιες μεθόδους, ενισχύοντας ταυτόχρονα τις δικές του προσπάθειες για να συνεχίσει τον ύπνο του. Μια πιο επιθετική παρέμβαση, περισσότερο θα αναστατώσει και θα ξυπνήσει το παιδί, παρά θα το χαλαρώσει.

Κάποιοι γονείς προτιμούν να μεταφέρουν το παιδί στο κρεβάτι τους. Αυτό δεν είναι απαραίτητα μια λανθασμένη πρακτική, αρκεί να γίνεται υπό προϋποθέσεις:

- Το να μεταφέρεται το παιδί στο κρεβάτι των γονέων μερικές φορές μπορεί να χρειάζεται προκειμένου το παιδί και ο γονέας να επιβεβαιώσουν τον ασφαλή συναισθηματικό δεσμό τους. Η συμπεριφορά αυτή γίνεται για να διευκολυν-

θεί η επιστροφή του παιδιού σε δεύτερο χρόνο στο κρεβάτι του και πρέπει να έχει προσωρινό χαρακτήρα.

- Οι γονείς δεν πρέπει να καπνίζουν, να έχουν καταναλώσει αλκοόλ και να παίρνουν φάρμακα που επηρεάζουν την εγρήγορσή τους.
- Το στρώμα πρέπει να είναι κατάλληλο και ασφαλές, ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος να εγκλωβιστεί το παιδί στα σκεπάσματα ή σε κενό του κρεβατιού.
- Το παιδί δεν πρέπει να εκτίθεται σε σεξουαλική δραστηριότητα των γονέων.
- Το παιδί πρέπει να έχει την ευκαιρία να κατακτήσει την αυτονομία του μέσα από άλλες δραστηριότητες.

Μεταβατικό αντικείμενο

Με τον όρο **μεταβατικό αντικείμενο** εννοούμε οποιοδήποτε αντικείμενο στο οποίο προσκολλάται το παιδί προς διευκόλυνση της διαδικασίας αυτονομίας και αποχωρισμού από τους γονείς. Αποτελεί φυσιολογικό κομμάτι της ανάπτυξης, εμφανίζεται γύρω στον ένατο μήνα και διαρκεί τουλάχιστον ως τα 3 με 4 έτη. Σε αυτή την περίοδο το χρειάζεται τη νύχτα ή όταν προκύπτει μια δυσκολία που δεν μπορεί εύκολα να διαχειριστεί.

Η έννοια του μεταβατικού αντικειμένου περικλείει την προοδευτική μετάβαση του νηπίου από τη στενή εξαρτητική σχέση με τη μητέρα, στη φάση της ατομικοποίησης.

Εκτός από τη χρήση ενός μεταβατικού αντικειμένου, σε ορισμένα παιδιά, παρατηρείται η πρακτική συνηθειών όπως, να κουνάνε τον κορμό ή το κεφάλι τους, να χαϊδεύουν τα μαλλιά τους, να τραβούν τα αυτιά ή να τρίβουν το πρόσωπό τους με στόχο τη διαχείριση αγχογόνων καταστάσεων. Πολλές φορές η πιπίλα σε αυτό το στάδιο χρησιμοποιείται από το παιδί σαν μεταβατικό αντικείμενο αλλάζοντας τον αρχικό της ρόλο.

Είναι, κατά κύριο λόγο, υγιείς τρόποι για να επιλύουν τις δυσκολίες που προκύπτουν, βασιζόμενα στις δικές τους δυνάμεις και εφεδρείες.

Οι παραπάνω πρακτικές μπορεί να αποτελέσουν αφορμή για περαιτέρω διερεύνηση υπό προϋποθέσεις:

- Όταν το παιδί προτιμά το μεταβατικό αντικείμενο από την παρουσία ανθρώπων.
- Όταν δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του γονέα, αλλά καλύπτει το κενό με το μεταβατικό αντικείμενο ή τη συνήθεια που το παρηγορεί.
- Όταν αυτοτραυματίζεται με το μεταβατικό αντικείμενο ή με μια άλλη συνήθεια που το παρηγορεί.

Όρια

Στο τρίτο τρίμηνο της ζωής του παιδιού ολόκληρη η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με το ιδιαίτερα κινητικό πλέον βρέφος. Όσο πιο σταθεροί παραμένουν οι γονείς στο να καθιερώνουν συμπεριφορές κατάλληλες και ασφαλείς για το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού τόσο περισσότερο το διευκολύνουν στο να αναπτύξει το δυναμικό του. Τα βρέφη μαθαίνουν περισσότερο παρατηρώντας και μιμούμενα τους γονείς, παρά ακουθώντας συστάσεις.

Σε αυτή την ηλικία αρχίζουν να μπαίνουν κάποια όρια στις συμπεριφορές του παιδιού. Πρέπει όμως να γίνει ξεκάθαρο στους γονείς, ότι η πειθαρχία δεν ταυτίζεται με πράξεις τιμωρητικές, αλλά με στοχευμένη οριοθέτηση.

- Συστήνεται στους γονείς να δίνουν ένα σαφές πρότυπο για τη συμπεριφορά που προσδοκούν από το παιδί τους.
- Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούν εκφράσεις που ενισχύουν και προτρέπουν σε μια συμπεριφορά, παρά συνεχείς απαγορεύσεις. Δηλαδή, μπορούν να πουν: «Είναι ώρα για το φαγητό», παρά «Μην σηκώνεσαι από το καρεκλάκι σου, γιατί πρέπει να φας». Με απλά λόγια, περιγράφουν στο μωρό τους τι πρέπει να κάνει, αποφεύγοντας τις μεγάλες προτάσεις και τις εντάσεις.
- Από αυτή την ηλικία το βρέφος αρχίζει να καταλαβαίνει την έννοια του ΟΧΙ. Παραμένει όμως σημαντικό να μην κατακλυστεί από διαδοχικές αρνήσεις.

Ο πιο ουσιώδης χειρισμός για την εξασφάλιση της αναγκαίας πειθαρχίας είναι να συμφωνήσουν και οι δύο γονείς στην οριοθέτηση. Αν δεν είναι ξεκάθαρο από την αρχή, τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται μέσα στο οικογενειακό σύστημα, δεν θα μπορέσουν να πείσουν το μωρό τους για την αποδεκτή συμπεριφορά.

Κινητικές δεξιότητες και παιχνίδια

Ένα από τα επιτεύγματα του βρέφους μετά την ηλικία των 9 μηνών είναι ότι αρχίζει να κινείται ελεύθερο στο χώρο, έτοιμο προς εξερεύνηση. Μετακινείται γλιστρώντας, έρποντας, κυλώντας, μπουσουλώντας και σπάνια περπατώντας. Όποιος κι αν είναι ο τρόπος, σημασία έχει ότι η εξερεύνηση αποτελεί σημείο κλειδί στην ανάπτυξή του. Ο κόσμος γύρω του αποκτά άλλο ενδιαφέρον. Γωνίες στο σπίτι που προκαλούν την περιέργεια, αντικείμενα που εμφανίζονται και εξαφανίζονται, πρόσωπα που μπορούν να προσεγγίσουν, κάνουν την εξερεύνηση πηγή απόλαυσης για το βρέφος. Δεν είναι η κίνηση αυτή καθαυτή τόσο σημαντική, όσο οι άπειρες δυνατότητες που προσφέρει στο βρέφος για απόκτηση νέων εμπειριών.

Από την ηλικία των 9 μηνών, το βρέφος μαθαίνει να χρησιμοποιεί το δείκτη ως ξεχωριστό δάκτυλο για να δείχνει, και το δείκτη μαζί με τον αντίχειρα για να επιτύχει τη λεπτή σύλληψη. Αυτή η ικανότητα του επιτρέπει να πιάνει πολύ μικρά αντικείμενα και να τα χρησιμοποιεί με διάφορους τρόπους.

Μέσα από το παιχνίδι του, το βρέφος μπορεί να κάνει μια πολύ καλή επίδειξη των δυνατοτήτων του, όταν νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον που του επιτρέπει να κινείται ελεύθερα.

Κατάλληλα παιχνίδια για αυτή την ηλικία είναι:

- **Παιχνίδια πολλαπλών δραστηριοτήτων, μουσικά παιχνίδια**, όταν μπορεί να χρησιμοποιεί τα δάχτυλά του, ώστε να ενθαρρυνθεί να τα χρησιμοποιεί σε πολύπλοκες, λεπτές κινήσεις.
- **Μαλακές μπάλες, ξύλινα οχήματα, υφασμάτινοι κύβοι**, όταν μπουσουλάει, ώστε να έχει κίνητρο να ασκήσει το σώμα του.
- **Μαλακά, χνουδωτά παιχνίδια**, μεγάλα και μικρά, όταν είναι πιο κινητικό, ώστε να τα πετάει και να τα ψάχνει.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Νευρολογική εξέταση

Η νευρολογική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει:

- Έλεγχο περιμέτρου κεφαλής.
- Παρατήρηση ασυμμετρίας στην κινητικότητα των άκρων.
- Έλεγχο μυϊκού τόνου.
- Έλεγχο αντανakλαστικών (εν τω βάθει, προστατευτικών και νεογνικών).
- Εξέταση μυοσκελετικού συστήματος:
 - σπονδυλική επισκόπηση
 - έλεγχος κινητικότητας αρθρώσεων

Ανάδυση κινητικής διαταραχής: πρώιμα κλινικά σημεία

Ο 6^{ος} μήνας της ζωής αποτελεί ορόσημο για την ανάπτυξη των κινητικών δεξιοτήτων, γιατί σηματοδοτείται από την έναρξη της αυτονομίας και την εξερεύνηση του περιβάλλοντος. Μεταξύ του 6^{ου} και του 9^{ου} μήνα οι αντανakλαστικές λειτουργίες αντικαθίστανται σταδιακά από τις βουλητικές και για τον λόγο αυτό ο 9^{ος} μήνας είναι σημαντικός για την ανίχνευση πρώιμης κινητικής διαταραχής.

Δύο στοιχεία είναι αυτά που οδηγούν την κινητική εξέλιξη: Πρώτον η σύνδεση της όρασης με την κίνηση και δεύτερον η σταδιακή εξαφάνιση των αρχέγονων αντανakλαστικών και η ανάδυση των βουλητικών κινήσεων.

Η κινητική εξέλιξη δεν είναι εύκολο να διαχωριστεί σε στάδια γιατί είναι μια δυναμική ισορροπία που προκύπτει από την ωρίμανση του νευρικού συστήματος, του σώματος που αυξάνεται σε μέγεθος και αλλάζει ως προς τις μηχανικές ιδιότητες των ιστών σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.

Οποιαδήποτε βλάβη του νευρικού συστήματος, γενετική ή επίκτητη, που θα τροποποιήσει ή θα σταματήσει τη νευρική ωρίμανση, διαταράσσει την ισορροπία και αυτό έχει επίπτωση στον κινητικό προγραμματισμό. Εγκεφαλοκλαστικές βλάβες (επίκτητες δομικές βλάβες του εγκεφάλου από ισχαιμία, αιμορραγία, λοίμωξη κλπ) προβάλλουν συνήθως με υπερτονία ή/και δυστονία, ενώ μη ειδικές συγγενείς/γενετικές νευρολογικές διαταραχές προβάλλουν με υποτονία, δυστονία, αταξία.

Οι σοβαρές βλάβες του κεντρικού νευρικού από προγεννητικά ή περιγεννητικά αίτια, είναι διακριτές ως διάχυτη εγκεφαλοπάθεια αμέσως μετά τη γέννηση, ενώ η συμπτωματολογία από πιο ήπιες προσβολές αναδύεται μετά τον 6^ο μήνα της ζωής. Η κλινική έκφραση εξαρτάται από το είδος της βλάβης (ισχαιμία, νευροεκφύλιση) και από τις ανατομικές δομές που έχουν προσβληθεί.

Σημεία από την επισκόπηση και κλινική εξέταση του βρέφους που θα θέσουν την υποψία αναδυόμενης ή προϋπάρχουσας κινητικής διαταραχής

Α. Υπερτονία

Σημεία από την επισκόπηση που υποδηλώνουν ανάδυση παθολογικής υπερτονίας:

- Αδυναμία αλληλοσύλληψης των άνω άκρων μετά τον 6^ο μήνα.
- Σταθερά σφιχτή κλειστή γροθιά σε ηρεμία μετά τον 6^ο μήνα.
- Σταθερή παρουσία αντιθετικού αντίχειρα μετά τον 6^ο μήνα.
- Σταθερή οπισθοτονική αντίδραση.
- Σε πρηνή θέση το βρέφος έχει τα κάτω άκρα σε έκταση, τα πέλματα σε έσω στροφή και αυξημένη προσαγωγή με ψαλιδισμό.
- Σημεία υπερεκπληξίας με έντονο ξάφνιασμα (startle) μετά τον 6^ο μήνα.

Κλινικά σημεία υπερτονίας:

- Παραμονή του τονικού αντανakλαστικού του αυχένα μετά τον 4^ο μήνα.
- Εύκολη έκλυση του αντανakλαστικού του Μογο, ιδιαίτερα από θορύβους, μετά τον 4^ο μήνα.
- Παραμονή πλήρους αντανakλαστικού του Μογο μετά τον 6^ο μήνα.

- Παρουσία μη εξαντλούμενου κλώνου (2–3 κλωνικές κινήσεις μπορεί να είναι φυσιολογικό φαινόμενο).
- Αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά.
- Ζωηρό χιαστό αντανακλαστικό των απαγωγών μυών μετά τον 9^ο μήνα και χιασμός των ποδιών στην κάθετη αιώρηση από τις μασχάλες.
- Αδυναμία σύλληψης αντικειμένων.
- Αδυναμία του βρέφους να τοποθετηθεί σε καθιστή θέση λόγω τάσης υπερέκτασης (το υπερτονικό βρέφος πέφτει προς τα πίσω σε αντίθεση με το υποτονικό βρέφος που πέφτει προς τα εμπρός).

Τα υπερτονικά παιδιά παρουσιάζουν έντονο εκτατικό τόνο, που μπορεί ψευδώς να προβάλει με επιτάχυνση των κινητικών δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα, μπορούν πιο εύκολα να γυρίσουν από την πρηνή σε ύπτια θέση και να σταθούν όρθια με υποστήριξη αλλά με σταθερή ιπποποδία.

Β. Κινητική ασυμμετρία

Ασυμμετρία στην κινητικότητα των άκρων μετά τον 6^ο μήνα της ζωής υποδηλώνει κεντρική βλάβη και εκδηλώνεται με:

- Σταθερή τονική θέση (δυστονία) του παθολογικού άκρου, ενώ το άλλο άκρο κινείται φυσιολογικά.
- Σταθερή προτίμηση του ενός χεριού (hand preference).
- Ασυμμετρία κινήσεων κατά την απομάκρυνση οθονίου από το πρόσωπο.

Γ. Υποτονία

Σημεία από την επισκόπηση που υποδηλώνουν μυϊκή υποτονία:

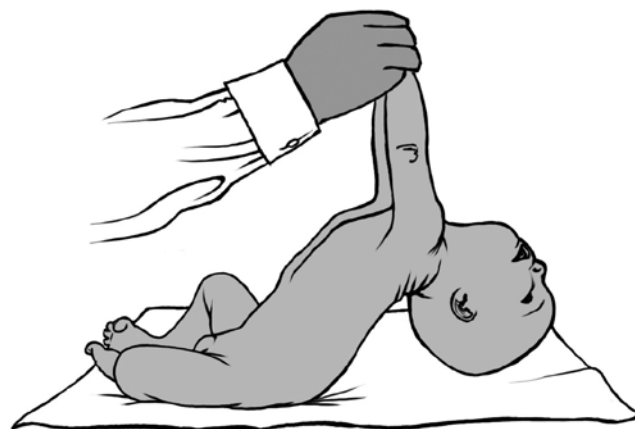
- Παρουσία υποτονικού προσώπου που συνήθως χαρακτηρίζεται από βλεφαρόπτωση, στόμα ως ανεστραμμένο V δίκην «ψαριού», υψηλή υπερώα.
- Παρουσία υποτονικού κορμού που χαρακτηρίζεται από πλημμελή έλεγχο της κεφαλής (βλ. Εικόνα 1.4) και αδυναμία ευθειαςμού της σπονδυλικής στήλης στην καθιστή θέση μετά τον 6^ο μήνα (δίκην “C”).
- Παρουσία υποτονικών άκρων που εκφράζεται με υπερελαστικότητα αρθρώσεων.
- Δυσμορφίες προσώπου ή μυοσκελετικές δυσμορφίες συνδυάζονται συχνά με γενικευμένη υποτονία.

Τα ανωτέρω μπορεί να παρατηρηθούν και σε παιδιά με φυσιολογική μυϊκή ισχύ, ενώ όταν η υποτονία οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία παρατηρούμε τα εξής:

- αδυναμία του βρέφους να σηκώσει τα πόδια του ενάντια στη βαρύτητα.
- τρόμο άνω άκρων.

Εικόνα 1.4

Κατά την πρόσθια έλξη του βρέφους από τα χέρια, οι αγκώνες είναι σε έκταση και το κεφάλι δεν συγκρατείται.



1.6. Ο πρώτος χρόνος

Γενική περιγραφή

Όταν το βρέφος μαθαίνει να περπατάει γύρω στο έτος, όλα αλλάζουν. Η δυνατότητα να αποφασίζει το ίδιο για τις κινήσεις του είναι ένα μεγάλο αναπτυξιακό βήμα. Ξαφνικά, ο κόσμος γίνεται τεράστιος, με άπειρες επιλογές. Ταυτόχρονα όμως, αλλάζει η οπτική γωνία με την οποία βλέπει το βρέφος τα πράγματα, δεν είναι πλέον από ψηλά, στην αγκαλιά της μητέρας, αλλά στο επίπεδο του ύψους του.

Τα **συναισθήματα είναι αμφίθυμα** σε σχέση με τις αλλαγές που συμβαίνουν. Το βρέφος επιθυμεί να προχωρήσει σε νέες εμπειρίες, αλλά ταυτόχρονα μια αντίθετη παρόρμηση το αναγκάζει να παλινδρομεί, καθώς αγωνιά για ό,τι οικείο πρόκειται να χάσει. Καμιά φορά οι γονείς, ενώ απολαμβάνουν τα επιτεύγματα του παιδιού τους, δυσκολεύονται να αφήσουν πίσω το βρέφος και να καλωσορίσουν το νήπιο. Ο απογαλακτισμός ενδέχεται να βιωθεί από την ίδια τη μητέρα ως απώλεια, με αποτέλεσμα να μην ενθαρρύνει το βρέφος να γίνει ένα ξεχωριστό άτομο.

“Υποχρέωση όμως της μητέρας αποτελεί να είναι εκεί για να μπορεί το βρέφος να την αφήσει” (Άννα Φρόντ).

Το βρέφος που εξασκείται στα νέα του επιτεύγματα, μπορεί να ξοδεύει μέχρι και 6 ώρες στο παιχνίδι, απορροφημένο από τις δραστηριότητές του. Είναι τόσο εστιασμένο στο να εξερευνήσει τον κόσμο, που μπορεί να ξεχνά την πείνα, την κούραση, να υποτιμά ακόμα και μικροτραυματισμούς, που σε άλλη περίπτωση θα το είχαν περιορίσει. Οι γονείς καλούνται να είναι συνεχώς κοντά του για να το προστατεύσουν, αλλά και να θέσουν τα όρια, αφουγκραζόμενοι παράλληλα τις ανάγκες του. Η δεδομένη τάση για **αυτονομία του νηπίου** βάζει σε δοκιμασία την υπομονή και την αντοχή τους, ενώ μπορεί να φέρει στην επιφάνεια συναισθήματα και εμπειρίες από τη δική τους παιδική ηλικία.

Θετικές αντιδράσεις, όπως η αγκαλιά, το χάδι, ο έπαινος και η σταθερή ενθάρρυνση για αποφυγή της επιθετικότητας –η οποία συχνά εκδηλώνεται με δάγκωμα, χτύπημα ή κλωτσιές– ενισχύουν το νήπιο στην έκφραση των συναισθημάτων του. Η **συνέπεια στη συμπεριφορά** είναι απαραίτητο στοιχείο για όσους σχετίζονται με νήπια.

Το βρέφος, ως τώρα, ένωθε ασφάλεια κυρίως μέσω του σωματικού και ψυχικού κρατήματος από τους γονείς του. Πλέον, **η γλώσσα και η επικοινωνία** για το νήπιο μπορούν να αποτελέσουν υποκατάστατο αυτού του κρατήματος, καθώς το ίδιο ανακαλύπτει ότι οι

λέξεις μπορούν να εμπεριέχουν μια εμπειρία, ακόμα κι αν δεν καταλαβαίνει απόλυτα το νόημα μιας συζήτησης. Μέσα από παραμύθια και παιδικά τραγουδάκια, το νήπιο γνωρίζει τη δημιουργικότητα της γλώσσας και της αφήγησης. Η κατάκτηση της ομιλίας καθιστά το νήπιο έτοιμο να συνάψει πιο δημιουργικές σχέσεις και με άλλα άτομα πέρα από τη μητέρα του, αλλά και να διατηρήσει με ασφάλεια και αυτοπεποίθηση τις υπάρχουσες σχέσεις από απόσταση, μέσω της επικοινωνίας.

Καθώς ο χρόνος κυλά, το νήπιο δείχνει έντονο ενδιαφέρον και περιέργεια για το περιβάλλον του, βρίσκεται σε διαρκή κίνηση χωρίς όμως αίσθηση εσωτερικών ορίων. Απαιτείται συνεχής προσοχή και καθοδήγηση από τους γονείς και τους φροντιστές. Τα δειλά πρώτα βήματα έχουν εξελιχθεί σε μεγάλους περιπάτους για την ανακάλυψη νέων οριζόντων. Οι αλλαγές είναι συναρπαστικές: **ανεξάρτητη κινητικότητα, τάση για αυτοδιάθεση και πιο σύνθετες γνωστικές ικανότητες του νηπίου.**

Καθώς λείπει η αίσθηση του κινδύνου και σε συνδυασμό με την τάση για διαρκή εξερεύνηση, το νήπιο μπαίνει σε αυξημένο κίνδυνο για ατυχήματα στο σπίτι ή σε εξωτερικούς χώρους. Θα προσπαθήσει να δοκιμάσει οτιδήποτε είναι διαθέσιμο και προσιτό.

Οι γονείς, από την πλευρά τους, απολαμβάνουν την αποφασιστικότητα του νηπίου τους, αλλά παράλληλα έρχονται αντιμέτωποι με την αυξανόμενη επιθυμία του να κάνει πράγματα και μόνο του, χωρίς βοήθεια.

Σε σχέση με τη **σωματική ανάπτυξη** έχει περίπου τριπλασιάσει το βάρος γέννησης. Το μήκος αυξάνεται στη διάρκεια του πρώτου έτους ταχύτερα από κάθε άλλη περίοδο της εξωμήτριας ζωής. Η μέση αύξηση του μήκους στο πρώτο έτος είναι 25 cm και επιτελείται κατά ώσεις. Ο εγκέφαλος αναπτύσσεται ταχύτατα και στο τέλος του πρώτου χρόνου φθάνει τα 2/3 του βάρους του εγκεφάλου ενός ενήλικα. Από το πρώτο έτος και μετά, ο ρυθμός ανάπτυξης μειώνεται ως το επόμενο άλμα ανάπτυξης το οποίο λαμβάνει χώρα κατά την έναρξη της εφηβείας.

Η **κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη** περιλαμβάνει τη δεξιότητα της **συνδυασμένης προσοχής**, αλλά τώρα το παιδί είναι αυτό που ξεκινάει την αλληλεπίδραση. Περίπου στην ηλικία των 12 με 14 μηνών, το μικρό νήπιο αρχίζει να δείχνει για να ζητήσει κάτι που δεν φτάνει. Πρόκειται για το **πρωτο-προστακτικό δείξιμο** (protoimperative pointing). Θα πρέπει να υπάρξει σύνδεση του δείξιματος με βλεμματική επαφή, η οποία εναλλάσσεται μεταξύ του ζητούμενου αντικειμένου και του προσώπου φροντίδας. Στην περίπτωση αυτή, το πρωτο-προστακτικό δείξιμο αντιπροσωπεύει πραγματική συνδυασμένη προσοχή.

Μερικές φορές, συνοδεύεται και από φωνοποίηση (απλοί ήχοι ή πραγματικές λέξεις). Οι πρωτο-προστακτικές χειρονομίες του μικρού νηπίου έχουν ως στόχο να κινητοποιήσουν τον ενήλικα, να ανταποκριθεί στο κάλεσμά του. Οι χειρονομίες αυτές προοδευτικά γίνονται πιο σαφείς στο νόημά τους. Το μικρό νήπιο αρχίζει να επιδεικνύει στους γονείς του αντικείμενα προκειμένου να μοιραστεί μαζί τους το ενδιαφέρον του για αυτά.

Στην ηλικία αυτή το παιδί αρχίζει να μαθαίνει και να εμπλέκεται πιο ενεργά σε **παιχνίδια αλληλεπίδρασης**. Για παράδειγμα, μαθαίνει ότι ρίχνοντας τα τουβλάκια από το καθισματάκι φαγητού, το πρόσωπο φροντίδας θα τα μαζέψει και θα τα επιστρέψει σε αυτό. Έτσι, επαναλαμβάνει αυτό το παιχνίδι ξανά και ξανά. Δείχνει μεγάλο ενδιαφέρον για κοινωνικά παιχνίδια όπως το “κουκου-τσα” και το “κόλλα το”. Καθώς πλέον είναι πιο κινητικό, δεν κρύβεται μόνο πίσω από τις χουφτίτσες του, αλλά και πίσω από τις κουρτίνες, τα έπιπλα ή κάτω από τα σεντόνια και εμπλέκεται σε ένα ατελείωτο παιχνίδι χαράς και αλληλεπίδρασης.

Στην ηλικία των 12–15 μηνών, το νήπιο απασχολείται για αρκετές ώρες με το παιχνίδι και την **εξερεύνηση αντικειμένων**. Καθώς παίζει αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη σχέση **αιτίου-αποτελέσματος** και προσπαθεί να επιλύσει μικρά προβλήματα με τη μέθοδο **δοκιμής-σφάλματος** π.χ. ποιό κουμπί πρέπει να πατήσει στο μουσικό του παιχνίδι για να λειτουργήσει. Μαθαίνει τη σχέση και τη χρήση των κοινών αντικειμένων και αρχίζει να επιδεικνύει τη λειτουργία τους. Παίζει **λειτουργικά** με τα παιχνίδια του και προσπαθεί συνεχώς, με την έντονη δραστηριότητά του, να ασκήσει έλεγχο πάνω στους ανθρώπους και τα πράγματα γύρω του.

Η γνωστική και γλωσσική εξέλιξη καθορίζεται από την κινητική ωρίμανση που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικία και δίνει στο παιδί αίσθηση εμπιστοσύνης στις ικανότητές του. Το περιβάλλον αποτελεί μια συνεχή πρόκληση γι' αυτό. Τα βρέφη στην ηλικία των 12 μηνών έχουν αντίληψη των λέξεων που ανήκουν στη μητρική τους γλώσσα και δείχνουν μεγαλύτερη προσοχή σε λέξεις που έχουν νόημα σε αυτή, παρά σε ακατάληπτες εκφράσεις. Αποκτούν σιγά-σιγά μια δεξαμενή λέξεων, τις οποίες θα χρησιμοποιήσουν μερικούς μήνες αργότερα, όταν θα εμπλουτίζουν σιγά-σιγά το λεξιλόγιό τους. Μπορούν να ανταποκρίνονται σε απλές εντολές, γνωρίζουν ονόματα μελών της οικογένειας, επαναλαμβάνουν ήχους και λέξεις που ακούν και χρησιμοποιούν 1 με 2 λέξεις με νόημα.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Όρια και πειθαρχία.
- Παιχνίδι
- Κινητική ωρίμανση-χρήση περπατούρας.
- Άγχος του ξένου.
- Άγχος αποχωρισμού.
- Συνήθειες-καθημερινότητα.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (συναισθηματική αλληλεπίδραση, συνδυασμένη προσοχή: πρωτο-προστακτικό δείξιμο, εάν προσφέρει το μικρό νήπιο ένα αντικείμενο στον γονέα για να μοιραστεί το ενδιαφέρον του για αυτό μαζί του).
- Αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης στη φροντίδα του νηπίου.
- Σχέσεις με τα μεγαλύτερα αδέρφια, αν υπάρχουν, και δυναμική της οικογένειας.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Το παιδί έχει την ικανότητα να μπουσουλάει, να τραβιέται και να σηκώνεται όρθιο, να επιστρέφει στο πάτωμα, να σπρώχνει μία καρέκλα ή ένα καρότσι και να τα επαναλαμβάνει ασταμάτητα.
- Περπατάει γύρω από ένα έπιπλο με πλάγια βήματα.
- Περπατάει, ενώ του κρατάνε το ένα χέρι, μερικά παιδιά μπορεί να περπατάνε χωρίς βοήθεια.
- Υιοθετεί διάφορους τρόπους καθίσματος ώστε να μπορεί να παίξει με τα παιχνίδια του.

Λεπτή κινητικότητα και οπτική αντίληψη

- Κοιτάζει προς το σωστό σημείο ψάχνοντας παιχνίδι που χάνεται από το οπτικό του πεδίο.
- Χρησιμοποιεί ώριμη λαβή σύλληψης των αντικειμένων. Μπορεί και συλλαμβάνει τα μικρά αντικείμενα ανάμεσα στον αντίχειρα και το άκρο του δείκτη (σύλληψη δαγκάνας “pincer grasp”). Κρατάει κύβους με τριποδική σύλληψη.
- Η εκούσια ελευθέρωση ενός αντικειμένου δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένη ακόμη. Μπορεί να αφήσει ένα αντικείμενο προς την επιθυμητή

κατεύθυνση αλλά με πολύ κόπο. Συνήθως ρίχνει τα αντικείμενα στο πάτωμα και τα παρακολουθεί να πέφτουν.

- Τοποθετεί αντικείμενα σε κουτί και ένα κύκλο «κουλούρι» στην κατάλληλη εσοχή.
- Δείχνει ένα αντικείμενο με τον δείκτη.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Παίζει παιχνίδια αλληλεπίδρασης π.χ. «κου-κου-τσα», «κόλλα το».
- Μιμείται δραστηριότητες.
- Βάζει στα χέρια των γονέων ένα βιβλίο για να το δουν μαζί.
- Γνέφει αντίο.
- Έχει ισχυρή προσκόλληση με τον γονέα ή το πρόσωπο φροντίδας και δείχνει δυσφορία στον αποχωρισμό.
- Δείχνει φόβο σε κάποιες καταστάσεις ή πρόσωπα.
- Έχει αγαπημένα αντικείμενα και πρόσωπα.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Αρχίζει να δείχνει με τον δείκτη για να ζητήσει αυτό που θέλει (πρωτο-προστακτικό δείξιμο).
- Ακολουθεί λεκτική εντολή που συνοδεύεται από χειρονομία.
- Λέει 1-2 λέξεις με νόημα (αντικείμενα ή άτομα του περιβάλλοντός του).
- Λέει επιφωνήματα όπως ου!, ω!, προσπαθεί να επαναλάβει λέξεις που ακούει.
- Φωνοποιεί και χειρονομεί ταυτόχρονα.
- Ακούγεται σαν να μιλάει με προσωδία και νόημα.
- Προοδευτικά χρησιμοποιεί σύνθετη ιδιόγλωσσα με ποικιλία ήχων και τονισμό.

Γνωστική ανάπτυξη

- Ακολουθεί απλές εντολές.
- Αναγνωρίζει πρόσωπα όταν το ρωτάνε «που είναι ο.....».
- Τοποθετεί αντικείμενα σε κουτί.
- Τρώει με τα χέρια, πίνει από κύπελλο.
- Χτυπάει το κουτάλι μέσα στο κύπελλο.
- Σηκώνει το καπάκι κουτιού για να βρει ένα παιχνίδι.
- Βρίσκει παιχνίδι κρυμμένο κάτω από κύπελλο.
- Μπορεί να συγκεντρωθεί για αρκετό χρόνο σε μια δραστηριότητα.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Περίπου στον 1^ο χρόνο ζωής τα παιδιά αρχίζουν

να δείχνουν αντικείμενα με το δείκτη. Καθυστερήση στη δεξιότητα αυτή μπορεί να σχετίζεται με γλωσσικό πρόβλημα ή διαταραχή αυτιστικού φάσματος.

- Εάν το μικρό νήπιο παρουσιάζει μείωση ως προς την ποσότητα και την πολυπλοκότητα των φωνοποιήσεων που παράγει.
- Εάν το μικρό νήπιο παρουσιάζει συμπεριφορές όπως υπερβολική ή καμία αντίδραση στον αποχωρισμό από το πρόσωπο φροντίδας, δείχνει πολύ έντονη προσκόλληση ή αντίθετα αποφεύγει το πρόσωπο φροντίδας ή τέλος, είναι πολύ φιλικό με τους ξένους και πηγαίνει αδιακρίτως σε όλους, μπορεί να υπάρχει διαταραχή δεσμού/προσκόλλησης.
- Καθυστερήση στην εμφάνιση του άγχους του ξένου μπορεί να είναι σημείο γενικευμένης αναπτυξιακής καθυστέρησης ή παρουσίας πολλών προσώπων φροντίδας στη ζωή του μικρού νηπίου.
- Εάν το μικρό νήπιο μόνο χτυπάει ή βάζει στο στόμα τα παιχνίδια. Το παιχνίδι στην ηλικία αυτή πρέπει να είναι πιο λειτουργικό.
- Αδυναμία να στηρίζεται όρθιο με υποστήριξη.
- Δυσκολία στη σύλληψη μικρών αντικειμένων π.χ. μικρά δημητριακά “τύπου cheerio” χρησιμοποιώντας τη λαβή δαγκάνας με τον αντίχειρα και τον δείκτη.

Στην ηλικία των 12 μηνών το μικρό νήπιο είναι πολύ δραστήριο, κινητικό και συχνά αποφεύγει τον παιδίατρο. Έτσι, η αναπτυξιακή του εξέταση είναι συνήθως αρκετά δύσκολη. Σε αυτή την περίπτωση, ο παιδίατρος διερευνά ή παρατηρεί τα κρίσιμα σημεία και σε αμφιβολία δίνει περισσότερο χρόνο σε μια επίσκεψη χωρίς εμβόλια και ανάγκη φυσικής εξέτασης.

Ενδείξεις παραπομπής

- Απουσία μπαμπαλίσματος.
- Απουσία ανταπόκρισης στο όνομά του όταν το φωνάζουν.
- Αδυναμία να καθίσει χωρίς υποστήριξη, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από έλλειψη των προστατευτικών αντανάκλαστικών (πρόσθιου και οπίσθιου).
- Το βρέφος που δεν μετακινείται στον χώρο.
- Ασύμμετρο βάδισμα ή χωλότητα.
- Το παιδί που στηρίζεται όρθιο εύκολα αλλά κρατά τα πέλματα συνεχώς σε έκταση (υποποδία).
- Το παιδί που δεν γυρίζει από πρηνή σε ύπτια ή από ύπτια σε πρηνή θέση.

- Απώλεια δεξιοτήτων που είχαν κατακτηθεί.

Εάν το μικρό νήπιο, όταν περπατάει, σταθερά πέφτει προς τα εμπρός χρειάζεται να εκτιμηθεί ο μυϊκός του τόνος. Τα παιδιά που περπατούν νωρίς, γενικά πέφτουν προς τα πίσω.

Υποστήριξη της οικογένειας

Είναι χρήσιμο να συζητηθούν με τους γονείς, πριν ακόμα προκύψουν, θέματα όπως **η οριοθέτηση, η αντιμετώπιση των κρίσεων θυμού καθώς και η τάση του παιδιού να περνάει από φάσεις έντονης προσκόλλησης στους γονείς σε φάσεις ανεξαρτητοποίησης**.

Όρια και πειθαρχία

Γύρω στην ηλικία του ενός έτους η επιθυμία του μικρού νηπίου για εξερεύνηση είναι ανεξάντλητη. Πιάνει, δοκιμάζει ό,τι πέφτει στα χέρια του, χύνει υγρά, σκαρφαλώνει. Ταυτόχρονα, αρχίζει να αναγνωρίζει τι επιτρέπεται και τι όχι. Έτσι, μπορεί να πιάσει κάτι απαγορευμένο και την ίδια στιγμή να κοιτάξει τον γονέα του για να ελέγξει την αντίδρασή του. Με τον τρόπο αυτό αρχίζει να αντιλαμβάνεται και να εσωτερικεύει τους κανόνες.

Μεγαλώνοντας το νήπιο, κατακτά πολλές νέες δεξιότητες και αυξάνονται οι **απαιτήσεις** του. Καθώς αγωνίζεται για την ανεξαρτητοποίηση και την αυτονομία του, οι **εκρήξεις θυμού** γίνονται πιο συχνές. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι γονείς βιώνουν συχνά κόπωση και απογοήτευση στην προσπάθειά τους να παρέχουν ανά πάσα στιγμή σωστή καθοδήγηση και ασφαλή όρια.

Ο παιδίατρος εξηγεί στους γονείς ότι:

- Η αποτελεσματικότητα στη διδασκαλία των ορίων προϋποθέτει απόλυτη συνέπεια από όλα τα άτομα που ασχολούνται με το μικρό νήπιο. Είναι σημαντικό να εφαρμόζονται **πάντα οι ίδιοι κανόνες**.
- Δεν θα πρέπει να περιμένουν από το παιδί τους να μάθει με την **πρώτη φορά**. Τα περισσότερα παιδιά θέλουν ο κανόνας να εφαρμόζεται ξανά και ξανά μέχρι να τον εμπεδώσουν.
- Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούν σωματική τιμωρία ή έντονες φωνές όταν αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Μπορούν να μάθουν το παιδί τους να υπακούει σε σαφείς κανόνες με ήρεμο και τρυφερό τρόπο. Ένα σταθερό «όχι» πολλές φορές είναι αρκετό και αποτελεσματικό.
- Θα πρέπει να αποφεύγουν **τις μακροσκελείς και ετεροχρονισμένες εξηγήσεις**. Σε αυτή την ηλικία τα παιδιά δεν μπορούν να συνδέσουν ετεροχρονισμένα γεγονότα. Επομένως, οι

γονείς θα πρέπει να εξηγούν άμεσα στο μικρό νήπιο ότι δεν ήταν σωστό αυτό που έκανε, διαφορετικά δεν έχει νόημα.

- Η απόσπαση της προσοχής του παιδιού με κάτι καινούριο που μπορεί να τραβήξει το ενδιαφέρον του είναι ένας τρόπος για να μειωθεί η ανεπιθύμητη συμπεριφορά αλλά όχι απόλυτα επιθυμητός γιατί εκπαιδεύει το παιδί στο **ξεγέλασμα**.
- Είναι σημαντικό να εξασφαλίσουν ένα ασφαλές και σταθερό περιβάλλον στο σπίτι, ώστε το μικρό νήπιο να μην εμπλέκεται σε δραστηριότητες που ενέχουν κινδύνους. Έτσι, μπορούν να μειωθούν οι συγκρούσεις με τους γονείς.
- Δεν θα πρέπει να ανταποκρίνονται θετικά στις φωνές και στο **πείσμα** του μικρού νηπίου. Ο καλύτερος διδακτικός αντίποδας της πειθαρχίας είναι η επιβράβευση της καλής συμπεριφοράς.
- Μέσα από το πρότυπο της δικής τους συμπεριφοράς και το μοντέλο σχέσης με το σύντροφό τους, διδάσκουν στο νήπιο τον τρόπο που επιτρέπεται να σχετίζεται το ίδιο με τους γύρω του.

Τα πολλά «μη» και «όχι» αμβλύνουν την αποτελεσματικότητά τους αργότερα.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Παιχνίδι

Από το τέλος του πρώτου χρόνου αρχίζει να κυριαρχεί το λειτουργικό παιχνίδι. Αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως π.χ. κουτάλι, κύπελλο, χτένα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο παιχνίδι του παιδιού με τρόπους ανάλογους με την πραγματική τους λειτουργία.

Καθώς το παιδί του ενός έτους μετακινείται πλέον ελεύθερα, εξερευνά το σχήμα, το μέγεθος και την κίνηση των αντικειμένων και των ανθρώπων στο χώρο. Δραστηριότητες που υποστηρίζουν την αντίληψη του χώρου, την κινητική ανάπτυξη και τον συντονισμό είναι, το κυνηγητό καθώς μπουσουλάει, παιχνίδια στο πάτωμα, πάλη, παιχνίδια με μπάλα, παιχνίδια για σπρώξιμο και τράβηγμα. Παιχνίδια όπως ένα κουτί με τρύπα για να περάσει ένα αντικείμενο, κύβοι ή τοποθέτηση αντικειμένων στην κατάλληλη υποδομή π.χ. κρίκοι σε ράβδο, βοηθάνε το παιδί να αποκτήσει σωστή αντίληψη του χώρου και προάγουν τον οπτικο-κινητικό συντονισμό.

Οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν για την ασφάλεια του σπιτιού τους. Το μικρό νήπιο ενδιαφέρεται για οτιδήποτε και θα αναζητήσει κάθε τρόπο για να το προσεγγίσει.

Στην ηλικία αυτή το «διάβασμα» με το παιδί ενός βιβλίου με εικόνες συμβάλλει στη γλωσσική ανάπτυξη

και επικοινωνία. Ο γονέας δείχνοντας αυτό που διαβάζει βοηθάει το μικρό νήπιο να ταυτίσει την εικόνα με την αντίστοιχη λέξη. Σύντομα θα μπορεί και το ίδιο να δείχνει στο βιβλίο ένα αντικείμενο που του ζητήθηκε. Η μουσική και τα τραγουδάκια συμβάλλουν επίσης στην επικοινωνία.

Η συντροφιά είναι πολύ σημαντικό στοιχείο του παιχνιδιού. Καθώς στην ηλικία των 12 μηνών, το παιδί έχει ήδη αρχίσει να αναπτύσσει τη διαδικασία του αποχωρισμού από τη μητέρα του, μπορεί να μείνει για λίγο χρόνο μόνο του. Όμως, πάντα πρέπει να υπάρχει κοντά του ένας ενήλικας και να υποστηρίζει το παιχνίδι.

Ο χρόνος που περνάει το παιδί με την οικογένεια και τα κοντινά πρόσωπα είναι πολύ σημαντικός για το παιδί.

Κατάλληλα παιχνίδια για αυτή την ηλικία που μπορεί να προτείνει ο παιδίατρος είναι:

- **Παιχνίδια που να μπορεί να στηρίζεται και να τα σπρώχνει**, όταν μπορεί να στέκεται, ώστε να το βοηθήσουν να αποκτήσει ισορροπία και εμπιστοσύνη στην όρθια θέση.
- **Μαλακές μπάλες, οχήματα, υφασμάτινοι κύβοι**, όταν μπουσουλάει, ώστε να έχει κίνητρο να ασκήσει το σώμα του.
- **Κύβοι όλων των μεγεθών, κουτιά, κρίκοι με ράβδο**, ώστε να βγάζει και να βάζει και να αναπτύξει έλεγχο για τα πράγματα που χρησιμοποιεί.
- **Παιχνίδια πολλαπλών δραστηριοτήτων, μουσικά παιχνίδια**, ώστε να ενθαρρυνθεί να τα χρησιμοποιεί σε πολύπλοκες, λεπτές κινήσεις και να αντιληφθεί τη σχέση της δράσης με το αποτέλεσμα.
- **Κουζινικά, κοινά αντικείμενα** π.χ. παιδική βούρτσα, καθώς τώρα μαθαίνει τη σχέση και τη χρήση των κοινών αντικειμένων και αρχίζει να επιδεικνύει τη λειτουργία τους.
- **Βιβλία, μουσική, τραγούδια**, γιατί το βοηθούν στην επικοινωνία και στη γλωσσική ανάπτυξη.

Κινητική ωρίμανση/χρήση περπατούρας

Η κινητική ωρίμανση είναι μια δυναμική διαδικασία και προκύπτει από τη συνέργεια δεξιοτήτων σε πολλά επίπεδα. Η υποβοήθηση της θέσης και της στάσης που προσφέρει η περπατούρα είναι επιζήμια, όταν η οπτικο-χωρική αντίληψη είναι ανώριμη και εύκολα μπορεί να οδηγήσει σε ατύχημα. Επιπλέον, η χρήση της περπατούρας δεν επιταχύνει την κατάκτηση της ανεξάρτητης βάδισης.

Ο παιδίατρος μπορεί να εξηγήσει στους γονείς ότι:

- Η χρήση περπατούρας/στράτας δεν αποτελεί μέσο που προάγει την κινητική ωρίμανση του μικρού νήπιου. Αντίθετα, μπορεί να την επιβραδύνει.
- Η χρήση της περπατούρας/στράτας εκθέτει το νήπιο σε αυξημένο κίνδυνο για ατυχήματα.
- Μπορούν να υποστηρίξουν την ωρίμανση των κινητικών δεξιοτήτων του μικρού νηπίου τους, δίνοντας του ευκαιρίες για ελεύθερη εξερεύνηση με άνετα ρούχα σε ένα ασφαλές περιβάλλον.

Καθημερινές συνήθειες

Στην ηλικία αυτή το μικρό νήπιο τείνει να σταθεροποιήσει το πρόγραμμα του ύπνου του. Χρειάζεται περίπου 12 με 14 ώρες ύπνου το εικοσιτετράωρο, με τουλάχιστον έναν ύπνο μικρής διάρκειας την ημέρα. Η ώρα του βραδινού ύπνου θα πρέπει να είναι περίπου σταθερή και να συνδυάζεται με μια συγκεκριμένη προετοιμασία για τον βραδινό ύπνο.

Ο παιδίατρος υποστηρίζει την ανάπτυξη σταθερών συνηθειών πριν από τον ύπνο όπως:

- Να προηγείται χρόνος ηρεμίας χωρίς πολλά ερεθίσματα ώστε να χαλαρώνει το μικρό νήπιο.
- Να τοποθετείται στην κούνια του νυσταγμένο αλλά όχι κοιμισμένο, ώστε να κάνει τη μετάβαση στην κατάσταση του ύπνου από μόνο του.
- Να παίρνει μαζί του στην κούνια ένα αγαπημένο παιχνιδάκι ή άλλο αντικείμενο, π.χ. πανάκι, κουβέρτα, που θα το βοηθήσει να ηρεμήσει, καθώς υποκαθιστά τη μητέρα όταν λείπει (βλ. μεταβατικά αντικείμενα).
- Το διάβασμα ενός σύντομου βιβλίου ή ένα να-νούρισμα από το πρόσωπο φροντίδας.

Τα μικρά υπνάκια στη διάρκεια της μέρας πρέπει να είναι έτσι κατανομημένα ώστε το παιδί να είναι κουρασμένο την ώρα του βραδινού ύπνου.

Ο παιδίατρος μπορεί να υπενθυμίσει στους γονείς ότι είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο στην ηλικία αυτή το φαινόμενο των **νυχτερινών ξυπνημάτων**, καθώς το μικρό νήπιο συνεχίζει να βιώνει το άγχος αποχωρισμού. Χρειάζεται σταθερότητα στη συμπεριφορά, αλλά και ηπιότητα και κατανόηση της αναπτυξιακής δυσκολίας αυτής της περιόδου.

Άγχος του ξένου - άγχος αποχωρισμού

Το νήπιο των 12 μηνών νιώθει άγχος με άγνωστα πρόσωπα, καθώς συνεχίζει να βιώνει το άγχος του ξένου. Συχνά σε αυτή την ηλικία τα παιδιά είναι αναγκασμένα να αποχωριστούν τη μητέρα τους ή ακόμη και να πάνε παιδικό σταθμό.

Είναι σημαντικό οι γονείς να γνωρίζουν ότι:

- Τέτοιες αλλαγές πρέπει να γίνονται πολύ σταδιακά, π.χ. αν χρειαστεί το μικρό νήπιο να μείνει με ένα άλλο πρόσωπο φροντίδας στο σπίτι, οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν ώστε να συνυπάρξουν για ένα διάστημα μαζί του προκειμένου να κερδίσει ένα μέρος της εμπιστοσύνης του.
- Το κλάμα όταν φεύγουν είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Δεν θα πρέπει να πανικοβάλλονται, να γυρίζουν πίσω ή να το εξαπατούν, π.χ. να φεύγουν όταν δεν τους βλέπει. Το κλάμα δεν σημαίνει ότι δεν περνάει καλά με το άλλο πρόσωπο, αλλά ότι δεν αντέχει τον αποχωρισμό από τους γονείς.
- Όταν συναντά κάποιο νέο πρόσωπο, θα πρέπει να δίνεται χρόνος στο παιδί να εξοικειωθεί μαζί του, ίσως στην αγκαλιά ενός αγαπημένου του προσώπου που θα το ενθαρρύνει.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Διαδικασία βάδισης

Το ακριβές στάδιο κατά το οποίο ένα παιδί ξεκινά να περπατά ποικίλει ανάλογα με την προσωπικότητα, αλλά και το προφίλ της κινητικής ανάπτυξης του κάθε παιδιού.

Η ανεξάρτητη κίνηση σε αυτή την ηλικία είναι πιο σημαντική από το πρότυπο κίνησης (μπουσουλήμα, κίνηση με έλξη των γοφών, «σύρσιμο» σε καθιστή θέση, βάδιση) που θα χρησιμοποιηθεί. Το μεγαλύτερο ποσοστό βρεφών δεν βαδίζουν ανεξάρτητα στα πρώτα τους γενέθλια και στα περισσότερα από αυτά το μπουσουλήμα παραμένει ο κύριος τρόπος της μετακίνησης, ενώ σε μια μικρότερη ομάδα βρεφών, η μετακίνηση γίνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα με «σύρσιμο» σε καθιστή θέση.

Βάδιση

Η αυτόνομη βάδιση αποτελεί το πιο σημαντικό αναπτυξιακό ορόσημο και αυτό που έχει περισσότερο συνδεθεί με τη φυσιολογικότητα. Αν και η καθυστέρηση του βαδίσματος είναι μεγάλη πηγή άγχους για τους γονείς, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η επιτάχυνση της κινητικής αυτής δεξιότητας δεν συνδέεται με τη νοημοσύνη και ότι η ηλικία απόκτησης του οροσήμου είναι αδύναμος προγνωστικός δείκτης της υπόλοιπης νευροανάπτυξης.

Οντογενετικά, το αντανάκλαστικό της βάδισης αρχίζει από τη νεογνική ηλικία ως αρχέγονο αντανάκλαστικό το οποίο εξαφανίζεται μετά τον 2^ο μήνα της ζωής και επανεμφανίζεται ως βουλητική κίνηση μετά τον 9^ο μήνα της ζωής (οι βουλητικές αυτές κινήσεις ανιχνεύο-

νται με τη μορφή διαχωριστικών κινήσεων των ποδιών με τοποθέτηση του παιδιού σε ύπτια θέση). Η κινητική εξέλιξη εξυπηρετεί το ένστικτο και συγκεκριμένα την ενδογενή τάση για κίνηση και εξερεύνηση. Το βρέφος αναζητά τον πιο αποδοτικό ενεργειακά και γρήγορο τρόπο κίνησης που είναι η βάδιση.

Πρόδρομο σημείο και απαραίτητο στοιχείο για να επιτευχθεί η βάδιση, είναι ο διαχωρισμός των κάτω άκρων που προκύπτει από αλληλοβοηθούμενες εναλλαγές στις κινήσεις των ισχίων και των ποδιών. Αρχικά ο διαχωρισμός εκφράζεται με τα κλωστήματα του βρέφους σε ύπτια θέση και στη συνέχεια με το μπουσουλήμα, όπου ο διαχωρισμός εξυπηρετεί και τη μετακίνηση.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι, ενώ τα κλωστήματα αναμένονται και είναι σημαντικό να παρατηρηθούν μετά τον 9ο μήνα, το μπουσουλήμα δεν αποτελεί αναπτυξιακό ορόσημο και ένα παιδί μπορεί να περπατήσει χωρίς προηγούμενος να μπουσουλήσει.

Στη συνέχεια, αφού στηριχτεί από μόνο του στην όρθια θέση, αρχίζει να κάνει πλάγια βήματα. Σε αυτή τη φάση το παιδί μπορεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα άνω άκρα αρχικά λειτουργούν εξισορροπητικά, για τον λόγο αυτό τοποθετούνται μπροστά, ενώ στη συνέχεια με την αιώρησή τους λειτουργούν υποβοηθητικά βελτιώνοντας τη ροή του βαδίσματος. Αρκετοί γονείς, με το άγχος τους για έγκαιρη βάδιση, ωθούν τα βρέφη να περπατήσουν κρατώντας τα από τα δύο χέρια, πράγμα που δεν τα βοηθάει γιατί τους αφαιρεί την εξισορρόπηση που προσφέρουν τα άνω άκρα.

Ο ηλικιακός μέσος όρος ανεξάρτητου βαδίσματος είναι οι 14 μήνες με εύρος 9–18 μήνες. Η χρήση των ηλικιακών οροσήμων δεν είναι απόλυτη και πρέπει να λαμβάνονται και άλλοι παράγοντες υπόψη.

Ο παιδίατρος είναι υποστηρικτικός και καθυστεράει τους γονείς σε μια ενδεχόμενη καθυστέρηση, με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν τα εξής στοιχεία:

- Ικανοποιητικός τόνος (σταθερό κάθισμα).
- Αλληλο-εναλλαγή των κάτω άκρων (κλώστημα).
- Μετακίνηση με κάποιο τρόπο (μπουσουλήμα, σύρσιμο).
- Απουσία περιορισμού στην κινητικότητα των αρθρώσεων.
- Απουσία ασυμμετριών.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη βάδιση

- ***Ωρίμανση της πρόσθιας κινητικής έλικας*** στον βρεγματικό λοβό και ενδυνάμωση των νευρωνικών κυκλωμάτων βάδισης.

- **Μυελίνωση της λευκής ουσίας** και συγκεκριμένα των συνδέσεων με τα βασικά γάγγλια που ελέγχουν το εύρος της κίνησης.
- **Ωρίμανση της παρεγκεφαλίδας** που ελέγχει την ισορροπία.
- **Μυελίνωση των περιφερικών νεύρων.**
- **Φυσική ανάπτυξη** και βελτίωση της μηχανικής συσχέτισης μεταξύ του κορμού και των άκρων (οι αναλογίες σε ένα παχύσαρκο βρέφος μπορεί να το καθυστερήσουν κινητικά).
- **Ιδιοσυγκρασία** και εσωτερική συνέπεια (ένα παιδί που έχει καθυστερήσει να καθίσει μπορεί να καθυστερήσει να περπατήσει).

Παράγοντες που δεν επηρεάζουν τη βάδιση

Το **περιβάλλον** από μόνο του δεν επηρεάζει τις κινητικές δεξιότητες, αλλά δρα συνεργικά με τα ανωτέρω. Μόνο σοβαρή και ακραία στέρηση εμπειριών μπορεί να επηρεάσει τις κινητικές δεξιότητες. Σε κάθε στάδιο, η κινητική εξέλιξη εξαρτάται, όχι μόνο από την εμπειρία, την ποιότητα και ποσότητα των ερεθισμάτων, αλλά και από την ακεραιότητα και ωριμότητα του εγκεφαλικού μηχανισμού που αφομοιώνει, οργανώνει και ενσωματώνει αυτές τις πληροφορίες.

Έτσι δεν επηρεάζουν τη βάδιση:

- Προγράμματα άσκησης βρεφών με φυσιολογική νευροανάπτυξη.
- Επαναλήψεις κινήσεων και μοτίβων κίνησης.
- Χρήση περπατούρας.

Η **περπατούρα** δεν βελτιώνει τη βάδιση και γενικότερα τις κινητικές δεξιότητες του παιδιού, γιατί η βάδιση είναι αδιαμφισβήτητο ο πιο εύκολος και αποδοτικός τρόπος μετακίνησης με την προϋπόθεση ότι, χρονικά θα εμφανιστεί σε έναν εγκέφαλο που είναι ικανός να ισορροπήσει μεταξύ διέγερσης (ενθουσιασμός για εξερεύνηση) και αναστολής (φόβος). *Η χρήση μεθόδων μετακίνησης πριν την ωρίμανση είναι άσκοπη.* Η κινητική ωρίμανση είναι μια δυναμική διαδικασία και προκύπτει από τη συνέργεια δεξιοτήτων σε πολλά επίπεδα.

Πρόσθετα, μπορεί να είναι επιζήμια γιατί η υποβοήθηση της θέσης και της στάσης που προσφέρει η περπατούρα, όταν η οπτικοχωρική αντίληψη είναι ανώριμη, εύκολα μπορεί να οδηγήσει σε ατύχημα.

Σε παιδιά με υποκείμενη υπερτονία των κάτω άκρων η περπατούρα διευκολύνει τη ραχιαία έκταση του πέλματος (ιπποποδία) *υπονομεύοντας* και όχι διευκολύνοντας τη βάδιση.

Σημεία μυϊκής αδυναμίας

Τον πρώτο χρόνο της ζωής, και ιδιαίτερα πριν την έναρξη της μετακίνησης, είναι δύσκολο να διαχω-

ριστεί η μυϊκή αδυναμία από την υποτονία λόγω κεντρικής νευρολογικής διαταραχής. **Πρώμο σημείο μυϊκής αδυναμίας, που εύκολα μπορεί να επισκοπηθεί από τον παιδίατρο, είναι η δυσκολία ή αδυναμία του βρέφους, σε οποιαδήποτε στιγμή, να ανασηκώσει τα άκρα του ενάντια στη βαρύτητα.** Με την έναρξη της μετακίνησης στο πρώτο έτος της ζωής, η μυϊκή αδυναμία μπορεί να αναδειχθεί βάσει κλινικών σημείων που τουλάχιστον θα θέσουν την υποψία μυϊκής αδυναμίας.

Κλινικά σημεία μυϊκής αδυναμίας:

- Σε ύπτια θέση δεν ανασηκώνει τα πόδια.
- Διατηρεί την καθιστή θέση αλλά δεν μπορεί να έρθει από μόνο του σε αυτή τη θέση.
- Όταν αιωρηθεί από τη λεκάνη σε πρηνή θέση δεν μπορεί να συγκρατήσει το βάρος στα χέρια του.
- Όταν τοποθετηθεί στην όρθια θέση μπορεί να στηριχθεί ακόμη και να κάνει βήματα, αλλά δεν μπορεί να ανασηκωθεί από την καθιστή στην όρθια θέση.*
- Τρόμος άνω άκρων.
- Μυϊκή ατροφία.

* Το σημείο αυτό μπορεί να ξεγελάσει τον παιδίατρο γιατί επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι, εφόσον το παιδί μπορεί και περπατάει δεν έχει μυϊκή αδυναμία.

Σημεία εγρήγορσης στην κινητική ωρίμανση τα πρώτα 2 χρόνια

- Απουσία ελέγχου κεφαλής στους 4 μήνες.
- Απουσία προστατευτικών χειρισμών στο κάθισμα στους 12 μήνες.
- Αδυναμία ανεξάρτητου καθίσματος χωρίς υποστήριξη στους 12 μήνες.
- Αδυναμία μετακίνησης στους 14 μήνες.
- Αδυναμία στήριξης και υποβοηθούμενης βάδισης στους 18 μήνες.
- Αδυναμία ανεξάρτητης βάδισης στους 20 μήνες.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Hall D., Williams J., Elliman D. The Child Surveillance Handbook. 3rd edition. 2009, Radcliffe Publishing Ltd.
- 2) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Infancy. Health Supervision: Newborn, first week visit, 2 months visit, 4 months visit, 6 months visit, 9 months visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 3) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Early childhood. Health supervision: 12 months visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org

- org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 4) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Promoting child development. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 5) Dixon S., Stein M. Encounters with children. Pediatric behavior and development. 4th edition. 2006, Mosby, Elsevier.
- 6) Hall D., Elliman D. Health for all children. Revised fourth edition. 2006, Reprinted 2007,2008. Oxford university press.
- 7) Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance Guide. Canadian Paediatric Society. Διαθέσιμο στο: www.rourkebabyrecord.ca
- 8) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental milestones 3: social-emotional development. *Pediatr Rev.* 2011; 32:533–6.
- 9) Wilks T, Gerber RJ, Erdie-Lalena C. Developmental milestones: cognitive development. *Pediatr Rev.* 2010; 31:364–7.
- 10) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental milestones: motor development. *Pediatr Rev.* 2010; 31:267–77.
- 11) Centers for Disease Control and Prevention. Important Milestones: Your Baby at Two Months. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2mo.html
- 12) Centers for Disease Control and Prevention. Important Milestones: Your Baby at Four Months. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-4mo.html
- 13) Centers for Disease Control and Prevention. Important Milestones: Your Baby at Six Months. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-6mo.html
- 14) Centers for Disease Control and Prevention. Important Milestones: Your Baby at Nine Months. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-9mo.html
- 15) Centers for Disease Control and Prevention. Important Milestones: Your Child at One Year. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-1yr.html
- 16) Dosman C., Andrews D. Anticipatory guidance for cognitive and social-emotional development: Birth to five years. *Paediatr Child Health.* 2012; 17:75–80.
- 17) NHS. Getting your baby at sleep. Διαθέσιμο στο: www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/getting-baby-to-sleep.aspx
- 18) NHS. Soothing a crying baby. Διαθέσιμο στο: www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/soothing-crying-baby.aspx
- 19) Johnson CP, Blasco PA. Infant Growth and Development. *Pediatr Rev* 1997; 18:224–242.
- 20) Marie Zaphiriou Woods, Inge- Marie Pretorius. Parents and toddlers in groups. A Psychoanalytic Developmental Approach. 2011, Routledge.
- 21) American Academy of Pediatrics. The complete and authoritative guide caring for your baby and young child birth to age 5. 5th Edition, Steven P. Shelov, Tanya Remer Altmann.
- 22) Sarah Gustavus Jones . Understanding your one-year-old (The Tavistock Clinic-Understanding your child) .2004, Paperback.
- 23) Chess, S, Thomas, A. (1986) The clinical significance of temperament. In *Temperament in Clinical Practice*. The Guilford Press, New York, London, 267–271.
- 24) Zuckerman BS, Lieberman AF, Nathan AF. Pediatric Round Table, Emotional regulation and developmental health. *Infancy and early childhood.* 2002.
- 25) Brazelton T.B. Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου. 1998, Ελληνικά Γράμματα.
- 26) Futagi Y1, Suzuki Y. Neural mechanism and clinical significance of the plantar grasp reflex in infants. *Pediatr Neurol.* 2010; 43:81–6.
- 27) Glascoe FP, Marks KP. Developmental-behavioral screening and surveillance. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 14.
- 28) Goldfarb CE1, Roberts W. Developmental monitoring in primary care. *Can Fam Physician.* 1996; 42:1527–32, 1535–6.
- 29) Sheridan. From birth to five years: Children's developmental progress; 3rd Ed, New York; Routledge Taylor & Francis e-Library, 2007.
- 30) Sices L. Developmental screening in primary care: the effectiveness of current practice and recommendations for improvement Boston Medical Center/Boston University School of Medicine December 2007.
- 31) Smith SL, Gossman MR, Canan BC. Selected primitive reflexes in children with cerebral palsy: consistency of response. *Phys Ther.* 1982; 62:1115–20.
- 32) Sohn M1, Ahn Y, Lee S. Assessment of Primitive Reflexes in High-risk Newborns. *J Clin Med Res.* 2011; 3:285–90.
- 33) Swaiman KF. Neurologic examination after the newborn period Until 2 years of age . In: Swaiman KF, Ashwal S, eds *Pediatric Neurology: Principles & Practice*. 3rd Ed, St Louis, MI: Mosby;1999:chap 3.
- 34) Zafeiriou DI. Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. *Pediatr Neurol.* 2004; 31:1–8.

Βιβλιογραφικές πηγές ειδικών παιδοψυχιατρικών θεμάτων

- 1) Πανοπούλου-Μαράτου Ο. (1987) Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στη βρεφική και νηπιακή ηλικία στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987:3–30.
- 2) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (2001), Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων στο Ν. Βαϊδάκης, Β. Αλεβίζος, Κ. Ευθυμίου, Επιμ., Σεξουαλική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, σελ. 21–31.
- 3) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ Κ. (2005) «Πρόληψη στα διάφορα στάδια ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 359–372.
- 4) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2005) «Η ψυχιατρική των βρεφών» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 5) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2008) «Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη των

- παιδιών» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 6) Αναγνωστόπουλος Δ., (2009), «Βλεμματική επικοινωνία και γνωστική ικανότητα» στο Λαζαράτου Ε. (επιμ.) «Ψυχική Αναστολή και Υπερκινητικότητα», Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 101–107.
 - 7) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2003) «Η κλινική σημασία του άγχους αποχωρισμού και η θεωρία της προσκόλλησης» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 20, τεύχος 2, σελ. 138–141.
 - 8) Σπυροπούλου Α, Λεονάρδου Α, Ζέρβας Ι.Μ, (2013) Ψυχική υγεία της αναπαραγωγής και περιγεννητική ψυχιατρική στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Διάπτας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:489–497.
 - 9) Αλεξανδρίδης Α, Τσιάντης Γ. (2008) Προσχολική παιδοψυχιατρική. 1. Ανάπτυξη, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.
 - 10) Αλεξανδρίδης Α, Τσιάντης Γ. (2009) Προσχολική παιδοψυχιατρική. 2. Κλινική και θεραπευτικές παρεμβάσεις, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009.
 - 11) Δραγώνα Θ, Τσιάντης Γ. (2008) Μωρά και μητέρες. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.
 - 12) Μπόλμπυ Τζων. Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών Μετάφραση: Πηνελόπη Στρατή, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.
 - 13) Λήδα Αναγνωστάκη, Έφη Λάγιου-Λιγνού, Μαρία Μαραγκίδη, Αιμιλία Μπαρτζώκη, Μαρία Τσελίκια, Σοφία Χασιλίδη. Παρατηρώντας το βρέφος. Η μέθοδος της ψυχαναλυτικής παρατήρησης βρέφους, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2011.
 - 14) Μπερτράν Κραμέρ. Επάγγελμα μωρό Μετάφραση: Μερόπη Μιχαέλη, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009.
 - 15) Δραγώνα Θ, Ναζίρη Δ. Οδεύοντας προς την πατρότητα. Εξιχνίαση μιας παραγνωρισμένης σχέσης. Εξάντας, Αθήνα, 1995.
 - 16) Dias, Cláudia Castro et al. (2014) Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. Journal of Affective Disorders, Volume 171, 142–154.
 - 17) Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics. 2009, 123:736–51.
 - 18) Bárbara Figueiredo, Cláudia C. Dias, Sónia Brandão, Catarina Canário, Rui Nunes-Costa. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. Jornal de Pediatria (Versão em Português), Volume 89, Issue 4, July–August 2013, 332–338.
 - 19) Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Radford K, Martinovic J, Ross LE. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2013, 74:321–41.
 - 20) Nospitz Joseph, Basic Handbook of Child Psychiatry, Normal Development. Basic Books Inc., New York, 1979, Vol. 1:3–233.
 - 21) Andres Martin, Fred R. Volkmar, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th Edition, The infant and toddler, Wolters Klower, Lippincott, Williams and Wilkins, USA 2007, 252–260.

2. ΝΗΠΙΑΚΗ-ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη παιδιών προσχολικής ηλικίας (2–5 ετών)

Εισαγωγή

Προσπαθώντας να προσδιορίσουμε ποια συμπεριφορά αποκλίνει από το φυσιολογικό κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία, ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα πολύπλοκο σύστημα αλληλεπίδρασης οργανικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ειδικότερα, στην ηλικιακή περίοδο των 2 έως 5 ετών, όπου οι οργανικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν σε μεγάλο βαθμό με τους περιβαλλοντικούς και οι γονείς διαδραματίζουν τον κρίσιμότερο ρόλο στην αναπτυξιακή πορεία του παιδιού, η διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες οργανικής και περιβαλλοντικής φύσης. Όπως προαναφέρθηκε, η υποστήριξη των γονέων σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια που διανύει το παιδί είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η μητέρα και ο πατέρας παίζουν καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων και των δυσκολιών που αυτό αντιμετωπίζει, από τη στιγμή της γέννησης μέχρι και την εφηβεία του. Ιδιαίτερα στα πρώτα αναπτυξιακά στάδια, όπου το παιδί είναι εξαρτημένο από τους ενήλικες που το φροντίζουν, η ανατροφή και η διαπαιδαγώγηση που θα λάβει καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την υγιή ανάπτυξή του. Επομένως, ένας ασφαλής δεσμός μεταξύ γονέα και παιδιού, συμβάλλει θετικά στην εξέλιξη και την προσαρμογή του και προάγει την ψυχική και σωματική του ευεξία.

Τα στάδια ανάπτυξης

Κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, το παιδί βρίσκεται στο **στοματικό στάδιο**, όπου η κύρια πηγή ευχαρίστησής του είναι ο θηλασμός και η απομύζηση. Η μητέρα είναι το κύριο πρόσωπο προσκόλλησης και επομένως πρέπει η ίδια να προσφέρει στο παιδί την απαραίτητη φροντίδα, αγάπη και αίσθηση του «ανήκειν» που χρειάζεται. Η αδυναμία της μητέρας να ανταποκριθεί σε τέτοιου είδους ανάγκες και να δημιουργήσει έναν ασφαλή και γερό δεσμό με το παιδί, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε σοβαρές οργανικές καθυστερήσεις όπως είναι «η αδυναμία ανάπτυξης μη οργανικής αιτιολογίας» (non organic failure to thrive) και «ο ψυχογενής νανισμός» (βλ. ειδικά παιδοψυχιατρικά θέματα).

Όταν ο θηλασμός παρατείνεται πέραν του στοματικού σταδίου τότε υπάρχει ο κίνδυνος της καθήλωσης

του παιδιού σε αυτή τη μορφή πρώιμης σχέσης με τη μητέρα του. Αυτό μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την επιτυχή είσοδο του παιδιού στο γενετήσιο στάδιο. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ανεπιτυχής διεργασία και έξοδος από το οιδιπόδειο στάδιο.

Στην ηλικία των 18 μηνών, το παιδί μπορεί να μετουσιώσει την ανάγκη του για την αποκλειστικότητα της μητέρας και την επιθυμία του για το μητρικό στήθος μέσω άλλων δραστηριοτήτων. Έτσι, όντας τώρα πιο ενεργητικό, μπορεί να αντιμετωπίσει την απώλεια της στενής σχέσης με τη μητέρα –εφόσον έχει διακοπεί ο θηλασμός– με το παιχνίδι και την κινητική δραστηριότητα. Μέσω της εκτόνωσης που του επιτρέπει ο έλεγχος των κινήσεων, αρχίζει σταδιακά να αποδέχεται την απομάκρυνση της μητρικής φιγούρας και να διαχειρίζεται τελικά την ‘απώλειά’ της. Σε αυτή την ηλικία, το παιδί επιδιώκει την επαφή με το περιβάλλον βαδίζοντας, πίνοντας, βάζοντας στο στόμα του αντικείμενα κλπ. Η ανάπτυξη της κινητικότητας αποτελεί κρίσιμο σταθμό στην εξέλιξη ενός παιδιού, αλληλεπιδρά με γνωστικούς παράγοντες (εξερεύνηση του περιβάλλοντος), και ψυχολογικούς (μετουσίωση επιθετικότητας). Έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά με συναισθηματική στέρηση μπορεί να παρουσιάσουν μεγάλη καθυστέρηση στην κινητική ανάπτυξη.

Με τις νέες κινητικές δυνατότητες του παιδιού έρχονται και οι πρώτες ευθύνες, αφού από την ηλικία των 24 μηνών αρχίζει να ζητείται από το παιδί ο έλεγχος των δραστηριοτήτων του κι ειδικότερα αρχίζει να τίθεται ο έλεγχος των σφιγκτήρων, που αφορά τις απεκκριτικές λειτουργίες της ούρησης και της αφόδευσης και όχι της απορρόφησης (θηλασμός) όπως στο προηγούμενο στάδιο. Το παιδί σε αυτή την ηλικία (18 μηνών έως και 3 χρόνων), διανύει την περίοδο του **πρωκτικού σταδίου**, όπου ο πρωκτός αποτελεί την εστία της ψυχικής έντασης και ικανοποίησης. Το νήπιο σε αυτό το στάδιο αντιμετωπίζει έντονα και αντιφατικά συναισθήματα που χαρακτηρίζονται από την **αμφιθυμία**.

Τα προϊόντα του σώματος (ούρα και κόπρανα) βιώνονται από το παιδί ως δική του δημιουργία η οποία μπορεί να επηρεάσει τη σχέση με τους γονείς του. Η αμφιθυμία του παιδιού σε αυτό το στάδιο είναι πολύ βαθιά, έντονη κι αποτελεί μία από τις πρώτες συναισθηματικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με τις λειτουργίες του σώματος. Η αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του παιδιού από τον γονέα, κατά τη διαδικασία απόκτησης του ελέγχου των σφιγκτήρων, διαμορφώνει τις αρχικές βάσεις της ηθικής. Η υπερβολικά αυστηρή συμπεριφορά από τον γονέα και η ρητή απαγό-

ρευση άλλων αντισταθμιστικών δραστηριοτήτων του παιδιού, π.χ. παιχνίδι με τα χρώματα, μπορεί να οδηγήσουν το παιδί αργότερα σε *ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές* (υπερβολική καθαριότητα και τάξη) ή το αντίστροφο π.χ. λερώματα με βρωμιές. Σε περιπτώσεις που το παιδί βιώνει ανασφάλεια και αισθάνεται ανικανοποίητο κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, είναι πιθανό να εκδηλώσει διαταραχές του πεπτικού συστήματος που διαρκούν μέχρι και την ενηλικίωση, π.χ. διάρροια, δυσκοιλιότητα, στομαχόπονος.

Επιπλέον, στο στάδιο αυτό τα παιδιά μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν μέσω της *μίμησης* των ενηλίκων και ειδικότερα των γονέων. Παρατηρούμε ότι τα νήπια παριστάνουν συχνά τη μητέρα, λένε «όχι» ή «μη» και κουνούν το δάχτυλό τους αρνητικά, εκφράζοντας μια επιθετική συμπεριφορά για να δηλώσουν τη δυσαρέσκειά τους. Η ανθρώπινη ικανότητα για μίμηση είναι θεμελιώδης, αφού επιτρέπει την αντοχή στην απαγόρευση και διευκολύνει την αντιμετώπιση της αγωνίας που δημιουργείται από αυτήν. Από την άλλη μεριά, αποτελεί την αρχή της ανθρώπινης κρίσης και της ικανότητας για διάλογο.

Παιδιά τα οποία προέρχονται από επιθετικά και βίαια περιβάλλοντα συχνά εκδηλώνουν επιθετικές συμπεριφορές εφόσον μιμούνται τα πρόσωπα φροντίδας. Τα παιδιά αυτά βιώνουν την επιθετικότητα ως ένα θεμιτό μέσο αλληλεπίδρασης και κοινωνικοποίησης, αφού αποτελεί τον κύριο τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Ένα παιδί που ζει σε ένα βίαιο και ασταθές περιβάλλον και δέχεται συστηματικά επιθετικότητα, την επαναλαμβάνει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα παιδιά δεν διαθέτουν ασφαλείς εικόνες για να ταυτιστούν με αποτέλεσμα να αδυνατούν να αντιμετωπίσουν και να αντέξουν τις απαγορεύσεις, πολύ περισσότερο που παράλληλα δεν έχουν λάβει την ασφάλεια και την αγάπη που θα ισχυροποιήσει το «εγώ» τους. Παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε απορριπτικές και βίαιες οικογένειες, δεν μπορούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους, ενώ δυσκολεύονται να δεχθούν αμοιβαιότητα και τρυφερότητα από άλλους. Επομένως, τα παιδιά αυτά είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσουν *διαταραχές διαγωγής και στη μετέπειτα ζωή τους αντικοινωνική ή και παραβατική συμπεριφορά*.

Όπως προαναφέρθηκε, το βρέφος αισθάνεται ότι το σύμπαν είναι επικεντρωμένο γύρω από τον εαυτό του και πως το ίδιο είναι «ένα» με τη μητέρα. Από την ηλικία των 18 μηνών όμως ξεκινά να ενεργεί υποβοηθούμενο από μια εσωτερική διερεύνηση, αφού διαθέτει πλέον την ικανότητα της νοητικής αναπαράστασης των *αιτιωδών σχέσεων*. Έχει αρχίσει δηλαδή να ξεχωρίζει τις δικές του πράξεις ως αιτίες. Γνωρίζει για παράδειγμα πως αν πατήσει στην καρέκλα θα φτάσει το ντουλάπι και θα προσεγγίσει το παιχνίδι που θέλει.

Το παιδί μπορεί σ' αυτή την ηλικία να σχηματίσει νοητικές εικόνες για αντικείμενα που δεν βλέπει και επομένως να σταθεροποιήσει την *έννοια της μονιμότητας του αντικειμένου*. Για παράδειγμα, τώρα το παιδί είναι σε θέση να αντιληφθεί τη μητέρα του σαν ενιαία οντότητα, ως ένα άτομο με πλήρη υπόσταση, διακριτό. Σε αυτό το στάδιο όπου το παιδί αντιλαμβάνεται πλήρως την απώλεια, ο αποχωρισμός από τους γονείς ακόμα κι αν είναι σύντομος, μπορεί να του προκαλέσει έντονο άγχος και να οδηγήσει στην εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς.

Στην ηλικία των τριών ετών όμως, που έχει αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό ο νευρομυϊκός έλεγχος και οι γνωστικές λειτουργίες του μικρού παιδιού, το νήπιο αρχίζει να αυτονομείται περισσότερο και να διαχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους. Έτσι, αποκτά την έννοια της *σωματικής εικόνας* και μπορεί, μετά την ηλικία των 3,5 χρόνων, να αναπαριστά στα σχέδιά του ένα σκίτσο ανθρώπου (βλ. ειδικά παιδοψυχιατρικά θέματα). Εδώ, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμπεριφορά των γονέων όσο αφορά την ανεξαρτητοποίηση του παιδιού και τη διαμόρφωση του «εγώ» του. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο αποχωρισμός από τους γονείς αποτελεί έναν τρόπο εξάσκησης για το παιδί, ο οποίος έχει ως σκοπό την ενίσχυση της έννοιας του εαυτού και της διάκρισής του από τους άλλους και κυρίως από τους γονείς. Ένα οικογενειακό περιβάλλον που εμποδίζει το παιδί να αυτονομηθεί, δυσχεραίνει και τη διαδικασία διάκρισης του νηπίου από τους γονείς του. Από τις πιο συνηθισμένες φοβίες που συναντώνται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 3 ετών είναι ο φόβος απώλειας των γονέων. Ο φόβος αποχωρισμού από τους γονείς στις ηλικίες του ενός έως και πέντε ετών θεωρείται φυσιολογικός (βλ. ειδικά παιδοψυχιατρικά θέματα). Από την άλλη πλευρά όμως, το παιδί των τριών χρονών και άνω, μπορεί ν' αποχωρίζεται τα πρόσωπα φροντίδας για κάποιο διάστημα μέσα στην ημέρα. Η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού π.χ. κλάμα, έντονος φόβος, που μπορεί να εκδηλωθεί όταν αποχωρίζεται τους γονείς του, όπως για να πάει στον παιδικό σταθμό, συνήθως δεν ξεπερνάει τις τρεις με τέσσερις εβδομάδες. Όταν τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα έντονα και επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, θεωρείται πως η συμπεριφορά ίσως αποκλίνει από το φυσιολογικό και το παιδί μπορεί να έχει *διαταραχή άγχους αποχωρισμού*.

Από την ηλικία των τριών ετών, το παιδί εισέρχεται στο *γενετήσιο στάδιο* όπου αποκτά αντίληψη της εικόνας του σώματός του. Όπως προαναφέρθηκε, το παιδί είναι τώρα ικανό να διακρίνει τον εαυτό του από το περιβάλλον και να διαφοροποιηθεί από τους γύρω του. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου αναπτύσσεται η έννοια της ταυτότητας φύλου και το νήπιο ξε-

κινά να προσανατολίζεται σεξουαλικά. Το παιδί, γνωρίζοντας το σώμα του, συνειδητοποιεί τη διαφορετική δομή των γεννητικών οργάνων μεταξύ των δύο φύλων.

Ο τρόπος με τον οποίο το παιδί βιώνει το σώμα του και την ταυτότητα του φύλου του θα επηρεάσει σημαντικά τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. *Η ταύτιση του παιδιού με τον γονέα του ίδιου φύλου* θα παίξει καθοριστικό ρόλο στον ψυχοσεξουαλικό προσανατολισμό του και επομένως οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του σε αυτή την ηλικία είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Ο ρόλος του κάθε γονέα μέσα στην οικογένεια, οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς αλλά και οι σχέσεις των γονέων μεταξύ τους, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ταυτότητας φύλου και στον σεξουαλικό προσανατολισμό του παιδιού. Παράλληλα με την ανάπτυξη της ταυτότητας φύλου εμφανίζεται και η ασυνείδητη σεξουαλική επιθυμία του παιδιού, προς τον πατέρα για τα κορίτσια και τη μητέρα για τα αγόρια.

Η ασυνείδητη σεξουαλική επιθυμία του παιδιού για τον γονέα του, το τοποθετεί σε μια **τριγωνική σχέση** που περιλαμβάνει πλέον και τον πατέρα (αφού έχει σεξουαλική σχέση με τη μητέρα). Τα πρώτα δύο χρόνια το παιδί «ανήκει» στη μητέρα. Στη συνέχεια ο πατέρας ξεκινά να «σπάει» αυτήν τη δύαδα και να τη μετατρέπει σε τριάδα. Τα πρώτα δύο χρόνια ο πατέρας λειτουργεί υποστηρικτικά για τη μητέρα και συμπληρωματικά ως προς αυτήν για το παιδί. Από τον δεύτερο χρόνο, κι ειδικότερα από την ηλικία των 3 μέχρι των 5 ετών, ο ρόλος του είναι καθοριστικός για τη συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού. Σύμφωνα με τη φροϋδική θεωρία του **οιδιπόδειου συμπλέγματος**, ο πατέρας θεωρείται αντίπαλος του γιού, καθώς διεκδικούν και οι δυο την αγάπη και τη στοργή της ίδιας γυναίκας (της μητέρας). Για να προφυλαχθεί από την πατρική επιθετικότητα ο γιος, θα αναγκαστεί να ταυτιστεί μαζί του. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στα κορίτσια, τα οποία επιθυμούν να υποκαταστήσουν τη μητέρα για να διεκδικήσουν τον πατέρα τους. Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και η αδυναμία της λύσης του οιδιπόδειου συμπλέγματος χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος και μπορεί να οδηγήσουν το παιδί αυτής της ηλικίας σε νευρωτικές συμπεριφορές όπως είναι η ενούρηση και η εγκόπριση. Η απουσία του πατέρα από τη ζωή του αγοριού παρεμποδίζει την ταυτοποίηση μαζί του, διαδικασία η οποία είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της ταυτότητας του. Για να μπορέσουν να διαχειριστούν τα συναισθήματα της απώλειας, τα αγόρια μπορεί να *στρέψουν την επιθετικότητά τους προς τους άλλους* και να αναπτύξουν αργότερα *αντικοινωνική συμπεριφορά*. Συχνά διακατέχονται από ανασφάλεια κι ανωριμότητα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολίες στις σχέσεις τους με συνομηλίκους ή αναζητούν πατρικά υποκατάστατα με λανθασμένη μορφή.

Στα κορίτσια η έλλειψη του πατέρα μπορεί να δημιουργήσει *διαστρεβλωμένη εικόνα για το αντρικό πρότυπο*. Μπορεί να νιώθουν φόβο εγκατάλειψης και απόρριψης από το αντίθετο φύλο και να αισθάνονται ενοχές όταν η σχέση τους δεν εξελίσσεται σωστά, παρόλο που μπορεί να μην ευθύνονται εκείνα. Ο ρόλος του πατέρα προσφέρει σταθερότητα και αίσθημα ασφάλειας στο παιδί, ανεξαρτήτως φύλου. Η μητέρα συνεπώς πρέπει να παραχωρήσει χώρο στον πατέρα, ώστε να μπορέσει να παίξει τον καθοριστικό του ρόλο. Σε αντίθετη περίπτωση η **πατρική αποστέρηση** θα έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, *θα παραμείνει προσκολλημένο στη μητέρα* και αυτό θα επηρεάζει τη ζωή του, δημιουργώντας ένα αίσθημα προσωπικής αδυναμίας και ανεπάρκειας.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων

Η ηλικία των 3 έως και πέντε ετών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη **στις ψυχικές επιβαρύνσεις και το στρες**. Η συναισθηματική αποστέρηση, οι οικογενειακές εντάσεις, η νευρωτική και η κακοποιητική συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί, όπως επίσης και το αποδιοργανωτικό περιβάλλον της οικογένειας, μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχοσωματικές διαταραχές κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία.

Οι πρώτες θεωρίες που επιχειρήσαν να εξηγήσουν την ψυχική επιβάρυνση-στρες στην παιδική ηλικία υποστηρίζουν ότι το παραγόμενο άγχος στα παιδιά λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι σε υποσυνείδητες συγκρούσεις, π.χ. οιδιπόδειο σύμπλεγμα, δηλαδή την ασυνείδητη σεξουαλική επιθυμία του παιδιού για τον γονέα του αντίθετου φύλου. Στόχος του είναι η προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του και απώτερος σκοπός η ανθρώπινη επιβίωση. Το άγχος είναι επομένως μια λειτουργία που βοηθά στην επιβίωση του ατόμου όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με επώδυνες εσωτερικές συγκρούσεις. Γενικότερα, υπάρχει μια προδιάθεση στο στρες, η οποία είναι βιολογικά προκαθορισμένη και ύστερα από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του και την επίδραση ψυχοπνευματικών παραγόντων όπως π.χ. παραμέληση του παιδιού από τους γονείς, έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών άγχους ή συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτό.

Επίσης, από την ηλικία των δύο ετών, το παιδί αρχίζει να χαλαρώνει το στενό σύνδεσμο με τη μητέρα και βγαίνει από την παθητικότητα και την εξάρτηση, ενώ ταυτόχρονα διαχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους και χτίζει το «εγώ» του. Το «εγώ» του παιδιού αποτε-

λεί το άθροισμα των αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον του, κυρίως το οικογενειακό.

Επομένως, τα παιδιά που μεγαλώνουν με υπερβολικά αγχώδεις γονείς ή με υπερβολικά επικριτικούς και απαιτητικούς γονείς βιώνουν καθημερινά τη συναισθηματική ανασφάλεια και τη δυσαρμονία που κυριαρχεί στο οικογενειακό περιβάλλον. Αντιδρώντας στην ανασφάλεια των γονέων, δυσκολεύονται να λύσουν τις δικές τους εσωτερικές συγκρούσεις. Από τη στιγμή που τα πρόσωπα φροντίδας αντιδρούν συνήθως με το συναίσθημα της ενοχής, του άγχους, της ανασφάλειας και του υπερβολικού ελέγχου, η συμπεριφορά τους είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει το παιδί στην εκδήλωση διαταραχών που σχετίζονται με το στρες. Κατά συνέπεια, το παιδί είναι πιθανό να αντιμετωπίσει δυσκολίες προσαρμογής και να εξελιχθεί σε ένα συναισθηματικά ανώριμο άτομο που εκδηλώνει νευρωτικές συμπεριφορές και παλινδρομεί σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια. Τα συμπτώματα του άγχους εκδηλώνονται τόσο στο σωματικό επίπεδο όσο και στο γνωστικό και στο επίπεδο της συμπεριφοράς. Στο σωματικό επίπεδο εκφράζονται με τις ψυχοσωματικές αντιδράσεις του οργανισμού στο στρες, στο γνωστικό με τη νοηματοδότηση του παιδιού σε σχέση με την ψυχοπνευστική κατάσταση που βιώνει π.χ. «αν η μαμά δει ότι έσπασα το βάζο δεν θα με αγαπάει» και στο επίπεδο της συμπεριφοράς με την εμφάνιση αντιδράσεων που τείνουν να το προστατεύσουν από το υπερβολικό άγχος, όπως κλάμα, αποφυγή.

Το έντονο άγχος σε αυτές τις ηλικίες μπορεί να οδηγήσει και σε **διαταραχές του ύπνου**, οι οποίες μπορούν να μεγεθύνουν άλλα συμπτώματα και να προκαλέσουν επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα.

Δυσκολίες στον ύπνο μπορούν να προκαλέσουν και οι φοβίες που μπορεί να έχει ένα παιδί. Παρόλα αυτά, πολλές φοβίες στην παιδική ηλικία δικαιολογούνται από το αναπτυξιακό στάδιο που διανύει το νήπιο. Μόνο σε περιπτώσεις όπου η ένταση της φοβίας αποκλίνει σημαντικά από το φυσιολογικό, και το αντικείμενο του φόβου είναι ακατάλληλο για την αναπτυξιακή ηλικία του νηπίου, αξιολογείται η συμπεριφορά του παιδιού. Οι φοβίες είναι σημαντικό να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη διότι σχετίζονται άμεσα με το στρες και αποτελούν αιτία προβληματικών συμπεριφορών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που απορρέουν

από το έντονο άγχος.

Συμπερασματικά, η δυσκολία της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, που συχνά συνυπάρχουν με ποικιλία οργανικών συμπτωμάτων. Αυτή η δυσκολία προσαρμογής είναι σπάνια το αποτέλεσμα μίας και μόνο αιτίας. Αντίθετα, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που διαφοροποιείται ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, το οικογενειακό σύστημα στο οποίο ανήκει και τις καταστάσεις στις οποίες μεγαλώνει.

Στον Πίνακα 2.1 αναγράφονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Η συνέντευξη με τους γονείς και η διερεύνηση των σχέσεων με το παιδί πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής αξιολόγησης της ανάπτυξης του, αλλά και της αντιμετώπισης των δυσκολιών του. Η ορθή συνεργασία και συμβουλευτική με τους γονείς επηρεάζει πολύ θετικά την πορεία της ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής εξέλιξης και προσαρμογής του παιδιού.

Αναπτυξιακές κρίσεις στην παιδική ηλικία

Η πορεία του ανθρώπινου υποκειμένου από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι το θάνατό του αποτελεί μια συνεχή εξελικτική βιοψυχοκοινωνική αναπτυξιακή διαδικασία, η οποία ολοκληρώνεται μέσα από το πέρασμα διάφορων σταδίων.

Η έννοια της **αναπτυξιακής κρίσης ή αναπτυξιακής παλινδρόμησης** συνδυάζεται με την πορεία εξέλιξης των αναπτυξιακών σταδίων από το ένα στο άλλο.

Θεωρείται, ότι κατά τη μετάβαση από το ένα στάδιο ανάπτυξης στο επόμενο, το παιδί έρχεται αντιμέτωπο με συνθήκες στρες, που του προκαλείται από τη διαδικασία επίλυσης και κατάκτησης των ιδιαίτερων βιοψυχοκοινωνικών στόχων ωρίμανσης που είναι συνδεδεμένοι με το συγκεκριμένο στάδιο.

Έτσι, το παιδί συχνά προτιμά να παραμείνει στο προηγούμενο στάδιο με το οποίο έχει εξοικειωθεί ή ακόμα και να παλινδρομήσει. Αποτελεί μια φυσιολογι-

Πίνακας 2.1

Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.



κή διαδικασία που επιτρέπει στο παιδί να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο, γι' αυτό και οι αναπτυξιακές κρίσεις συχνά αναφέρονται και ως **κρίσεις ωρίμανσης**.

Η επιθυμία για “μη μεγάλωμα” είναι οικεία ακόμη και στην ενήλικη ζωή του ατόμου όπου υπάρχουν ανάλογες κρίσεις παλινδρόμησης.

Παρομοιάζεται με την κίνηση των τροχών της αμαξοστοιχίας που για την προς τα εμπρός κίνηση απαιτείται μια μικρή προς τα πίσω παλινδρόμηση.

Άλλοι παρομοιάζουν την αναπτυξιακή κρίση σαν το πήδημα πάνω από ένα ρυάκι, που απαιτεί να πας πίσω για ένα δύο βήματα ώστε να πάρεις “φόρα” και να πηδήσεις σταθερά και με δύναμη.

Στην καθημερινή κλινική πρακτική συχνά βλέπουμε παιδιά αλλά και εφήβους να αντιμετωπίζουν έντονο στρες, που άλλοτε εκδηλώνεται με την επανεμφάνιση συμπτωμάτων και συμπεριφορών παιδιού μικρότερης ηλικίας/παλινδρόμηση κι άλλοτε με διατήρηση συμπεριφορών προηγούμενου σταδίου στο επόμενο/καθήλωση.

Έτσι, είναι συχνό στην ηλικία των 3–5 χρόνων να παρουσιάζουν πρόβλημα με τους σφιγκτήρες που τους έχουν ήδη ελέγξει (ενούρηση, κατακράτηση κοπράνων, παραξενιές στο φαγητό, αταξία) το οποίο χωρίς την κατάλληλη φροντίδα μπορεί να εγκατασταθεί.

Συνήθως, την παλινδρόμηση ή καθήλωση, σηματοδοτεί μια ατελής επεξεργασία των αναπτυξιακών στόχων του προηγούμενου σταδίου που εμποδίζει την ήρεμη μετάβαση στο επόμενο. Τις πιο πολλές φορές η κατάσταση αυτή είναι παροδική, ανεξάρτητα από την ένταση των συμπτωμάτων. Μερικές φορές πυροδοτούνται από πρόσκαιρες εξωτερικές δυσμενείς συνθήκες.

Παρόλα αυτά χρειάζεται προσοχή και παρακολούθηση, προκειμένου να αναγνωρισθούν έγκαιρα καταστάσεις σοβαρότερες που υποδηλώνουν μονιμότερη εσωτερική δυσκολία του παιδιού.

Συνήθως οι αναπτυξιακές «κρίσεις» μετατρέπονται σε παθολογικές όταν:

- Εξωτερικοί δυσμενείς παράγοντες παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ή/και υπερβαίνουν τις εσωτερικές δυνατότητες του παιδιού.
- Υπάρχει γενικότερη αποτυχία στη σταθερή κατάρτηση των αναπτυξιακών στόχων του κάθε επιμέρους σταδίου.
- Υπάρχει εκσεσημασμένη ή/και παθολογική αδυναμία του εξωτερικού περιβάλλοντος (γονείς) να ανταποκριθεί στις φυσιολογικές ανάγκες του παιδιού και του εφήβου.

Τις περισσότερες φορές όμως είναι ελαφρές –παρά το γεγονός ότι αναστατώνουν την οικογένεια– και παροδικές.

Ο ρόλος του παιδίατρου είναι:

- Αφού ο ίδιος κατανοήσει την έννοια της αναπτυξιακής κρίσης με βάση την αναγνώριση των σταδίων της ψυχο-συναισθηματικής ανάπτυξης, να την εξηγήσει στους γονείς ώστε να καθουχάσουν. Επίσης, να τους υποδείξει τρόπους ώστε να βοηθήσουν το παιδί τους να περάσει στο επόμενο στάδιο. Η κατανόηση, ο εφησυχασμός και η υποστήριξη του παιδιού στο να μην φοβάται το πέρασμα στο επόμενο στάδιο είναι συνήθως αρκετά.
- Η αναγνώριση παθολογίας στο παιδί, στο σύστημα της οικογένειας ή στην παρουσία σοβαρών εξωγενών παραγόντων, οπότε και πρέπει να σκεφτεί την ανάλογη υποστήριξη του παιδιού και των γονέων.

Συχνά, παιδιά ηλικίας 5–6 χρόνων είναι μπερδεμένα από άστοχη, από τη μεριά των γονέων, αντιμετώπιση της σεξουαλικότητας. Πειράγματα, αγγίγματα, γύμνια των γονέων και η μη εκπαίδευση στην ιδιωτικότητα, είναι σε αυτή την ηλικία αρνητικοί παράγοντες.

Μην ξεχνάμε ότι το μεγάλωμα για τα παιδιά είναι ισοδύναμο “στέρησης”. Λέγοντας “είσαι μεγάλη/ος, μπορείς να το καταφέρεις” κάνουμε το παιδί να χάνει προηγούμενα προνόμια και να μην θέλει να μεγαλώσει. Καμιά φορά είναι αρκετό για τη λύση της κρίσης να συνδεθεί το μεγάλωμα με χαρά λέγοντας “είσαι μεγάλη/ος και θα πάμε στο θέατρο ή θα πάρουμε μεγαλύτερο ποδήλατο κλπ.”

2.2. Ειδικά παιδοψυχιατρικά θέματα

Αδυναμία ανάπτυξης μη οργανικής αιτιολογίας

Η μη πρόσληψη βάρους ή η απώλεια βάρους του παιδιού είναι μερικές φορές συνέπεια ψυχολογικών παραγόντων, κυρίως συναισθηματικής παραμέλησης που υφίσταται από τη μητέρα. Θεωρείται πως τα παιδιά με αδυναμία πρόσληψης ή σημαντική απώλεια βάρους υποφέρουν από «κατάθλιψη» η οποία τα οδηγεί εν τέλει σε ενδοκρινικές διαταραχές. Η διατροφική αυτή διαταραχή συναντάται σε βρέφη αλλά και σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας (μέχρι έξι ετών), και ακραία μπορεί να οδηγήσει σε αναπτυξιακές διαταραχές ή νοητική υστέρηση. Η σημαντική μη πρόσληψη ή και απώλεια βάρους παιδιών βρεφικής ηλικίας έως και 6 ετών, όταν αποκλεισθούν οργανικοί παράγοντες, χρειάζεται να γίνεται αντικείμενο και παιδοψυχιατρικής αξιολόγησης. Κατ' αυτό τον τρόπο διερευνούνται η παρουσία, το είδος, η ποιότητα και οι επιπτώσεις των σχέσεων που επικρατούν και έτσι προκύπτει η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ψυχογενής νανισμός

Ο ψυχοκοινωνικός νανισμός είναι απότοκος ψυχοσυναισθηματικής στέρησης που εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 2 και 15 ετών με βασικά χαρακτηριστικά: ανάστημα χαμηλότερο του αναμενόμενου από την ηλικία και τις γενετικές καταβολές, μειωμένη έκκριση αυξητικής ορμόνης, ανώριμη σκελετική ηλικία και σοβαρά προβλήματα προσαρμογής. Το τελευταίο χαρακτηριστικό είναι αυτό που μας βοηθά να ξεχωρίσουμε τον ψυχοκοινωνικό νανισμό από το οργανικής αιτιολογίας χαμηλό ανάστημα. Τα παιδιά αυτά δεν φαίνονται υποσιτισμένα, ενώ το βάρος τους είναι κανονικό σε σχέση με το ύψος τους. Η σοβαρή ψυχοσυναισθηματική στέρηση αντανakλάται στο βιολογικό υπόστρωμα με τη διαταραχή της επικοινωνίας μεταξύ του υποθάλαμου και της υπόφυσης με αποτέλεσμα την αναστολή στη σωματική αύξηση. Έχει βρεθεί ότι στις περιπτώσεις που τα παιδιά με ψυχοκοινωνικό νανισμό απομακρύνθηκαν από το στερητικό περιβάλλον τους, το επίπεδο της αυξητικής ορμόνης επέστρεψε στο φυσιολογικό και άρχισαν γρήγορα να αναπτύσσονται σωματικά. Στις περιπτώσεις όμως που η παρέμβαση καθυστερεί πολύ, το κοντό ανάστημα παραμένει μόνιμο.

Παιδικό παιχνίδι

Από την ηλικία των τριών ετών όπου το παιδί αρχίζει να αλληλεπιδρά πιο ενεργά με τους γύρω του, και το

παιχνίδι του από μοναχικό γίνεται ομαδικό, η μίμηση της συμπεριφοράς των γονέων γίνεται πιο εμφανής. Είναι το στάδιο όπου τα παιδιά από το παράλληλο παιχνίδι ξεκινούν να παίζουν μαζί με άλλους. Οι δεξιότητες που τα βοηθούν να εξελίξουν το παιχνίδι τους και κατά συνέπεια την επικοινωνία τους με τους συνομηλίκους, μαθαίνονται από το οικογενειακό περιβάλλον. Επομένως, το παιχνίδι με τον γονέα και η επικοινωνία του παιδιού με τα πρόσωπα φροντίδας το προετοιμάζουν για τις πρώτες αυτές μορφές της κοινωνικοποίησης, του παιχνιδιού δηλαδή με άλλα παιδιά.

Επίσης, οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στο παιχνίδι του μικρού παιδιού, αφού μέσω αυτής της διαδικασίας προάγουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτονομίας του. Το παιδί των τριών ετών όταν αποτυγχάνει στο παιχνίδι του τείνει να αποδίδει την αποτυχία του σε εξωτερικούς παράγοντες. Από τα τέσσερα έτη αρχίζει να καταβάλει μεγαλύτερες προσπάθειες για επιτυχία, αφού ξεκινά να βιώνει τα λάθη ως δική του ευθύνη. Η αποτυχία σε αυτό το στάδιο μπορεί να προκαλέσει σημαντική ψυχική επιβάρυνση. Το κίνητρο για επιτυχία ή αποτυχία της προσπάθειας του παιδιού στο παιχνίδι του εξαρτάται από τη στάση των γονέων. Οι γονείς, με την κατάλληλη ενθάρρυνση και την κατάλληλη οριοθέτηση, μπορούν να προσφέρουν στο παιδί τους τα απαραίτητα κάθε φορά περιθώρια ανεξαρτησίας για την ηλικία του ώστε εκείνο να νιώθει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτονομία. Εδώ χρειάζεται προσοχή ούτως ώστε το παιδί να μην ωθείται από τους γονείς σε ενασχόληση με παιχνίδια που απαιτούν δεξιότητες μεγαλύτερες της ηλικίας του. Επίσης, να μην υποκαθίσταται η προσπάθειά του από τους γονείς του.

Σημαντικός είναι και ο χρόνος που αφιερώνει ο γονέας στο παιχνίδι με το παιδί. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο λιγότερο πρέπει να αφήνεται να παίζει μόνο του και αντίστροφα.

Το επιτυχημένο παιχνίδι προσφέρει ικανοποίηση στο παιδί, ενισχύει τον αυτοσεβασμό του και την ανεξαρτησία του. Αντίθετα, η συνεχής αποτυχία στο παιχνίδι του προκαλεί αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό του και του δημιουργεί μεγάλο άγχος. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος επιβράβευσης ή αποθάρρυνσης των επιτευγμάτων του παιδιού από τους γονείς.

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να αναφερθεί η σημασία του συμβολικού παιχνιδιού. Το **συμβολικό παιχνίδι** που παρατηρείται σε αυτές τις ηλικίες είναι για το παιδί ότι η λεκτική έκφραση για τον ενήλικα. Γίνεται το μέσο με το οποίο εκφράζει τις ανάγκες του, διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και έρχεται αντιμέτωπο με τον πραγματικό κόσμο.

Παιδικό ιχνογράφημα

Στη ζωγραφική του παιδιού διακρίνονται τρία βασικά στάδια εξέλιξης:

- Το στάδιο του *μουντζουρώματος* (18 μηνών έως τριών ετών).
- Το *στάδιο του διανοητικού ρεαλισμού* (4 έως 8 ετών), όπου το παιδί ζωγραφίζει ότι ξέρει και όχι ότι βλέπει, όπως για παράδειγμα το σχέδιο ενός σπιτιού όπου μπορούμε να διακρίνουμε και το εσωτερικό του (τα έπιπλα και τους ανθρώπους που κατοικούν σε αυτό).
- Το *στάδιο του οπτικού ρεαλισμού*, όπου το παιδί ζωγραφίζει ότι βλέπει (10 ετών και άνω). Μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου σταδίου εμφανίζεται η ικανότητα του παιδιού να διαχωρίζει τον εαυτό του από το περιβάλλον. Αξίζει να αναφερθεί πως τα παιδιά που πάσχουν από ψύχωση δυσκολεύονται να σχηματίσουν ένα πλήρες σχέδιο ανθρώπου στη ζωγραφική τους. Τα ψυχωτικά παιδιά βιώνουν την αποσύνθεση του «εγώ» αφού η ίδια η ψυχωτική εμπειρία προκύπτει από την αποδιοργάνωση του εαυτού. Κατά συνέπεια, δεν μπορούν να διακρίνουν τον εαυτό τους από τον εξωτερικό κόσμο και έτσι αδυνατούν να σχηματίσουν την αναπαράσταση ενός ανθρώπου, αφού δεν κατέχουν την έννοια της σωματικής εικόνας.

Κοινές φοβίες στη βρεφική και νηπιακή ηλικία

Ηλικία	Αντικείμενο φόβου
0–6 μηνών	Απώλεια σωματικής επαφής, δυνατοί θόρυβοι.
7–12 μηνών	Άγνωστοι άνθρωποι, αντικείμενα που παρουσιάζονται στο παιδί απρόσμενα.
1 ^{ος} χρόνος	Αποχωρισμός από τους γονείς, τραυματισμοί, άγνωστοι άνθρωποι.
2 ^{ος} χρόνος	Δυνατοί θόρυβοι, ζώα, σκοτεινό δωμάτιο, αποχωρισμός από τους γονείς, μεγάλα αντικείμενα και αλλαγή στο περιβάλλον του παιδιού.
3 ^{ος} χρόνος	Μάσκες, σκοτάδι, αποχωρισμός από τους γονείς, ζώα.
4 ^{ος} χρόνος	Αποχωρισμός από τους γονείς, ζώα, σκοτάδι, θόρυβοι.
5 ^{ος} χρόνος	Ζώα, «κακοί άνθρωποι», σκοτάδι, αποχωρισμός από τους γονείς, κακό (σωματικό κυρίως) που μπορεί να προκαλέσει κάποιος στο παιδί.

2.3. Η ηλικία των 18 μηνών

Γενική περιγραφή

Το νήπιο των 18 μηνών έχει ανάγκη από ήπιες παρεμβάσεις, διευκολυντικές μεταβάσεις, υπομονή, σταθερά όρια και σίγουρα σεβασμό στην προσωπικότητά του.

Η συμπεριφορά ενός φυσιολογικού νηπίου αυτής της ηλικίας παρουσιάζει ποικίλες **αντιφάσεις**. Είναι χαρακτηριστικό ότι τη μια στιγμή παλεύει για την **ανεξαρτησία** του, χρησιμοποιώντας πρόσφατα αποκτηθείσες δεξιότητες, ενώ την επόμενη **προσκολλάται** γεμάτο φόβο στη μητέρα του επιστρέφοντας στη σταθερή βάση για ανεφοδιασμό που θα το ωθήσει σε νέα ταξίδια **αυτονομίας**.

Σε αυτή την ηλικία, από τη φύση τους, τα παιδιά ενδιαφέρονται περισσότερο για τις προσωπικές τους ανάγκες και τον εαυτό τους. Έτσι, το νήπιο των 18 μηνών αρνείται να μοιραστεί οτιδήποτε και δεν συνεργάζεται εύκολα. Βρίσκεται στο κέντρο του κόσμου και δεν το ενδιαφέρει καθόλου τι σκέφτονται οι άλλοι γι' αυτό. Περνάει δηλαδή την περίοδο που χαρακτηρίζεται ως **εγωκεντρική**.

Η **σωματική αύξηση** δεν είναι αυτή που θα κάνει τη διαφορά, αλλά η εμφάνισή του είναι αυτή που θα αλλάξει εντυπωσιακά συγκρίνοντάς το με το πρώτο έτος. Το λίπος μειώνεται, η μυϊκή μάζα αυξάνεται, τα άκρα μακραίνουν και το πρόσωπο αποκτά περισσότερες γωνίες. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα δεύτερά του γενέθλια, το νήπιο ελάχιστα θυμίζει το βρέφος του ενός έτους.

Ως την ηλικία των 18 μηνών, το **97% των νηπίων έχουν ήδη περπατήσει**. Έχουν την τάση να εξερευνούν ανοίγοντας ντουλάπια, σκαρφαλώνοντας σε έπιπλα, ανεβαίνοντας με όποιο τρόπο μπορούν σκάλες με πολύ δραστήριο τρόπο. Μεγάλο μέρος της ενέργειας και των κινήτρων, που ως τώρα διοχετεύονταν σε απλές φυσικές δραστηριότητες, πλέον κατευθύνονται σε πιο πολύπλοκες, που ταυτόχρονα εμπλέκουν και την κοινωνική αλληλεπίδραση με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος.

Η κατανόηση της **γλώσσας** αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς, φέρνοντας μαζί της και νέους τρόπους έκφρασης των εμπειριών και των συναισθημάτων, ενώ παράλληλα ανοίγει ένα νέο δρόμο για την κατανόηση των προσδοκιών των γονέων του. Παρόλο που οι επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες αναπτύσσονται γρήγορα, το 18 μηνών νήπιο έχει σχετικά περιορισμένο λεξιλόγιο και τρόπους έκφρασης. Συνεπώς, το **όχι** που χρησιμοποιεί συχνά, σηματοδοτεί την επιθυ-

μία του για αυτονομία και προσωπικές επιλογές, ενώ ο φαινομενικός αρνητισμός απορρέει στην πραγματικότητα από την ανάγκη ανάδυσης της προσωπικής του ταυτότητας. Μαθαίνοντας σιγά-σιγά την έννοια της επιλογής, το νήπιο γίνεται περισσότερο κατηγορηματικό σχετικά με τις επιθυμίες του και τις υποστηρίζει.

Στην ηλικία των 18 μηνών οι δεξιότητες της **συνδυασμένης προσοχής** έχουν συνήθως αναπτυχθεί. Έτσι, το **πρωτο-προστακτικό δείξιμο** εξελίσσεται στο **πρωτο-δηλωτικό δείξιμο**, όπου το μικρό νήπιο δείχνει με το δείκτη στον γονέα ένα αντικείμενο/γεγονός για να τραβήξει την προσοχή του και να μοιραστεί το ενδιαφέρον του για αυτό. Το παιδί εναλλάσσει το βλέμμα του μεταξύ του αντικείμενου και του γονέα για να επιβεβαιώσει ότι το αντικείμενο έχει παρατηρηθεί και εκτιμηθεί από τον γονέα. Πρόκειται για μια χειρονομία με την οποία το μικρό νήπιο ξεκινάει την αλληλεπίδραση με τους άλλους και μοιράζεται μαζί τους κάτι που το ενδιαφέρει.

Στο ίδιο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και του μοιράσματος της προσοχής, τα νήπια των 18 μηνών φέρνουν στους γονείς τους αντικείμενα ή παιχνίδια για να τους τα επιδείξουν και για να μοιραστούν μαζί τους την εμπειρία. Είναι σαν να τους λένε «κοίτα αυτό».

Από το μέσο του δεύτερου χρόνου κυριαρχεί πλέον το **συμβολικό παιχνίδι**, το οποίο και προοδευτικά αυξάνει σε πολυπλοκότητα και φαντασία. Στο απλό συμβολικό παιχνίδι (16–18 μήνες) τα μικρά νήπια αρχίζουν να χρησιμοποιούν μικρά παιχνίδια που αναπαριστούν αντικείμενα, όπως μικρά ψεύτικα μπιμπερό ή κουταλάκια για να ταΐσουν μια κούκλα-μωρό, ή ένα παιχνίδι-τηλέφωνο για να μιλήσουν. Στους 18–20 μήνες το συμβολικό παιχνίδι γίνεται **πιο σύνθετο**. Το μικρό νήπιο αρχίζει να αποδίδει στα αντικείμενα άλλες ιδιότητες και λειτουργίες από τις πραγματικές. Έτσι, παριστάνει το αεροπλάνο κάνοντας τα χέρια του φτερά ή παριστάνει με μια μπανάνα πως μιλάει στο τηλέφωνο. Αργότερα, το παιχνίδι του αρχίζει να έχει υπόθεση με αρκετές διαδοχικές πράξεις, π.χ. ταΐζει το μωρό-κούκλα, αλλάζει την πάνα του και το βάζει για ύπνο.

Προοδευτικά, βελτιώνεται ο **συντονισμός της όρασης με την κίνηση** και η **κιναίσθηση** συνολικά. Το νήπιο των 18 μηνών βιδώνει-ξεβιδώνει καπάκια με όλο και μεγαλύτερη ευκολία, χύνει νερό από ένα ποτήρι σε άλλο, γυρίζει πόμολα, μετακινεί άμμο από τα κουβαδάκια. Μπορεί να χτίζει πύργους με 3-4 κύβους, να μουντζουρώνει με ένα μολύβι, να κάνει απλές ενσφηνώσεις ή παζλ.

Αντιλαμβάνεται όλο και πιο πολύ τη **σχέση αιτίου-αιτιατού** και έτσι πατάει το κουμπί που πρέπει

ή κουρδίζει προκειμένου ένα παιχνίδι να αρχίσει τη λειτουργία του. Σιγά-σιγά μπορεί να **λύσει ένα πρόβλημα** με το μυαλό του και όχι μόνο δοκιμάζοντας, όπως έκανε μέχρι τώρα. Καθώς μάλιστα η ικανότητα της μνήμης αναπτύσσεται, ένα σωρό ικανότητες αποθηκεύονται ως σταθερή πια γνώση.

Το μικρό νήπιο των 18 μηνών είναι πλέον έτοιμο να μάθει τα πάντα για τον κόσμο που το περιβάλλει. Προσπαθεί να αποκτήσει **τον έλεγχο του εαυτού του και του περιβάλλοντός του**. Έτσι, διεκδικεί συνεχώς το δικαίωμα της επιλογής, γίνεται απαιτητικό, έχει αντιρρήσεις για το κάθε τι και θυμώνει εύκολα. Δεν μπορεί να καταλάβει απόλυτα τα όρια που θέτει το περιβάλλον και δεν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο. Η φροντίδα του απαιτεί μεγάλη εγρήγορση καθώς ψάχνει παντού για να ικανοποιήσει την περιέργειά του. Επιπλέον, δεν ελέγχει τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του και μπορεί να έχει υπερβολικές αντιδράσεις για ασήμαντα γεγονότα.

Η συμπεριφορά αυτή καμιά φορά φοβίζει ή και απογοητεύει τους γονείς. Χρειάζεται να οπλιστούν με υπομονή ώστε να εφαρμόσουν με σταθερότητα και συνέπεια τα όρια που έχουν θέσει. Με τον τρόπο αυτό θα βοηθήσουν το μικρό νήπιο στο **πέρασμά του προς τον κόσμο των ενηλίκων**.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Όρια και πειθαρχία/κρίσεις θυμού.
- Σχέσεις μεταξύ αδελφών.
- Παιχνίδι
- Προαγωγή της γλωσσικής ανάπτυξης.
- Μεταβατικά αντικείμενα.
- Αυτονομία/προσκόλληση.
- Αυτόνομη σίτιση.
- Συμβάντα στην οικογένεια.
- Πρώιμη αναγνώριση αυτισμού.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού.
- Γλωσσική ανάπτυξη με έμφαση στον αντιληπτικό λόγο.
- Αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης στη φροντίδα του νηπίου.
- Σχέσεις με τα μεγαλύτερα αδέρφια, αν υπάρχουν, και δυναμική της οικογένειας.
- Παιχνίδι

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Περπατάει μόνο του.
- Μπορεί να ανεβαίνει σκαλοπάτια με υποστήριξη.
- Έρποντας κατεβαίνει σκαλοπάτια.
- Αρχίζει να τρέχει.
- Σέρνει παιχνίδια όταν περπατάει.
- Κάθεται μόνο του σε μικρό καρεκλάκι.
- Πετάει μπάλα ενώ είναι όρθιο.

Λεπτή κινητικότητα

- Φτιάχνει πύργο με 3-4 κύβους.
- Παλαμιαία σύλληψη μολυβιού. Αρχίζει να μιμείται γραμμές.
- Τρώει μόνο του με κουτάλι.
- Πίνει από κύπελλο.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Δείχνει αγάπη σε οικεία του πρόσωπα όπως οι γονείς.
- Δείχνει με το δείκτη του στους άλλους κάτι που του προκαλεί ενδιαφέρον (πρωτο-δηλωτικό δείξιμο).
- Φέρνει αντικείμενα ή παιχνίδια στον γονέα για να τα επιδείξει ή να μοιραστεί την εμπειρία μαζί του.
- Του αρέσει να δίνει πράγματα στους άλλους ενώ παίζει.
- Μπορεί να φοβάται τους ξένους.
- Μπορεί να προσκολλάται στον γονέα όταν αντιμετωπίζει νέες καταστάσεις.
- Εξερευνά μόνο του, αλλά με τον γονέα σε μικρή απόσταση για επιβεβαίωση.
- Μπορεί να έχει εκρήξεις θυμού.
- Ξεκινάει να δείχνει ντροπή, όπως όταν κάνει λάθος και αρχίζει να αισθάνεται κτητικότητα.
- Παίζει απλό συμβολικό παιχνίδι, π.χ. παριστάνει ότι μιλάει στο τηλέφωνο, ότι οδηγεί αυτοκίνητο, σκουπίζει, ξεσκονίζει κ.ά.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Φωνοποιεί και χειρονομεί ταυτόχρονα.
- Λέει περίπου 5 λέξεις με νόημα.

- Κατανοεί τουλάχιστον 50 λέξεις.
- Χρησιμοποιεί το δείκτη του για να δείξει κάτι που θέλει.
- Λέει ή γνέφει “όχι”.
- Εκτελεί απλές εντολές.
- Δείχνει οικεία του πρόσωπα όταν του ονοματίζονται.
- Αναγνωρίζει αντικείμενα σε εικόνες.

Γνωστική ανάπτυξη

- Γνωρίζει τη χρήση καθημερινών απλών αντικειμένων π.χ. τηλέφωνο, βούρτσα, κουτάλι.
- Δείχνει για να τραβήξει την προσοχή των άλλων.
- Μπορεί να δείχνει μέρη του σώματός του.
- Ακολουθεί απλές εντολές χωρίς υπόδειξη με χειρονομίες, π.χ. φέρε τα παπούτσια.
- Δείχνει ενδιαφέρον σε κούκλες ή λούτρινια αρκουδάκια, προσποιούμενο ότι τα αγκαλιάζει ή τα ταΐζει.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Εάν το νήπιο δεν περπατάει ακόμη μόνο του, αλλά μετακινείται στο χώρο είτε μπουσουλώντας είτε στηριζόμενο.
- Εάν το νήπιο στην ηλικία των 16–18 μηνών δεν λέει μερικές λέξεις.
- Ανεξάρτητα από το πόσες λέξεις χρησιμοποιεί, πιο σημαντικό είναι πόσες λέξεις αντιλαμβάνεται και αν εκτελεί απλές εντολές που δεν του επιδεικνύονται με χειρονομίες. Εφόσον ο αντιληπτικός λόγος είναι καλός και το μικρό νήπιο επικοινωνεί με εξωλεκτικούς τρόπους, τις περισσότερες φορές θα εξελιχθεί και ο εκφραστικός λόγος στους επόμενους μήνες. Ο ρυθμός που η ομιλία αναπτύσσεται είναι πολύ προσωπικός για κάθε παιδί.
- Καθυστέρηση στο να δείχνει με το δείκτη και να επιδεικνύει αντικείμενα στους άλλους είναι πρώιμα σημεία άτυπης ανάπτυξης της συνδυασμένης προσοχής που παρατηρούνται σε μικρά νήπια με αυτισμό. Χρειάζεται συνεκτίμηση με ανησυχίες των γονέων σχετικά με την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση του νηπίου μαζί τους.
- Εάν το νήπιο δεν ανταποκρίνεται σε κοινωνικές ρουτίνες όταν του ζητηθεί, όπως κάνε γεια, στείλε φιλάκια, κόλλα το.
- Εάν δεν μιμείται τους άλλους.
- Εάν δεν έχει ακόμη αναπτύξει συμβολικό παιχνίδι.

- Εάν παρουσιάζει δυσκολίες στην αυτονομία, όπως να χρησιμοποιεί ποτηράκι για να πει νερό, να αρχίσει να τρώει και μόνο του ή να εξερευνά το περιβάλλον του ενώ παίζει.

Η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά στην τακτική παιδιατρική επίσκεψη των 18 μηνών να γίνεται ανιχνευτικός έλεγχος για αυτισμό. Διάφορα ανιχνευτικά ερωτηματολόγια έχουν προταθεί με καλή εγκυρότητα και ικανοποιητική ευαισθησία και ειδικότητα. Σε αυτά περιλαμβάνεται το *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, η χρήση του οποίου είναι ελεύθερη. Λόγω των πολλών ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, η χορήγηση του *M-CHAT* συστήνεται να ακολουθείται από την κλινική συνέντευξη *M-CHAT-Follow-up Interview*. Τόσο το ερωτηματολόγιο, όσο και η κλινική συνέντευξη, έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά και είναι διαθέσιμα στο διαδίκτυο (www.mchatscreen.com).

Στην Αγγλία πιο πολύ έχει μελετηθεί το ερωτηματολόγιο *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*. Έχει καλή ειδικότητα αλλά χαμηλή ευαισθησία. Δεν συστήνεται η επίσημη εισαγωγή του για ανιχνευτικό έλεγχο. Η εκμάθηση όμως της χορήγησης του *CHAT* είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να βελτιωθεί η γνώση του αυτισμού από τους επαγγελματίες υγείας και αυτό μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την πρόωπη διάγνωση.

Τα ανιχνευτικά εργαλεία σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικά.

Ενδείξεις παραπομπής

- Εάν οι γονείς αναφέρουν **δυσκολίες στην επικοινωνία και στην αλληλεπίδραση** με το μικρό νήπιο. Συγκεκριμένα, το νήπιο δεν ανταποκρίνεται στο όνομά του, δεν έχει καλή βλεμματική επαφή, δεν δείχνει με τον δείκτη κάτι που το ενδιαφέρει ή δεν φέρνει αντικείμενα στους γονείς για να τους τα επιδείξει, δεν μιλάει αλλά κυρίως δεν εκτελεί απλές εντολές. Μερικές φορές μπορεί το νήπιο να έχει λόγο αλλά αυτός είναι μη λειτουργικός και χωρίς επικοινωνιακή πρόθεση. Έτσι, το μικρό νήπιο μπορεί να λέει αριθμούς, μικρά διαφημιστικά μηνύματα ή την αλφαβήτα, αλλά δεν μπορεί να ζητήσει πράγματα που θέλει. Συχνά προτιμάει να παίζει μόνο του με ανώριμο ή στερεοτυπικό τρόπο και πολλές φορές μοιάζει να μην δίνει σημασία στην παρουσία των άλλων στο δωμάτιο, ακόμα και της μητέρας του.
- Εάν το νήπιο παρουσιάζει καθυστέρηση τόσο στον εκφραστικό όσο και στον αντιληπτικό

λόγο χωρίς τις παραπάνω συμπεριφορές, χρειάζεται παραπομπή για έλεγχο της ακοής. Αν η ακοή είναι φυσιολογική τότε χρειάζεται να γίνει συνολική εκτίμηση της ανάπτυξης του νηπίου από ειδικό.

- Εάν το νήπιο δεν στηρίζει το βάρος του, δεν κάνει πλάγια βήματα με υποστήριξη και γενικά δεν μετακινείται με κάποιο τρόπο.
- Εάν παρουσιάσει απώλεια δεξιοτήτων που είχαν ήδη κατακτηθεί, όπως να σταματήσει να μιλάει.

Υποστήριξη της οικογένειας

Όρια και πειθαρχία

Στην πορεία του δεύτερου χρόνου ζωής, καθώς το μικρό νήπιο προσπαθεί για την αυτονομία και ανεξαρτησία του, εμφανίζονται τα νευρικά ξεσπάσματα ή κρίσεις θυμού. Αυτό συμβαίνει γιατί στην ηλικία αυτή υπερισχύουν οι στιγμιαίες παρορμήσεις και το νήπιο θυμώνει εύκολα, όχι γιατί έχει πείσμα, αλλά γιατί δεν μπορεί να καταλάβει απόλυτα τα όρια που του θέτει το περιβάλλον. Τώρα αρχίζει να μαθαίνει τον κόσμο των ενηλίκων και να ανακαλύπτει ότι η κοινωνία διέπεται από κάποιους κανόνες που καλείται να εφαρμόσει.

Συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να βρουν την ισορροπία μεταξύ της ενίσχυσης της αυτονομίας του μικρού νηπίου και της διατήρησης των ορίων και της πειθαρχίας.

Ο παιδίατρος ενημερώνει τους γονείς ότι:

- Χρειάζεται σταθερότητα και συνέπεια στην εφαρμογή και τήρηση των κανόνων συμπεριφοράς. Αυτό θα πει πως κάθε φορά και από κάθε πρόσωπο που ασχολείται με το παιδί εφαρμόζονται οι ίδιοι κανόνες.
- Θα πρέπει να εξηγούν στο μικρό νήπιο, με σαφή και λίγα λόγια, πως κάποιες συμπεριφορές δεν επιτρέπονται. Θα χρειαστούν λίγα χρόνια σταθερής και ήρεμης καθοδήγησης από την πλευρά τους μέχρι να καταλάβει το παιδί τι πρέπει και τι δεν πρέπει και να έχει την κατάλληλη αυτοσυγκράτηση και αυτοπειθαρχία ώστε να αντιμετωπίσει την παρόρμησή του.
- Ο έπαινος και η ανταμοιβή με την αγάπη τους είναι τα πιο σημαντικά εφόδια για να πετύχουν τον σκοπό τους. Θα πρέπει να επαναλαμβάνουν σταθερά τον κανόνα και να επιβραβεύουν την τήρησή του.
- Δεν θα πρέπει να απαιτούν κανόνες που οι ίδιοι δεν τηρούν. Το προσωπικό παράδειγμα είναι απαραίτητο.
- Δεν θα πρέπει να απειλούν με τιμωρίες.

- Ο χώρος που παίζει και κινείται το παιδί πρέπει να είναι ασφαλής ώστε να μην πρέπει να προσέχει συνέχεια. Έτσι, αποφεύγονται τα πολλά και στείρα «μη» και οι διαρκείς ερμηνείες.
- Θα πρέπει να σέβονται την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Μερικά παιδιά είναι πιο δραστήρια και περίεργα από άλλα. Μερικά χρειάζονται περισσότερες επαναλήψεις ώστε να κατανοήσουν και να εμπεδώσουν μια συμπεριφορά.
- Θα πρέπει να σέβονται και τις ιδιαίτερες συνθήκες του παιδιού. Αν νυστάζει και πεινάει ή βαριέται και οι γονείς έχουν προγραμματίσει μια πολύωρη επίσκεψη, το παιδί μπορεί εύκολα να εκνευριστεί και να έχει ένα παρατεταμένο ξέσπασμα θυμού.
- Η σωματική τιμωρία δεν είναι μέσο πειθαρχίας. Αντίθετα, διδάσκει στο παιδί το ξύλο ως μέσο επικοινωνίας. Έτσι, εκπαιδεύεται στο να επιτρέπει να το δέρνουν ή στο να επιτρέπει στον εαυτό του να δέρνει. Επιπλέον, το παιδί νιώθει θυμό, προσβολή και ότι οι γονείς του δεν το αγαπάνε. Πρόσθετα, η σωματική τιμωρία κάνει το παιδί να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Δεν θα πρέπει να αντικαθιστούν τη σωματική τιμωρία με συναισθηματικά χτυπήματα. Χρησιμοποιώντας φράσεις ιδιαίτερα τραυματικές όπως «δεν σε αντέχω πια» ή «θα με πεθάνεις» προκαλούν επίσης αίσθημα απόρριψης, θυμό, προσβολή και χαμηλή αυτοεκτίμηση στο παιδί τους.
- Εάν θυμώσουν πολύ με κάποια συμπεριφορά του μικρού νηπίου, το καλύτερο είναι να σταματήσουν το συμβάν. Απομακρύνοντας το παιδί ήρεμα και με ασφάλεια και κρατώντας οι ίδιοι μια στάση αποστασιοποίησης διδάσκουν αλλά και προφυλάσσουν το παιδί και τον εαυτό τους από παρεκτροπές.

Οι βασικές προτεραιότητες των γονέων για αυτή την ηλικία θα πρέπει να είναι:

- **Κανόνες ασφάλειας**
- **Διαχείριση επιθετικότητας**
- **Κοινωνική συμπεριφορά**

Οι ήπιοι, σαφείς και σταθεροί κανόνες που εφαρμόζονται με συνέπεια, θα βοηθήσουν το μικρό νήπιο στο πέρασμά του προς τον κόσμο των ενηλίκων.

Σχέσεις μεταξύ αδελφών

Καθώς το μικρό νήπιο των 18 μηνών είναι εγωκεντρικό, διεκδικεί συνέχεια και δεν ξέρει να μοιράζεται, οι συγκρούσεις μεταξύ των αδελφών συχνά είναι αναπό-

φευκτες. Οι γονείς πολλές φορές δυσκολεύονται να διαχειριστούν τη νέα κατάσταση και αισθάνονται ανεπαρκείς στο ρόλο τους.

Ο παιδίατρος χρειάζεται να υπενθυμίσει στους γονείς ότι μέσα στην οικογένεια πρέπει να υπάρχει **ισονομία**. Αυτό θα πει πως πρέπει να ισχύουν μερικές βασικές αρχές, δικαιώματα και υποχρεώσεις για όλους.

Η τήρηση της ισονομίας, μαζί με το σεβασμό της ατομικότητας του κάθε παιδιού, συμβάλλουν ουσιαστικά στην ομαλοποίηση των σχέσεων ανάμεσα στα αδέρφια, δημιουργούν αίσθημα δικαίου και μειώνουν τη ζήλεια και τις εντάσεις.

Για παράδειγμα, στο επίμαχο θέμα «ξύλο» δεν θα πρέπει να υπάρχει καμία ανοχή αν το μικρό νήπιο χτυπάει ή δαγκώνει το μεγάλο αδελφάκι του. Επίσης, δεν θα πρέπει να υπάρχει διαφοροποιημένη απαίτηση από το μεγάλο αδελφάκι του τύπου «εσύ είσαι μεγάλος και καταλαβαίνεις», «κάνε υπομονή». Η αρχή «δεν χτυπάω» ισχύει για όλους.

Το ίδιο ισχύει για την αρχή «δεν παίρνω τα πράγματα του άλλου, αν δεν μου τα δώσει». Αν το μεγαλύτερο αδελφάκι δεν θέλει να δώσει κάτι στο μικρό νήπιο, οι γονείς θα πρέπει να το σεβαστούν. Παραινέσεις του είδους «δώστο γιατί είναι μωρό», μόνο προβλήματα μπορούν να δημιουργήσουν στη σχέση των αδελφών.

Ο παιδίατρος μπορεί να επισημάνει στους γονείς ότι μέσα από την ασφάλεια της οικογένειας και το προσωπικό τους παράδειγμα, τα παιδιά τους θα μάθουν σιγά-σιγά να μοιράζονται για όλη τους τη ζωή αντικείμενα, πρόσωπα και συναισθήματα. Θα αποκτήσουν έτσι μια πολύ σημαντική δεξιότητα για τη μετέπειτα ζωή τους.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

Αυτονομία/προσκόλληση

Σε όλη τη διάρκεια του δεύτερου χρόνου η συμπεριφορά του μικρού νηπίου κινείται ανάμεσα σε δύο πόλους: την αυτονομία και την προσκόλληση.

Μέσα από αυτό το πέρασμα θα προσπαθήσει να κατακτήσει με σταθερότητα την ανεξαρτησία του. Ο δρόμος είναι κοπιαστικός γιατί ενώ επιθυμεί την ανεξαρτησία του, συγχρόνως φοβάται και γυρίζει πίσω στην αγκαλιά των γονέων.

Συχνά, οι γονείς ανησυχούν με τις απρόβλεπτες και έντονες αντιδράσεις προσκόλλησης προς αυτούς, ιδίως αν έχουν νιώσει ότι το παιδί τους έχει κατακτήσει τη σχετική ανεξαρτησία του.

Ο παιδίατρος μπορεί να εξηγήσει στους γονείς ότι:

- Μια τέτοια συμπεριφορά είναι αναμενόμενη αναπτυξιακά και δεν σημαίνει παλινδρόμηση.

- Το μικρό νήπιο χρειάζεται με επαναληπτικότητα να κινηθεί ανάμεσα στο «είμαι μακριά από τη μαμά μου –είμαι κοντά στη μαμά μου» για να κατανοήσει και να νιώσει ότι η μαμά του υπάρχει ακόμη και όταν δεν τη βλέπει και να μπορεί να είναι ήρεμο και ασφαλές ακόμη και μακριά της.
- Αν λένε διαρκώς στο παιδί τους «είσαι μεγάλος και δεν με χρειάζεσαι πια» θα το γεμίσουν ανασφάλεια και εξάρτηση.
- Η κατάκτηση της *μονιμότητας του προσώπου* επιτυγχάνεται συνήθως στην ηλικία των 2,5 ετών. Μέχρι τότε τα συναισθήματα φόβου, έντασης και αγωνίας στον αποχωρισμό είναι συχνά στα παιδιά αυτής της ηλικίας.
- Ο καλύτερος τρόπος για να βοηθήσουν το παιδί τους να ανεξαρτητοποιηθεί είναι να του προσφέρουν την αγκαλιά τους κάθε φορά που τη χρειάζεται.
- Το ίδιο ισχύει και για τα νυχτερινά ξυπνήματα που μπορεί να αρχίσουν ξανά σε αυτή την ηλικία. Το νήπιο ξυπνάει και κλαίει διότι θέλει να βεβαιωθεί ότι οι γονείς του είναι εκεί. Χρειάζεται την ασφάλεια που του δίνει η παρουσία των γονέων του.
- Οι σύντομοι αποχωρισμοί μέσα στη μέρα, την περίοδο αυτή, μπορούν να βοηθήσουν. Ακόμη και αν το παιδί κλάψει, μαθαίνει πως οι γονείς θα γυρίσουν και αν αυτό επαναληφθεί αρκετές φορές, θα μάθει πως δεν χάνει τα αγαπημένα του πρόσωπα για πάντα.
- Αν πρέπει να στείλουν το παιδί τους σε παιδικό σταθμό, θα πρέπει αυτό να γίνει σταδιακά και όχι με το πλήρες ωράριο από την αρχή. Έτσι θα προσαρμοστεί καλύτερα. Εξάλλου η παρέα των παιδιών δεν είναι κάτι σημαντικό για το νήπιο των 18 μηνών καθώς δεν έχει εξελιχθεί ακόμη η διαδικασία της κοινωνικοποίησής του.

Αυτόνομη σίτιση

Η σίτιση αποτελεί επίσης έναν από τους τομείς στους οποίους τα μικρά νήπια εκδηλώνουν την τάση τους για αυτονομία.

Καθώς οι λεπτοί κινητικοί χειρισμοί και ο οπτικο-κινητικός συντονισμός βελτιώνονται, το νήπιο των 18 μηνών μαθαίνει να χρησιμοποιεί αυτές τις δεξιότητες και χαίρεται να χρησιμοποιεί το ποτήρι και το κουτάλι. Θέλει να φάει μόνο του, ακόμη και αν σκορπίζει το μισό του φαγητό στο πάτωμα. Με τον τρόπο αυτό νιώθει ότι ελέγχει το περιβάλλον και ότι δεν εξαρτάται από τους γονείς του.

Η αυτονομία στη σίτιση πολλές φορές δυσκολεύ-

ει τους γονείς. Βλέπουν την ακαταστασία ως έλλειψη οργάνωσης κατά τη διάρκεια του φαγητού, ανησυχούν που το παιδί τους δεν τρώει τις ποσότητες που έτρωγε και για το ότι αρνείται να φάει τροφές που παλαιότερα έτρωγε εύκολα.

Ο παιδίατρος υποστηρίζει τους γονείς εξηγώντας ότι:

- Το να θέλει το μικρό νήπιο να φάει μόνο του, με αποτέλεσμα να σκορπίζει το φαγητό γύρω του, αποτελεί μια απόλυτα φυσιολογική και αναμενόμενη για την ηλικία του συμπεριφορά.
- Η αυτονόμηση στη σίτιση που επιδεικνύει το μικρό νήπιο κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αποτελεί σημαντικό αναπτυξιακό στάδιο καθώς εκφράζει την τάση του για αυξανόμενο έλεγχο του περιβάλλοντος και ανεξαρτησία.
- Δεν θα πρέπει να πιέζουν το παιδί να φάει με βίαιο τρόπο ή να δίνουν «μάχες» προκειμένου να φάει. Αντίθετα, η ώρα του φαγητού θα πρέπει να είναι μια ευχάριστη εμπειρία για το παιδί.
- Ενθαρρύνοντας το μικρό νήπιο να τρώει μόνο του βοηθούν την ανάπτυξη του σε διάφορα επίπεδα. Το νήπιο μαθαίνει να δοκιμάζει, να επιλέγει και να χαίρεται με διαφορετικές υφές και χρώματα τροφής. Η αυτονόμηση του δίνει χαρά και ελευθερία. Έτσι, τα φαινόμενα άρνησης τροφής συνήθως υποχωρούν και εδραιώνονται καλύτερες συνήθειες διατροφής. Επιπλέον, η λεπτή κινητικότητα και ο οπτικο-κινητικός συντονισμός του νηπίου ενισχύονται.
- Εάν το παιδί πετάει το φαγητό και γκρινιάζει αυτό σημαίνει ότι δεν θέλει να φάει άλλο και θα πρέπει να το σεβαστούν. Μπορούν να του προσφέρουν το ίδιο φαγητό ή κάτι άλλο αργότερα, ώστε να πάρει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά στη διάρκεια της ημέρας. Το φαγητό της οικογένειας θα πρέπει να αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της διατροφής του μικρού νηπίου και οι τροφές δεν χρειάζεται να είναι αλεσμένες.
- Ο ρυθμός αύξησης στη διάρκεια του δεύτερου χρόνου ζωής ελαττώνεται. Έτσι, δεν χρειάζεται να ανησυχούν αν το παιδί τους τρώει ίσως και λιγότερο από ότι στο τέλος του πρώτου χρόνου, εφόσον η σωματική του αύξηση παραμένει καλή.

Παιχνίδι

Κατάλληλα παιχνίδια για την ηλικία αυτή είναι:

- **Παιχνίδια με ρόδες** που μπορούν να τα οδηγήσουν σπρώχνοντας με τα πόδια. Έτσι, αποκτούν έλεγχο της κίνησης, της ταχύτητας και της ισορροπίας.

- **Φτυαράκια, κουβαδάκια, τσουγκράνες**, γιατί αποκτούν εμπειρίες από την αίσθηση των υλικών, την υφή και το χρώμα τους.
- **Μολύβια, κατασκευές, κύβοι, απλά παζλ**, γιατί έτσι αναπτύσσουν δεξιότητες όπως οπτικο-χωρική αντίληψη και οπτικο-κινητικό συντονισμό.
- **Τηλεφωνάκια, κατσαρόλες, πλατικά, αυτοκινητάκια, κούκλες, ζωάκια, καρότσια κ.ά.** γιατί τους αρέσει να μιμούνται τους ενήλικες και το παιχνίδι τους γίνεται συμβολικό. Αυτό τα βοηθάει να νιώσουν και να καταλάβουν τον κόσμο γύρω τους.
- Παιχνίδια με άμμο ή νερό.
- **Βιβλία με εικόνες, μικρές ιστορίες και τραγουδάκια**, γιατί έτσι μαθαίνουν για τον κόσμο μέσα στον οποίο ζουν.

Ο παιδίατρος θα πρέπει να επισημάνει στους γονείς τη σημασία της **οργάνωσης του παιχνιδιού** από αυτή την ηλικία:

- Ο χώρος που το παιδί παίζει πρέπει να έχει μια βασική οργάνωση ανάλογη με την ηλικία του νηπίου καθώς και σταθερότητα. Ένας χώρος με μια μοκέτα, ένα τραπέζι και καρεκλάκι στο μέγεθός του, οργανώνουν και περιγράφουν το παιχνίδι.
- Το μάζεμα και η τακτοποίηση των παιχνιδιών ανά θέμα βοηθούν την τάξη και την καλύτερη χρήση τους. Επιπλέον όμως, συμβάλλουν στην οργάνωση της σκέψης και του συναισθήματος του παιδιού.

Προαγωγή της γλωσσικής ανάπτυξης

Η ανάπτυξη της γλώσσας και της επικοινωνίας κατά τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας είναι κεντρικής σημασίας για την μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού στον κοινωνικό, γνωστικό και ακαδημαϊκό τομέα.

Καθώς η επικοινωνία βασίζεται στην αλληλεπίδραση και στις σχέσεις, ο παιδίατρος θα πρέπει να ενθαρρύνει τους γονείς του μικρού νηπίου να του μιλάνε, να του διαβάζουν, να του τραγουδάνε και να του δείχνουν. Ακούγοντας μαθαίνει νέες λέξεις, νέους τρόπους έκφρασης. Μαθαίνει να αξιοποιεί τη μνήμη του. Στην ηλικία αυτή, το αντιληπτικό λεξιλόγιο είναι πολύ μεγαλύτερο από το εκφραστικό.

Ο παιδίατρος ενθαρρύνει τους γονείς να:

- Χρησιμοποιούν απλές, μικρές προτάσεις με ξεκάθαρα μηνύματα, όπως «είναι ώρα για ύπνο» αντί για «θέλεις να πας για ύπνο;».
- Βάζουν σε λόγια όσα εξελίσσονται κατά τη διάρκεια της μεταξύ τους διάδρασης.

- Διαβάζουν βιβλία μαζί με το παιδί. Τα βιβλία δεν είναι απαραίτητο να διαβάζονται εξ' ολοκλήρου. Η περιγραφή της ιστορίας με απλά λόγια ή η επεξήγηση των εικόνων μπορεί να είναι ικανή να κρατήσει αμείωτο το ενδιαφέρον του μικρού νηπίου.

Μεταβατικά αντικείμενα

Περίπου τα 2/3 των μικρών νηπίων έχουν κάποιο μεταβατικό αντικείμενο, όπως ένα πανάκι, μια κουβερτούλα, ένα αρκουδάκι με το οποίο ανακουφίζονται όταν πέφτουν για ύπνο καθώς και σε στιγμές άγχους.

Μερικές φορές οι γονείς ανησυχούν για την προσκόλληση που δείχνει το παιδί τους σε ένα τέτοιο αντικείμενο. Πολλές φορές παλιώνει και φθείρεται αλλά το παιδί αντιδρά πολύ έντονα στην αντικατάστασή του.

Ο παιδίατρος θα πρέπει να καθησυχάσει τους γονείς εξηγώντας ότι πρόκειται για ένα απόλυτα φυσιολογικό τρόπο με τον οποίο διευκολύνεται η διαδικασία αυτονόμησης και αποχωρισμού του μικρού νηπίου από τους γονείς του.

Η χρήση τους συχνά επιμένει μέχρι την ηλικία των 3 ή 4 ετών και μερικές φορές και αργότερα χωρίς να επηρεάζεται η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Πρώιμη αναγνώριση του αυτισμού από τον παιδίατρο

Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος είναι μια ομάδα νευροαναπτυξιακών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες καθώς και από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς.

Η διαγνωστική διαδικασία τις περισσότερες φορές ξεκινάει από την ανησυχία των γονέων λόγω απουσίας ή καθυστέρησης λόγου. Παρόλα αυτά, αυτιστικά σημεία και ιδιαίτερα ελλείμματα στις κοινωνικές και προλεκτικές επικοινωνιακές χειρονομίες είναι παρόντα στα περισσότερα παιδιά με αυτισμό ήδη από την ηλικία των 18 μηνών.

Ο παιδίατρος έχει ένα κεντρικό ρόλο στην πρώιμη αναγνώριση του αυτισμού. Σημεία που πρέπει να τον προβληματίσουν είναι αν το μικρό νήπιο των 18 μηνών **δεν ανταποκρίνεται σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, δεν δείχνει με το δείκτη, δεν εκτελεί εντολές, δεν έχει καλή βλεμματική επαφή, δεν μοιράζεται το ενδιαφέρον του για αντικείμενα/γεγονότα και δεν έχει αναπτύξει συμβολικό παιχνίδι.**

Η διάγνωση των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος είναι δύσκολη, καθώς δεν υπάρχουν παθολογικά κλινικά σημεία ή εργαστηριακές εξετάσεις που να επιβεβαιώνουν τη διάγνωση. Η γνώση από τον παιδίατρο των πρώιμων σημείων αυτισμού μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία της αναπτυξιακής παρακολούθησης και να επιτρέψει την πρώιμη αναγνώριση μικρών νηπίων με αυτισμό. Η έγκαιρη έναρξη κατάλληλου προγράμματος πρώιμης παρέμβασης βελτιώνει σημαντικά την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των παιδιών αυτών και των οικογενειών τους.

Παρακάτω αναφέρονται τα κυριότερα ελλείμματα στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες καθώς και χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που είναι σημαντικά στην αναγνώριση του αυτισμού πριν την ηλικία των 2 ετών.

1. Πρώιμα ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες

Απουσία συνδυασμένης προσοχής (Joint attention)

Στην ηλικία των 18 μηνών τα περισσότερα νήπια τυπικής ανάπτυξης δείχνουν με το δείκτη, όχι μόνο για να ζητήσουν κάτι, αλλά και για να «σχολιάσουν» ή να τραβήξουν την προσοχή του ενήλικα προς ένα αντικείμενο/γεγονός και έτσι να μοιραστούν μαζί του το ενδιαφέρον τους για αυτό. Το παιδί εναλλάσσει το βλέμμα του μεταξύ του αντικειμένου και του άλλου προσώπου για να επιβεβαιώσει ότι το αντικείμενο έχει πράγματι παρατηρηθεί και εκτιμηθεί.

Πρόκειται για την κύρια χειρονομία **συνδυασμένης προσοχής** που αναφέρεται και ως **πρωτο-δηλωτικό δείξιμο**. Χρησιμοποιείται από το μικρό νήπιο για έναρξη της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Θα πρέπει να διακρίνεται από το δείξιμο όπου το νήπιο απλώς ονοματίζει αντικείμενα χωρίς βλεμματική επαφή με τον ενήλικα ή από το δείξιμο με τον δείκτη απλώς για να ζητήσει κάτι που θέλει (πρωτο-προστακτικό δείξιμο).

Απουσία του πρωτο-δηλωτικού δείξιματος στην ηλικία των 18–24 μηνών θεωρείται ισχυρός προγνωστικός δείκτης Αυτισμού.

Στην ίδια ηλικία, τα μικρά νήπια αρχίζουν να «επιδεικνύουν» ή να φέρνουν ένα αντικείμενο για να το δει ο γονέας σαν να του λένε «κοίτα το». Πρόκειται επίσης για μια χειρονομία **συνδυασμένης προσοχής**, καθώς με τον τρόπο αυτό μοιράζονται με τον γονέα το ενδιαφέρον και τη χαρά τους για το αντικείμενο. Ποιотικά διαφέρει πολύ από το να φέρουν το αντικείμενο στον γονέα για να ζητήσουν βοήθεια, όπως π.χ. για να τους ανοίξει ένα μπουκάλι.

Τέλος, τα περισσότερα νήπια αυτής της ηλικίας μπορούν να ανταποκρίνονται και τα ίδια στη συνδυ-

ασμένη προσοχή. Έτσι, όταν ο γονέας δείχνει κάτι ενδιαφέρον, το παιδί κοιτάζει προς την κατεύθυνση που του υποδεικνύεται και μετά γυρίζει το βλέμμα του στον γονέα επιβεβαιώνοντας ότι το είδε.

Οι παραπάνω δεξιότητες της συνδυασμένης προσοχής είναι κριτικής σημασίας για την αλληλεπίδραση και συσχέτιση με τους άλλους και περιλαμβάνονται στα κλασικά ανιχνευτικά εργαλεία αυτισμού όπως είναι το CHAT και το M-CHAT.

Απουσία ή σημαντική καθυστέρηση στις δεξιότητες της «συνδυασμένης προσοχής» φαίνεται να είναι ειδική για τον αυτισμό.

Τα περισσότερα παιδιά που έχουν αυτισμό δεν κατατούν τις παραπάνω δεξιότητες στην αναμενόμενη ηλικία. Μερικά, μπορεί στην ηλικία των 18 μηνών να μην έχουν αναπτύξει ακόμη ούτε τη δεξιότητα του πρωτο-προστακτικού δείξιματος και μπορεί να μην κάνουν καμιά προσπάθεια να ζητήσουν βοήθεια και απλώς να κλαίνε. Άλλα μπορεί να οδηγούν τον γονέα από το χέρι στο επιθυμητό αντικείμενο και απλώς να περιμένουν ή να κλαίνε. Κάποια άλλα χρησιμοποιούν ένα πιο ανώριμο δείξιμο με τεντωμένο το χέρι προς την κατεύθυνση του επιθυμητού αντικειμένου και ανοιγοκλείνουν την παλάμη επαναλαμβανόμενα.

Η συνδυασμένη προσοχή είναι κεντρική δεξιότητα. Η ανάπτυξη λειτουργικής γλώσσας εξαρτάται από την κατάκτηση αυτής της δεξιότητας. Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν κατακτηθεί η συνδυασμένη προσοχή, θα αρχίσει να αναδύεται η λειτουργική γλώσσα.

Απουσία κοινωνικού προσανατολισμού

Κοινωνικός προσανατολισμός είναι η ικανότητα του παιδιού να προσανατολίζεται σε λεκτικά ερεθίσματα και ιδιαίτερα να ανταποκρίνεται στο όνομά του όταν το φωνάζουν. Από την ηλικία των 8 με 10 μηνών τα περισσότερα παιδιά τυπικής ανάπτυξης σταθερά γυρίζουν το κεφάλι τους προς το άτομο που φωνάζει το όνομά τους.

Τα παιδιά με αυτισμό συνήθως δεν ανταποκρίνονται στο όνομά τους.

Συχνά οι γονείς ανησυχούν ότι το παιδί τους δεν ακούει. Παρατηρώντας όμως πιο προσεκτικά συνειδητοποιούν ότι το παιδί τους φαίνεται να ακούει καλά σε άλλες καταστάσεις. Αυτή η διαφοροποίηση υπάρχει γιατί συχνά τα παιδιά με αυτισμό ανταποκρίνονται εξαιρετικά στους ήχους του περιβάλλοντος αλλά αγνοούν τις ανθρώπινες φωνές και το κάλεσμα για αλληλεπίδραση.

Απουσία συμβολικού παιχνιδιού

Το συμβολικό παιχνίδι αντανάκλα την αναδυόμενη ικανότητα του παιδιού να δημιουργεί εσωτερικές αναπαραστάσεις του κόσμου γύρω του και να καταλαβαίνει ότι οι άλλοι άνθρωποι σκέφτονται επίσης.

Στην ηλικία των 18 μηνών τα μικρά νήπια έχουν αρχίσει να παίζουν συμβολικά, προσποιούμενα π.χ. ότι μιλάνε στο τηλέφωνο, ότι ανακατεύουν φαγητό σε ένα μικρό δοχείο, ότι ταΐζουν κούκλες ή αρκουδάκια κ.ά.

Έλλειψη ή σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του συμβολικού παιχνιδιού αποτελεί ένα σχετικά αξιόπιστο διακριτικό χαρακτηριστικό του αυτισμού.

Παιδιά με σοβαρό αυτισμό και συνυπάρχουσα νοητική υστέρηση συχνά παραμένουν στο αισθητικο-κινητικό στάδιο παιχνιδιού, δηλαδή συνεχίζουν να βάζουν τα παιχνίδια στο στόμα, τα πετάνε, τα στριφογυρίζουν ή τα χτυπάνε επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα.

Άλλα παιδιά με αυτισμό και χωρίς νοητική υστέρηση μπορεί να προχωρήσουν σε λειτουργικό παιχνίδι αλλά πραγματικό συμβολικό παιχνίδι είναι σπάνιο πριν την ηλικία των 2 ετών. Συχνά παίζουν με **ασυνήθιστο τρόπο**. Για παράδειγμα, ένα παιδί με αυτισμό όταν παίζει με ένα φορτηγάκι μπορεί να το γυρίσει ανάποδα και να περιστρέφει τις ρόδες επαναλαμβανόμενα. Άλλα, μπορεί να είναι ιδιαίτερα ικανά στο κατασκευαστικό παιχνίδι π.χ. να στοιβάζουν τουβλάκια, να φτιάχνουν παζλ, ή στα ηλεκτρονικά παιχνίδια καθώς η ικανότητα σε αυτά τα παιχνίδια δεν εξαρτάται από την παρατήρηση και τη μίμηση των άλλων. Τα παιχνίδια αυτά στηρίζονται κυρίως στη δοκιμή-σφάλμα και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, δεξιότητες στις οποίες συχνά υπερτερούν τα παιδιά με αυτισμό και φυσιολογική νοημοσύνη.

Μερικές φορές, οι γονείς παιδιού στο αυτιστικό φάσμα αναφέρουν ότι το παιδί τους είναι ασυνήθιστα ήσυχο και του αρέσει να παίζει μόνο του για ώρες χωρίς να χρειάζεται προσοχή ή επίβλεψη. Συχνά αυτό το **μοναχικό παιχνίδι είναι αισθητικο-κινητικό, στερεότυπο ή κατασκευαστικό**. Άλλα παιδιά έχουν λίγο ενδιαφέρον για τα παιχνίδια και συχνά προτιμούν καθημερινά ή **ασυνήθιστα αντικείμενα** όπως κορδόνια, πέτρες, αλυσίδες ή βιβλία τα οποία και μεταφέρουν. Αρκετές φορές τα παιδιά με αυτισμό φαίνεται να διασκεδάζουν με το **σωματο-κινητικό παιχνίδι** (κυνηγητό, γαργάλημα, πέταγμα στον αέρα) δείχνοντας φευγαλέες στιγμές κοινωνικής αλληλεπίδρασης που μπορεί να μπερδέψουν τους γονείς.

2. Πρώιμα ελλείμματα στις γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες

Απουσία ή καθυστέρηση λόγου

Πρόκειται για το πιο προβάλλον σύμπτωμα στα παιδιά με αυτισμό και την πιο συχνή αιτία που οι γονείς απευθύνονται στον παιδίατρο. Η καθυστέρηση αφορά τόσο τον εκφραστικό όσο και τον αντιληπτικό λόγο και δεν συνοδεύεται από προσπάθεια αντιστάθμισης μέσα

από εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως οι χειρονομίες ή η μίμηση.

Ανησυχητικά σημεία για το μικρό νήπιο είναι να **μην μπαμπαλίζει στους 12 μήνες, να μην λέει καμία λέξη με νόημα στους 16 μήνες και να μην εκτελεί απλές εντολές**. Συχνά μοιάζει να μην ακούει αλλά, σε αντίθεση με τα παιδιά που έχουν βαρηκοΐα, ανταποκρίνεται σε ήχους του περιβάλλοντος.

Περίπου 25 με 30% των παιδιών που αργότερα διαγιγνώσκονται με αυτισμό αναφέρεται ότι αναπτύσσονταν φυσιολογικά μέχρι μια ηλικία και ότι μετά παλινδρόμησαν. Οι γονείς χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι το παιδί τους σταμάτησε να μιλάει. Αυτή η **γλωσσική παλινδρόμηση** συνήθως συμβαίνει μεταξύ 15 και 24 μηνών, με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ 18 και 21 μηνών και ακολουθείται από έκπτωση δεξιοτήτων και στους άλλους τομείς της ανάπτυξης.

Άτυπη γλωσσική ανάπτυξη

Εκτός από την καθυστέρηση λόγου, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν μια ιδιότυπη γλωσσική ανάπτυξη. Συχνά ο λόγος τους είναι **ηχολαλικός, ιδιοσυγκρασιακός και χωρίς επικοινωνιακή πρόθεση (μη λειτουργικός)**. Η αυτιστική ηχολαλία είναι περισσότερο έντονη από αυτή που παρατηρείται στα φυσιολογικά νήπια κατά την περίοδο που αυξάνει γρήγορα το λεξιλόγιό τους, συχνά είναι **καθυστερημένη** και περιλαμβάνει μεγαλύτερα λεκτικά κομμάτια. Τα παιδιά με αυτισμό συχνά έχουν εξαιρετική λεκτική μνήμη και μπορεί να απαγγέλουν παιδικά τραγουδάκια, διαφημιστικά σποτ ή ολόκληρη την αλφάβητο σε πολύ μικρές ηλικίες. Η πολυπλοκότητα αυτών των φράσεων μπορεί να δώσει την ψευδή εντύπωση της προχωρημένης ομιλίας και να καλύψει τα ελλείμματα τόσο στον λειτουργικό όσο και στον αντιληπτικό λόγο. Για παράδειγμα, ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να λέει ολόκληρη την αλφάβητο αλλά δεν μπορεί να ζητήσει από τον γονέα του νερό ή να ακολουθήσει μια απλή εντολή. Άλλοτε, μπορεί να λέει επαναλαμβανόμενα λέξεις ή φράσεις που είναι άσχετες με την περίσταση και που δεν έχουν επικοινωνιακή πρόθεση. Μερικά παιδιά με αυτισμό, ειδικά αυτά με φυσιολογική νοημοσύνη, μπορεί να ονοματίζουν **εμμονικά χρώματα, σχήματα, αριθμούς**.

Εάν δεν αναγνωριστεί αυτή η ασυμφωνία μεταξύ ηχολαλικού και λειτουργικού λόγου, το γλωσσικό πρόβλημα μπορεί να παραβλεφθεί και να καθυστερήσει σημαντικά η διάγνωση και η αντιμετώπιση.

3. Περιορισμένα ενδιαφέροντα, στερεοτυπίες, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές

Συνήθως τα περιορισμένα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς όπως και η ανάγκη για ρουτί-

νες εμφανίζονται στα παιδιά με αυτισμό μετά το δεύτερο χρόνο ζωής.

Συμπεριφορές που προβληματίζουν είναι μια **έντονη προσκόλληση** προς κάποια σκληρά και ασυνήθιστα αντικείμενα όπως στυλό, φακό, σχοινί ή κάποιο συγκεκριμένο ήρωα δράσης. Μπορεί να επιμένουν να κρατάνε το αντικείμενο αυτό όλη την ημέρα ακόμα και στα γεύματα. Η συμπεριφορά αυτή είναι διαφορετική από τα συνηθισμένα μεταβατικά αντικείμενα (λούτρινο αρκουδάκι, μαξιλάρι ή κουβερτούλα) που έχουν τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Πολλές φορές τα αυτιστικά παιδιά **αρέσκονται στο να ανοιγοκλείνουν πόρτες, να ανοιγοκλείνουν διακόπτες και να προσηλώνουν το βλέμμα τους σε περιστρεφόμενα αντικείμενα π.χ. κάδο πλυντηρίου, ανεμιστήρες**.

Συχνά τους αρέσει να βάζουν **αντικείμενα στη σειρά** και αντιδρούν έντονα όταν κάποιος τη χαλάσει. Επίσης, εκνευρίζονται έντονα όταν διακόπτεται αυτό που κάνουν και κατευθύνονται προς μία άλλη δραστηριότητα. Ο θυμός και η αντίδραση μπορεί να εξελιχτούν εύκολα σε **παρατεταμένη έκρηξη θυμού, επιθετικότητα ή ακόμα και σε αυτο-τραυματικές συμπεριφορές**.

Πολλά παιδιά με αυτισμό αναπτύσσουν **στερεότυπες κινήσεις** όπως φτερουγίσματα χεριών, συστροφικές κινήσεις δακτύλων/χεριών, κούνημα του κορμού, περπάτημα στις μύτες, περιστροφή γύρω από τον εαυτό τους. Οι στερεοτυπίες παρατηρούνται συνήθως στη χαρά ή στην ένταση και είναι χαρακτηριστικές και εύκολα αναγνωρίσιμες. Συχνά εμφανίζονται μετά τα 2 χρόνια ζωής.

Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά στον αυτισμό

Συχνά τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολίες στην επεξεργασία ή στην οργάνωση της ροής της αισθητηριακής πληροφορίας (διαταραχές αισθητηριακής ολοκλήρωσης). Έτσι, μπορεί να παρουσιάζουν υπερευαισθησία ή αντίθετα, μειωμένη ανταπόκριση σε **ήχους, φώτα, μυρωδιές, γεύσεις, υφές ή αγγίγματα**.

Για παράδειγμα, ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να εκνευριστεί έντονα από τον ήπιο ήχο μιας βρύσης που στάζει και να **καλύψει τα αυτιά του**, ενώ δεν δίνει καμία σημασία στη μητέρα του που φωνάζει δυνατά το όνομά του.

Άλλα παιδιά δεν μπορούν να ανεχτούν συγκεκριμένες υφές φαγητών, με αποτέλεσμα να είναι **πολύ επιλεκτικά στο φαγητό** τους και να έχουν μια πολύ περιορισμένη διαίτα.

Συχνά παρουσιάζουν **απτική αμυντικότητα**. Δεν ανέχονται ένα μαλακό άγγιγμα, τις ετικέτες των ρού-

χων ή συγκεκριμένα υφάσματα και δεν τους αρέσει η επαφή με άμμο, δακτυλομπογιές ή άλλα παρόμοια υλικά. Άλλοτε μπορεί να φαίνονται αδιάφορα σε επώδυνα ερεθίσματα.

Μερικές φορές μπορεί να εξερευνούν **οπτικά** αντικείμενα ή παιχνίδια με ασυνήθιστους τρόπους, όπως να τα κρατάνε πολύ κοντά στα μάτια τους, να τα κοιτάζουν με τη γωνία των ματιών τους (λοξά), ή μπορεί το κεφάλι τους να παρουσιάζει μια ασυνήθιστη κλίση.

Όταν η αισθητηριακή πληροφορία είναι συγκεχυμένη και υπερβολική, υπάρχουν δυσκολίες στη διατήρηση της προσοχής και τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να φαίνονται **υπερκινητικά**. Άλλες φορές πάλι, μπορεί να είναι **παθητικά ή αποσυρμένα, προσηλωμένα αρκετή ώρα σε μια δραστηριότητα**.

Τα τρομερά δίχρονα

Γύρω στα μέσα του 2^{ου} χρόνου αρχίζουν να κάνουν την εμφάνισή τους νευρικά ξεσπάσματα και βίαιες συμπεριφορές. Είναι μια φάση της ανάπτυξης που διαρκεί ένα ή ακόμα και δύο χρόνια και χαρακτηρίζεται από μεγάλες συναισθηματικές διακυμάνσεις και έντονο αρνητισμό.

Το νήπιο παλεύει για την αυτονομία του, αγωνίζεται να αποχωριστεί τους γονείς του και την επόμενη στιγμή αγκιστρώνεται πάνω τους φοβισμένο μπροστά στο επόμενο βήμα και εγκλωβισμένο στην αναποφασιστικότητα και την αμφιθυμία του. Η συνεχής σύγκρουση με τον εαυτό του, του δημιουργεί έντονη αναστάτωση.

Την ίδια περίοδο οι κινητικές, επικοινωνιακές και κοινωνικές του δεξιότητες αναπτύσσονται ραγδαία και του δημιουργούν την αίσθηση ότι αποκτά έλεγχο στη συμπεριφορά του, ότι μπορεί να κάνει επιλογές. Θέλει να αποφασίζει το ίδιο πού θα πάει, τι θα φάει, τι θα φορέσει. Τα θέλει όλα συγχρόνως «εδώ και τώρα» και το κοινοποιεί με ένα συνεχές «όχι» σε όλα. Η συνεχής σύγκρουση με το περιβάλλον του το γεμίζει με αισθήματα ματαίωσης και θυμό που διοχετεύονται σε έντονες συμπεριφορές. Οι δύσκολες αυτές συμπεριφορές βάζουν σε δοκιμασία την υπομονή και την αντοχή των γονέων και μπορεί να φέρουν στην επιφάνεια οδυνηρά συναισθήματα και εμπειρίες από τη δική τους παιδική ηλικία. Πρόκειται για μια εκρηκτική κατάσταση που η έκβασή της εξαρτάται και από τα δύο μέρη.

Σημαντικό ρόλο παίζει η ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Ένα προσαρμοστικό παιδί εύκολα θα περάσει από την έκρηξη στην ηρεμία. Αντίθετα, ένα δύσκολο παιδί θα εκφράσει τα συναισθήματά του με έντονο, θορυβώδη τρόπο. Ένα νήπιο με ασταθείς βιολογικούς ρυθμούς στον ύπνο ή στο φαγητό αναστατώνεται ευκολότερα, ενώ το ξέσπασμα ενός επίμονου παιδιού θα διαρκέσει περισσότερο.

Η γονεϊκή αντίδραση στις εκρήξεις του παιδιού επηρεάζει τον τρόπο που λύνεται η σύγκρουση και καθορίζει τον χαρακτήρα των μελλοντικών κρίσεων. Γονείς που απειλούνται από την τάση του παιδιού για αυτονομία ή αμφιβάλλουν για τις γονεϊκές τους ικανότητες, εμπλέκονται στη σύγκρουση οδηγώντας την κατάσταση σε αδιέξοδο. Η πάλη του παιδιού για αυτονομία μετατρέπεται σε μάχη με τον γονέα, σε ένα παιχνίδι εξουσίας. Γονείς που είναι υπερπροστατευτικοί δεν επιτρέπουν στο παιδί να χειρίζεται τον θυμό του, τη ματαίωση, τον φόβο απέναντι στις προκλήσεις και τις νέες καταστάσεις που αντιμετωπίζει. Δεν το ενθαρρύνουν ώστε να μαθαίνει να ρυθμίζει το ίδιο τη συμπεριφορά του. Σπεύδουν να παρέμβουν πριν το παιδί προλάβει να βιώσει την αποτυχία και να ξαναπροσπαθήσει, υπονομεύοντας έτσι την αυτοπεποίθησή του και την απόκτηση αυτονομίας.

Σε δυσλειτουργικές οικογένειες, όπου υπάρχουν στρεσογόνοι παράγοντες, όπως άσκηση βίας ή μητέρα που πάσχει από κατάθλιψη, αυτές οι «φυσιολογικές» εκρήξεις του παιδιού αποκτούν άλλη ποιότητα και χαρακτήρα.

Το παιδί αυτής της ηλικίας δεν γνωρίζει τη διαφορά ανάμεσα στο καλό και στο κακό, το «δικό μου» και το «δικό σου». Για να βρει τα όριά του πειραματίζεται, κάνει λάθη, ξεπερνά τις δυνατότητές του στην προσπάθεια να βρει τρόπο να αντιμετωπίζει μόνο του τις δυσκολίες. Ταυτόχρονα, προκαλεί τον ενήλικα να του θέσει όρια, να του μάθει ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι, να του θέσει φραγμούς, κάτι που το ίδιο δεν μπορεί να κάνει για τον εαυτό του. Με αυτές τις προκλητικές συμπεριφορές εκφράζει την ανάγκη του για σταθερά και ασφαλή όρια που θα μάθει μέσα από την πειθαρχία που επιβάλλεται από τους γονείς.

Η πειθαρχία παγώνει τα όρια και τον πυρήνα του «εγώ» (Brazelton 1984). Προσφέρει στο παιδί τον τρόπο να χειρίζεται τις συγκρούσεις, να δομήσει το εύθραυστο «εγώ» του. Δεν αποτελεί τιμωρία αλλά καθοδήγηση, με στόχο να αφομοιώσει το παιδί τους κανόνες της οικογένειας και της κοινωνίας. Οι κανόνες και οι καλοί τρόποι ορίζουν τη συμπεριφορά που αναμένουν οι άλλοι από το παιδί και το βοηθούν να είναι αποδεκτό από το περιβάλλον του. Πρέπει να είναι απλοί, σαφείς και κατανοητοί από το παιδί. Η αποτελεσματικότητα στη διδασκαλία των ορίων απαιτεί απόλυτη συνέπεια. Είναι πολύ σημαντικό το παιδί να υποστηρίζεται με έπαινο και επιβράβευση των θετικών του συμπεριφορών.

Σε αυτή τη διαδικασία μεγάλη σημασία έχει το προσωπικό παράδειγμα των γονέων. Ο τρόπος που χειρίζονται τον δικό τους θυμό και το αίσθημα ματαίωσης, αποτελεί πρότυπο συμπεριφοράς για το μικρό παιδί.

Οδηγίες για γονείς

- Εξασφαλίστε τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να αποτραπούν τα ξεσπάσματα, που συχνά προκαλούνται από κούραση, αϋπνία, πείνα ή δίψα.
- Εξασφαλίστε του ένα ασφαλές περιβάλλον.
- Δώστε πολλές διεξόδους στην ενεργητικότητα του μέσα από παιχνίδι και σωματικές δραστηριότητες. Αποφύγετε την υπερβολική διέγερση.
- Επιμείνετε στην τήρηση των καθημερινών του δραστηριοτήτων, ειδικά όταν περνάει μία δύσκολη περίοδο.
- Σεβαστείτε την ιδιοσυγκρασία του. Αν χρειαστεί, εξηγήστε του πολλές φορές με απλά λόγια τους κανόνες.
- Δώστε του την ευκαιρία να νοιώσει ότι έχει έλεγχο της κατάστασης.
- Παρουσιάστε του περιορισμένες επιλογές π.χ. «θέλεις να φας μήλο ή πορτοκάλι;»
- Μην το παίρνετε προσωπικά. Δεν επαναστατεί εναντίον σας. Δεν προσπαθεί να σας φέρει σε δύσκολη θέση. Η συμπεριφορά του δεν αποτελεί απόδειξη της αποτυχίας σας σαν γονείς.
- Διατηρείστε την ψυχραιμία σας. Κλιμάκωση της πίεσης οδηγεί σε κλιμάκωση της ανυπακοής.
- Αποσπάστε του την προσοχή από την εστία αναστάτωσης και κατευθύνετε την προς μια άλλη δραστηριότητα. Έτσι, αποφεύγετε τα συνεχή «μη» και τις διαρκείς εξηγήσεις.
- Αδιαφορήστε για την αρνητική συμπεριφορά και απομακρυνθείτε, αφού βεβαιωθείτε ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές.
- Εάν είναι πολύ αναστατωμένο μπορείτε να το πάρετε αγκαλιά και να το ηρεμήσετε λέγοντάς του με απλά λόγια πως καταλαβαίνετε γιατί είναι θυμωμένο. Βάζοντας σε λέξεις τον θυμό του το βοηθάτε.
- Μην προσπαθείτε να το λογικέψετε, μείνετε σταθεροί και μην υποχωρείτε.
- Χρησιμοποιήστε το time out, μια σύντομη απομάκρυνση από την εστία της σύγκρουσης, ώστε να διακοπεί η αρνητική συμπεριφορά και ταυτόχρονα να τονιστεί η αποδοκιμασία σας. Προσαρμόστε τον χρόνο του time out στο επίπεδο ανάπτυξης του νηπίου.
- Εξηγήστε του με απλά λόγια ότι θα πάρει αυτό που θέλει όταν σταματήσει να κλαίει.
- Όλοι όσοι ασχολείστε με τη φροντίδα του παιδιού συμφωνείτε σε μια κοινή στρατηγική αντιμετώπισης των κρίσεων και τηρείστε τη με συνέπεια. Μην του δίνετε διφορούμενα μηνύματα.
- Μην χρησιμοποιείτε σωματική τιμωρία. Το παιδί την αντιλαμβάνεται σαν έλλειψη αγάπης και τελικά θα τη χρησιμοποιήσει με τη σειρά του σαν τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων.
- Επιβραβεύστε τις καλές συμπεριφορές, επαινέστε το παιδί τονίζοντας πόσο περήφανοι είστε για αυτό.
- Προσαρμόστε την πειθαρχία στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού. Ένα είδος τιμωρίας μπορεί να είναι ιδανικό για ένα ζωηρό παιδί, αλλά να συντρίψει ένα ήσυχο, ευαίσθητο παιδί.
- Μην παρεμβαίνετε όταν είναι μαζί με άλλα παιδιά.
- Προσφέρετέ του πρότυπα συμπεριφοράς για μίμηση και μην ξεχνάτε πως το προσωπικό σας παράδειγμα είναι πιο διδακτικό από χίλιες λέξεις.

2.4. Η ηλικία των 2,5 χρονών

Γενική περιγραφή

Στην ηλικία αυτή βαθμιαία επιβραδύνεται η σωματική αύξηση. Οι σωματικές αναλογίες μεταβάλλονται δραστικά με επιμήκυνση του κάτω μέρους του σώματος. Εντυπωσιακές **αλλαγές παρουσιάζονται στο νοητικό, γλωσσικό και κοινωνικο-συναισθηματικό** πεδίο. Ο αδρός και λεπτός **κινητικός συντονισμός** ωριμάζουν. Η πρόοδος, αν και επιτελείται με βραδύτερο ρυθμό, είναι πιο ποικίλη και επηρεάζεται περισσότερο από την άσκηση και την εμπειρία και λιγότερο από την ωρίμανση. Το παιδί τρέχει, πηδάει, κλωτσάει, σκαρφαλώνει. Περπατάει στις μύτες και χοροπηδάει επιτόπου. Οι κινήσεις του είναι πιο αρμονικές και ελεγχόμενες. Επιταχύνει και επιβραδύνει, στρίβει τρέχοντας και είναι σε θέση να σταματήσει απότομα. Οι κινήσεις των δακτύλων ανεξαρτητοποιούνται από την κίνηση του υπόλοιπου χεριού, επιτρέποντάς του να χειρίζεται με άνεση μικρά αντικείμενα, να συνθέτει πάζλ, να περνάει χάντρες, να ζωγραφίζει, να χτίζει και να συναρμολογεί. Σε όλα αυτά βοηθάει και η αναδυόμενη ικανότητά του να συγκεντρώνεται περισσότερο.

Θεαματική είναι η ανάπτυξη της γλώσσας και της επικοινωνίας. Η γλωσσική ανάπτυξη θεμελιώνεται πάνω στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις του παιδιού με τους γονείς του και η μετέπειτα εξέλιξη της ευνοείται από ένα πλούσιο γλωσσικό περιβάλλον. Η γλώσσα είναι κατεξοχήν συμβολική λειτουργία. Οι λέξεις συμβολίζουν, αναπαριστούν αντικείμενα, πράξεις, σχέσεις και συναισθήματα. Ένα αντικείμενο συμβολίζεται με ένα μικρό παιχνίδι, μια εικόνα, μια λέξη. Το παιδί χρησιμοποιεί τη γλώσσα για να ρωτάει, να δηλώνει ή να καθοδηγεί τις πράξεις του. Μιλάει στον εαυτό του καθώς παίζει. Στη φάση αυτή της ραγδαίας κατάκτησης της γλώσσας και του λεξιλογίου, πολλά παιδιά αντιγράφουν ό,τι ακούνε και το επαναλαμβάνουν δυνατά σαν να «ξαναπαίζουν» νοητικά ό,τι άκουσαν, κάτι που τα βοηθά να καταλάβουν καλύτερα. Η γλωσσική κατανόηση υπερέρχει πολύ του εκφραστικού λόγου και επιτρέπει στο παιδί να παρακολουθεί ιστορίες που του διαβάζουν ή να ακολουθεί σχετικά σύνθετες οδηγίες με δύο ως τρία βήματα. Χρησιμοποιεί τουλάχιστον 200 λέξεις, όμως η ομιλία του παρουσιάζει έντονη ανωριμότητα στην άρθρωση και στη δομή της πρότασης. Ωστόσο, ο λόγος του, αν και συχνά τηλεγραφικός, είναι έτσι δομημένος που δεν αποτελεί απλώς μίμηση του λόγου των ενηλίκων, αλλά δείχνει κατανόηση των γλωσσικών κανόνων.

Χρησιμοποιεί μεγάλη ποικιλία μικρών φράσεων τριών ως τεσσάρων λέξεων για να εκφράσει τις ανά-

γκες και τις επιθυμίες του. Η δυνατότητα να εκφράζει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του λεκτικά, θα συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση της συμπεριφοράς του. Τραγουδάει παιδικά τραγουδάκια με ομοιοκαταληξία και τα συνοδεύει με κινήσεις. Η συμμετοχή του παιδιού σε τέτοια διαδραστικά παιχνίδια αποτελεί σημαντικό μέρος της κοινωνικής του ανάπτυξης. Παρακολουθεί ιστορίες που του διαβάζουν και ακούει ευχάριστα ιστορίες που αφορούν καθημερινές δραστηριότητες όπως το ντύσιμο, το παιχνίδι, το φαγητό με την οικογένεια, την ώρα του ύπνου. Του αρέσει να ακούει συνέχεια την ίδια ιστορία και συχνά επιμένει να του διαβάζουν συνεχώς με τον ίδιο τρόπο. Καθώς αναπτύσσεται η γλώσσα, αρχίζει να σχηματίζει νοητικές αναπαραστάσεις, δηλαδή νοητές εικόνες πραγμάτων, καταστάσεων και εννοιών.

Μπορεί να λύσει κάποια προβλήματα νοητικά με τη μέθοδο της **δοκιμής και του σφάλματος** χωρίς να χρειάζεται να χειρίζεται τα ίδια τα αντικείμενα. Αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις σχέσεις των αντικειμένων και τη σημασία των αριθμών. Αντιλαμβάνεται όλο και πιο καθαρά **τη σχέση αιτίου-αποτελέσματος** και έτσι ενδιαφέρεται περισσότερο για κουρδιστά παιχνίδια ή συσκευές που αναβοσβήνουν. Προοδευτικά, το παιχνίδι του γίνεται πιο σύνθετο, με μια σειρά διαδοχικών ενεργειών που έχουν **λογική συνάφεια**.

Μιμείται και προσποιείται τη συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας, υποδύεται ρόλους ταΐζοντας την κούκλα, μιλώντας στο τηλέφωνο, σκουπίζοντας το πάτωμα, οδηγώντας αυτοκίνητο και αυτό το βοηθάει να μάθει να μπαίνει στη θέση του άλλου.

Δεν μπορεί ακόμα **να παίξει με τα άλλα παιδιά**. Παίζει δίπλα τους και συνήθως αρνείται να μοιραστεί τα παιχνίδια του. Ωστόσο, σε κάποια παιχνίδια με γνωστό θέμα και ακολουθία πράξεων το κάθε παιδί απολαμβάνει το δικό του παιχνίδι, μαζί όμως με τα συνομήλικα. Παρακολουθεί με ενδιαφέρον τα παιδιά που παίζουν, παρατηρεί, κάποτε παρεμβαίνει ή συμμετέχει για ελάχιστο χρόνο και αποσύρεται.

Το παιδί είναι **εγωκεντρικό** και έχει την αίσθηση πως οτιδήποτε συμβαίνει στον κόσμο είναι συνέπεια των δικών του πράξεων. Αντιλαμβάνεται τον κόσμο σχεδόν αποκλειστικά μέσα από τις δικές του επιθυμίες και ανάγκες. Επειδή αδυνατεί να κατανοήσει πως αισθάνεται κάποιος άλλος, υποθέτει ότι οι άλλοι σκέφτονται και αισθάνονται όπως το ίδιο.

Σιγά-σιγά, εκφράζει **εύρος συναισθημάτων**, δείχνει ντροπή ή αμηχανία και αρχίζει να χρησιμοποιεί λέξεις που εκφράζουν συναισθήματα. Μπορεί να αποκωδικοποιήσει τις συναισθηματικές εκφράσεις των άλλων. Αρχίζει να εκδηλώνει ενσυναίσθηση (δείχνει να στενοχωριέται όταν κάποιος πονάει).

Η εμφάνιση της συμβολικής λειτουργίας δίνει στη σκέψη λειτουργική ευκαμψία και πλαστικότητα.

Χρησιμοποιεί σύμβολα ή πράξεις για να μιμηθεί παρελθόντα γεγονότα, π.χ. μιμείται ό,τι κάνουν οι γονείς του, αλλά μετά από πολλές ώρες. Δεν αντιγράφει μόνο, αλλά μέσα από αυτό το νέο επίτευγμα, αρχίζει να **ταξινομεί τις εμπειρίες του** και να μαθαίνει τον κόσμο.

Η **προσοχή του** κυρίως κατευθύνεται και διατηρείται σε μία δραστηριότητα κάθε φορά. Μπορεί να διακόψει για λίγο, καθώς είναι αφοσιωμένο στο παιχνίδι, για να κοιτάξει ή να πάρει οδηγίες, χρειάζεται όμως έντονη προτροπή από τον ενήλικα για να μετακινήσει την εστία της προσοχής του.

Συνεχίζει να **δοκιμάζει τα όριά του**, καθώς και του περιβάλλοντός του. Συχνά τα παραβιάζει, προκαλεί, θυμώνει, αρνείται. Συχνές είναι οι συγκρούσεις με τους γονείς, μερικές φορές μόνο και μόνο επειδή δεν το προσέχουν όσο εκείνο απαιτεί.

Η πιο συνηθισμένη συναισθηματική του αντίδραση είναι ο θυμός που όμως κυρίως αποσκοπεί στην απόκτηση κάποιου αντικειμένου ή στη διατήρηση ενός παιχνιδιού ακόμα και κάποιου δικαιώματος. Παρότι έχουν μειωθεί οι εκρήξεις θυμού, αντιδρά έντονα όταν το περιορίζουν, συχνά ξεσπά σε κλάματα, στριγκλιές και χτυπήματα, ενώ κάποιες φορές δείχνει αυτοσυγκράτηση.

Σιγά-σιγά μαθαίνει να **ελέγχει τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις του**.

Επίσης προοδευτικά μαθαίνει να **αντιμετωπίζει και τον αποχωρισμό** από κοντινά πρόσωπα.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Οικογενειακές ρουτίνες (συνέπεια γονέων, καθημερινές ρουτίνες, ευχάριστες οικογενειακές δραστηριότητες).
- Γλωσσική ανάπτυξη και επικοινωνία (διαδραστική επικοινωνία με τραγούδια, παιχνίδι, διάβασμα).
- Κοινωνική ανάπτυξη (παιχνίδι με άλλα παιδιά, αμοιβαίο παιχνίδι, μίμηση άλλων, επιλογές).
- Προετοιμασία για συμμετοχή σε προγράμματα πρώιμης παιδικής ηλικίας, ομαδικά προγράμματα σε παιδότοπους κλπ.
- Αγωγή τουαλέτας.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Ανοικτή και ενεργή επικοινωνία παιδιού-γονέων.
- Γλωσσική ανάπτυξη.
- Επάρκεια στη συναισθηματική αλληλεπίδραση.
- Παιχνίδι
- Συμπεριφορά με άλλους (ενήλικες και παιδιά).

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Τρέχει με ευκολία.
- Ανεβαίνει τη σκάλα μόνο του –ενώ στηρίζεται– εναλλάσσοντας τα πόδια. Κατεβαίνει με δύο πόδια σε κάθε σκαλί.
- Πηδάει από το τελευταίο σκαλί και με τα δύο πόδια.
- Κλωτσάει την μπάλα με επιδεξιότητα.
- Πετάει την μπάλα στο ύψος του σώματός του αδέξια.

Λεπτή κινητικότητα

- Αρχίζει να εδραιώνεται η πλευρίωση.
- Κατασκευάζει πύργο με τουλάχιστον επτά κύβους.
- Κρατάει μολύβι συνήθως με ανώριμο τρόπο.
- Αντιγράφει κάθετη γραμμή.
- Μιμείται οριζόντια γραμμή.
- Βιδώνει, ξεβιδώνει καπάκια, γυρίζει πόμολα.

Γνωστική ανάπτυξη

- Δείχνει τα μέρη του σώματός του.
- Ταιριάζει σχήματα και χρώματα.
- Συναρμολογεί παζλ 3-4 κομματιών.
- Αναγνωρίζει τον εαυτό του σε φωτογραφίες.
- Γνωρίζει τι κάνουν τα ζώα και οι άνθρωποι (το πουλί πετάει, ο άνθρωπος μιλάει).
- Θυμάται και τραγουδάει παιδικά τραγουδάκια.

Γλωσσική ανάπτυξη/Επικοινωνία

Αντιληπτικός λόγος

- Εκτελεί εντολές με 2 μέρη.
- Δείχνει τα περισσότερα μέρη του σώματος.
- Αναγνωρίζει αντικείμενα σε εικόνες.
- Κατανοεί αντωνυμίες (εμένα, εσένα, αυτός).
- Κατανοεί την έννοια του «μόνο ένα».

- Κατανοεί λέξεις που εκφράζουν δράση (τρώει, τρέχει, παίζει).
- Κατανοεί την έννοια του μεγέθους (μεγάλο/μικρό).
- Αντιλαμβάνεται τις σχέσεις των πραγμάτων στο χώρο (πάνω, κάτω, μέσα).

Εκφραστικός λόγος

- Η ηχολαλία και η βρεφική jargon έχουν υποχωρήσει.
- Γνωρίζει το όνομά του και το φύλο του.
- Χρησιμοποιεί μεγάλη ποικιλία προτάσεων τριών ως τεσσάρων λέξεων.
- Συνεχώς ρωτάει «πώς», «ποιος» και «γιατί».
- Χρησιμοποιεί αντωνυμίες όπως «εγώ», «εσύ», «μου» και τον πληθυντικό ορισμένων λέξεων.
- Ονοματίζει σχεδόν όλα τα κοινά αντικείμενα και τις εικόνες που απεικονίζουν γνωστά πρόσωπα και αντικείμενα.
- Απαγγέλει μέρη από γνωστές ιστορίες ή παιδικά τραγουδάκια, με συνοδεία κινήσεων.
- Περίπου το 50% της ομιλίας του είναι κατανοητό από το περιβάλλον.
- Μερικές φορές τραυλίζει όταν βιάζεται.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Προοδευτικά κατακτά την ανεξαρτησία του σε καθημερινές δραστηριότητες π.χ. χρησιμοποιεί καλά το κουτάλι και ίσως το πιρούνι, γδύνεται.
- Δυσκολεύεται να ελέγξει τον εαυτό του και να αναβάλει την επιθυμία της στιγμής.
- Μιμείται τους άλλους και κυρίως τους ενήλικες και τα μεγαλύτερα παιδιά.
- Στρέφεται στον ενήλικα για να ελέγξει καταστάσεις ή να πληροφορηθεί για αυτές (κοινωνική αναφορά).
- Διατηρεί περισσότερο την προσοχή του σε μια δραστηριότητα.
- Το παιχνίδι του με τα άλλα παιδιά είναι κυρίως παράλληλο αλλά σιγά-σιγά αρχίζει να συναλλάσσεται σε παιχνίδια όπως κυνηγητό.
- Είναι ανταγωνιστικό και συνεχώς θέλει να επιβιβώνεται. Συχνά συγκρούεται με τα αδέρφια του.
- Το παιχνίδι του γίνεται όλο και πιο σύνθετο:
 - Κατανοεί τη σημασία της προσποίησης (προσποιείται πως πονάει, πεινάει κλπ ή πως ένα αντικείμενο είναι κάτι άλλο π.χ. πως ένα καλάμι είναι «άλογο» και ένα σπιρτόκουτο «αυτοκινητάκι»).
 - Παίζει παιχνίδι ρόλων (βάζει την κούκλα για

ύπνο, οδηγεί αυτοκινητάκι και εναλλάσσει ρόλους όπως γιατρός-άρρωστος, μαμά-μωρό).

Σημασία της γλωσσικής ανάπτυξης

Οι δυσκολίες στον λόγο και στην ομιλία είναι η συχνότερη αιτία ανησυχίας σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού.

Συνήθως αφορά στον εκφραστικό λόγο και σπανιότερα στον αντιληπτικό λόγο.

Οι δυσκολίες στον αντιληπτικό λόγο είναι μείζονος βαρύτητας.

Μπορούν να επηρεάσουν την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και αργότερα την πρόοδο στο σχολείο. Παιδιά με καλή γλωσσική ανάπτυξη παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς (κυρίως επιθετικότητα), πειθαρχούν ευκολότερα, μπορούν να διαπραγματευτούν με τα συνομήλικα και είναι ανθεκτικά στο στρες. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η πρόωπη γλωσσική ανάπτυξη συνδέεται με την ανάπτυξη της αναγνωστικής ικανότητας. Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και θετικό οικογενειακό ιστορικό, υστερούσαν ως προς τη σύνθεση της πρότασης και την παραγωγή λόγου σε ηλικία δύο ως τριών ετών.

Αν και η καθυστέρηση στην ομιλία είναι η πιο φανερή αιτία ανησυχίας, εντούτοις η ικανότητα του παιδιού να αλληλεπιδρά, να χρησιμοποιεί σωματική γλώσσα, να φαντάζεται, να προσποιείται και να κατανοεί τη γλώσσα είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη σοβαρότητα τυχόν προβλήματος στη γλωσσική ανάπτυξη.

Η ειδική αναπτυξιακή διαταραχή του λόγου υπολογίζεται ότι προσβάλλει 15% των παιδιών προσχολικής ηλικίας και 6% των παιδιών της σχολικής ηλικίας. Η πρόγνωση των παιδιών με μεμονωμένη καθυστέρηση στον εκφραστικό λόγο είναι συνήθως καλή.

Η κλινική αξιολόγηση της γλωσσικής ανάπτυξης στο ιατρείο παρουσιάζει δυσκολίες:

- Οι γονείς δεν μπορούν πάντα να εκτιμήσουν την κατανόηση του λόγου γιατί χωρίς να το καταλαβαίνουν, δίνουν μη λεκτικές ενδείξεις στο παιδί όπως «πάμε βόλτα» ενώ έχουν κάνει όλες τις απαραίτητες προετοιμασίες που το παιδί παρακολουθεί.
- Ο παιδίατρος συχνά φοβίζεται τα παιδιά λόγω της πρόσφατης εμπειρίας των εμβολιασμών.

Αν οι γονείς ανησυχούν για την κατανόηση του λόγου, συνήθως είμαστε μπροστά από κάποια σοβαρή δυσκολία.

Ο παιδίατρος πρέπει να εστιάσει στα εξής:

- Αν οι γονείς ανησυχούν για την ακοή του παιδιού τους.

- Πώς το παιδί λειτουργεί στους άλλους τομείς της ανάπτυξης, π.χ. παιχνίδι, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνικότητα, συγκέντρωση.
- Στην εκτίμηση της κατανόησης του λόγου ζητώντας από το παιδί να εκτελέσει εντολές, να καταδείξει αντικείμενα ή μέρη του σώματος.
- Οικογενειακό ιστορικό γλωσσικής καθυστέρησης.

Παράγοντες όπως κατάθλιψη μητέρας, οικογενειακό στρες ή περιορισμένη επαφή γονέων και παιδιού έχουν σαν αποτέλεσμα τα παιδιά να δέχονται φτωχά γλωσσικά ερεθίσματα και επομένως να επηρεάζεται η γλωσσική τους ανάπτυξη.

Αιτίες διαταραχής στην κατανόηση του λόγου:

- Διαταραχές αυτιστικού φάσματος.
- Μεικτή εξελικτική διαταραχή λόγου.
- Βαρηκοΐα
- Γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Συχνές πτώσεις, δυσκολίες στο τρέξιμο και το ανεβοκατέβασμα σκάλας.
- Αδυναμία να κατασκευάσει πύργο με τουλάχιστον τέσσερις κύβους.
- Αδυναμία να αντιγράψει κάθετη και οριζόντια γραμμή.
- Υπερβολική προσκόλληση στη μητέρα.
- Δεν δείχνει ενδιαφέρον για άλλα παιδιά.
- Δεν συμμετέχει σε παιχνίδια προσποίησης.
- Δεν επιδιώκει να μοιραστεί κάτι που το ενδιαφέρει ή του προκαλεί ευχαρίστηση.
- Δεν δείχνει ενδιαφέρον όταν του διαβάζουν σύγγραμμο παραμύθι.
- Δεν μπορεί να εκτελέσει μια διπλή εντολή (πάρτε το πιάτο και βάλτε στο τραπέζι).
- Έντονη σιελόρροια.
- Δεν επικοινωνεί με πρόταση δύο-τριών λέξεων.
- Εξαιρετικές γλωσσικές ικανότητες αναφορικά με την ονομασία σχημάτων, αριθμών, χρωμάτων.

Ενδείξεις παραπομπής

- Μη λειτουργική χρήση του λόγου π.χ. επανάληψη λέξεων ή ερωτήσεων, χρήση λέξεων ή φράσεων συχνά από διαφημίσεις ή κόμικς, χαμηλός ή ανύπαρκτος απαντητικός λόγος, επιμονή στο να αριθμεί, να ονοματίζει σχήματα ή γράμματα ενώ δεν χρησιμοποιεί επικοινωνιακά τον λόγο.
- Δυσκολίες στην κατάδειξη, ταύτιση αντικειμένων

και μελών του σώματος.

- Μη εκτέλεση εντολών.
- Μη συμμετοχή σε παιχνίδι προσποίησης ή μίμησης.
- Χαμηλή βλεμματική επικοινωνία.
- Εμφάνιση συμπεριφορών που προβληματίζουν, π.χ. επαναλαμβανόμενες κινήσεις συνήθως στη χαρά, στερεότυπο επαναλαμβανόμενο παιχνίδι χωρίς φαντασία.
- Παρουσία κάποιας κινητικής δυσκολίας.
- Απώλεια δεξιοτήτων που έχουν κατακτηθεί.

Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας

Αυτορρύθμιση-προσοχή

- Αναπτύσσεται στα πλαίσια σχέσεων φροντίδας.
- Αν το παιδί δεν προσέχει, οι γονείς το προτρέπουν να τους κοιτάζει, ακόμα και κρατώντας το απαλά από τα χέρια ή στρέφοντας το πρόσωπό του προς αυτούς.
- Πρέπει να του μιλάνε καθαρά χωρίς να φωνάζουν.
- Να περιορίζουν τους παράγοντες που αποσπούν την προσοχή του, π.χ. τηλεόραση, μουσική.
- Η οργάνωση της ρουτίνας “σταματάω-σκέπτομαι-δρώ” βοηθά το παιδί να σκέφτεται πριν δράσει.
- Το παιδί διδάσκεται να κρατάει τη σειρά του.

Προαγωγή επικοινωνίας και γλώσσας

Στην ηλικία των δύομισι ετών, τα περισσότερα παιδιά μπορούν να εκφράζουν με ποικίλους τρόπους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους.

Η ομιλία τους τις περισσότερες φορές είναι σε μεγάλο βαθμό κατανοητή από την οικογένεια.

Ο παιδίατρος:

- Υποστηρίζει το καθημερινό διάβασμα για τον εμπλουτισμό του λεξιλογίου του. Το παιδί μπορεί να παρακολουθήσει την πλοκή μιας απλής ιστορίας και ζητάει να του διαβάσουν ξανά και ξανά το ίδιο βιβλίο.
- Υποστηρίζει τη με κάθε ευκαιρία συνομιλία με το παιδί. Τα μικρά παιδιά χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να επεξεργαστούν τη γλώσσα, γι' αυτό και πρέπει να τους δίνεται ο απαραίτητος χρόνος για να απαντήσουν σε ερωτήσεις.
- Προτείνει στους γονείς να ακούνε προσεκτικά τα παιδιά τους και να επαναλαμβάνουν τα λόγια τους γραμματικά σωστά. Αν είναι απαραί-

τητο, να αποσαφηνίζουν αυτό που είπε το παιδί.

- Υποστηρίζει παιχνίδια ρόλων, ταυτίσεων, ομαδοποιήσεων, κατηγοριοποιήσεων, κατασκευές.
- Εξηγεί πως η παρακολούθηση τηλεόρασης ή βίντεο βοηθάει τη γλωσσική εξέλιξη αλλά, πρέπει να περιορίζεται σε μία ώρα την ημέρα με προγράμματα κατάλληλα για την ηλικία τους.

Προαγωγή κοινωνικής ανάπτυξης

Η ικανότητα των παιδιών αυτής της ηλικίας στο να συνεργάζονται και να αλληλεπιδρούν στο παιχνίδι είναι ακόμα περιορισμένη. Σ' αυτήν την ηλικία τα παιδιά απολαμβάνουν να παίρνουν πρωτοβουλίες και αποφάσεις στο παιχνίδι. Δεν αναστατώνονται και δεν ματαιώνονται πια όπως όταν ήταν δύο ετών. Ωστόσο, όχι μόνο χρειάζονται αλλά και εκτιμούν τη σταθερή καθοδήγηση των γονέων τους, ώστε η συμπεριφορά τους να είναι ασφαλής, αποδεκτή και οριοθετημένη.

Αν το παιδί δεν έχει ακόμα ενταχθεί σε μια προσχολική ομάδα, οι γονείς πρέπει να επιδιώκουν συναντήσεις για παιχνίδι με άλλα παιδιά ώστε να ενισχυθεί η κοινωνική τους ανάπτυξη.

Ο παιδίατρος προτείνει στους γονείς να δίνουν στα παιδιά τους ευκαιρίες για παιχνίδι με συνομήλικα παιδιά. Συστήνεται να επιτηρούνται, επειδή δεν είναι ακόμα έτοιμα να μοιραστούν ή να συνεργαστούν στο παιχνίδι.

Πειθαρχία-οριοθέτηση

Το παιδί προσπαθεί να ανακαλύψει τα όριά του καθώς και τα όρια των άλλων. Προκαλεί, αρνείται, παραβιάζει. Η ικανότητά του να ελέγχει τις παρορμήσεις του σταδιακά αρχίζει και αναπτύσσεται.

Ο παιδίατρος εξηγεί στους γονείς ότι:

- Αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για το παιδί τους.
- Η συμπεριφορά μετράει περισσότερο από τη νοθεσία.
- Πρέπει να δείχνουν σταθερότητα και συνέπεια στην τακτική που έχουν επιλέξει. Η τακτική αυτή θα πρέπει να είναι συμβατή με την ιδιοσυγκρασία του παιδιού αλλά και να ταιριάζει και στους γονείς για να μπορούν να την εφαρμόσουν. Όταν η ιδιοσυγκρασία του παιδιού π.χ. δύσκολο παιδί, έρχεται σε σύγκρουση με τις προσδοκίες των γονέων ή τον τύπο της γονεϊκής φροντίδας, δημιουργούνται εντάσεις και οξύνονται τα προβλήματα συμπεριφοράς.
- Είναι καλό να επαινείται και να ανταμείβεται η καλή συμπεριφορά.
- Αν το παιδί επιμένει να παραβιάζει τα όρια,

μπορεί να απαιτείται να μείνει για λίγο στο δωμάτιό του.

Ύπνος

Η μετάβαση του παιδιού από μια δραστήρια μέρα σε έναν ήρεμο ύπνο εξασφαλίζεται μέσα από την τήρηση σταθερής ρουτίνας πριν τον ύπνο.

Καλό είναι, πριν τον ύπνο να αποφεύγεται το έντονο παιχνίδι που μπορεί να διεγείρει το παιδί.

Οι ήρεμες δραστηριότητες, αντίθετα, βοηθάνε το παιδί να καταλάβει ότι πλησιάζει η ώρα του ύπνου και διευκολύνουν τη σταδιακή μετάβαση στις ρουτίνες του, εξασφαλίζοντας έναν ήρεμο ύπνο. Ένας καλός νυχτερινός ύπνος είναι απαραίτητος για να είναι το παιδί ήρεμο στη διάρκεια της ημέρας.

Οικογενειακά γεύματα

Τα οικογενειακά γεύματα προάγουν την επικοινωνία και την κοινωνική ανάπτυξη, αλλά επιπλέον υποστηρίζουν την ανάπτυξη της γλώσσας, τη σκέψη, τις κινητικές δεξιότητες.

Ο παιδίατρος ενθαρρύνει τα οικογενειακά γεύματα τουλάχιστον τέσσερις ως πέντε φορές την εβδομάδα.

Παιχνίδι

Οι γονείς σε αυτή την ηλικία μπορούν να απολαμβάνουν το μοίρασμα και το παιχνίδι με το παιδί τους.

Κατάλληλα παιχνίδια για την ηλικία αυτή είναι:

- **Κύβοι, ενσφηνώσεις, παζλ με λίγα κομμάτια, σχήματα**, γιατί έτσι αναπτύσσει δεξιότητες όπως οπτικο-χωρική αντίληψη και οπτικο-κινητικό συντονισμό.
- **Πλάσιμο, ζωγράφισμα**, γιατί αποτελούν υλικό για τη φαντασία του ενώ ενισχύουν τη λεπτή κινητικότητα.
- **Παιχνίδια μίμησης και ρόλων (κουζινικά, κούκλες, αυτοκινητάκια, μεταμφέσεις)**, γιατί το βοηθάνε να μπαίνει στη θέση του άλλου και να συνειδητοποιεί τις ακολουθίες γεγονότων.
- **Βιβλία, παραμύθια, τραγουδάκια**, γιατί προάγουν τη γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη.
- **Ποδήλατο με 3 ρόδες, πατίνι, κούνιες, τσουλήθρες, μπάλες**, γιατί το βοηθούν να αναπτύξει τις κινητικές του δεξιότητες.

Ο παιδίατρος:

- Ενθαρρύνει το διάβασμα βιβλίων κατάλληλων για το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού.
- Ενθαρρύνει δραστηριότητες εκτός σπιτιού οι οποίες πλουτίζουν τις εμπειρίες του παιδιού και βοηθάνε στο χτίσιμο των οικογενειακών δεσμών.

- Συμβουλεύει για κοινές στρατηγικές όλων των μελών της οικογένειας στην υποστήριξη της τάσης του παιδιού για ανεξαρτησία με παράλληλη τήρηση των ορίων.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Παιδικός σταθμός

Μετά τα 2,5 χρόνια το παιδί είναι έτοιμο αλλά όχι υποχρεωμένο να παρακολουθήσει παιδικό σταθμό. Συχνά όμως ο παιδικός σταθμός επιβάλλεται από τις συνθήκες της οικογένειας. Γονείς εργαζόμενοι, ανυπαρξία βοήθειας, έλλειψη συχνής επαφής με οικογένειες που έχουν παιδιά της ίδιας ηλικίας, κάνουν τη λύση του παιδικού σταθμού μοναδική επιλογή.

Ο παιδικός σταθμός είναι σημαντικό βήμα για το παιδί και την οικογένεια. Είναι η στιγμή του πρώτου αποχωρισμού από το σπίτι και η στιγμή της ένταξης στο πρώτο κοινωνικό πλαίσιο. Η απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι δεν είναι ποτέ εύκολη. Σε αυτή την ηλικία ωστόσο έχει πια αναπτύξει έναν ισχυρό δεσμό εμπιστοσύνης με τους γονείς του που αποτελεί τη βάση για τη συναισθηματική του ανάπτυξη. Έτσι, δεν έχει πια ανάγκη από ένα πρόσωπο αποκλειστικά, αλλά μπορεί να μοιραστεί το πρόσωπο που το φροντίζει με άλλα συνομήλικα παιδιά.

Η ανάπτυξη αυτοελέγχου, δηλαδή η ικανότητά του να ρυθμίζει το ίδιο τη συμπεριφορά του ανάλογα με το περιβάλλον και να ελέγχει τα συναισθήματά του και τις παρορμήσεις του, το προετοιμάζει για την είσοδό του στην ομάδα και για την κατανόηση των κανόνων που τη διέπουν. Σε αυτήν την ηλικία δεν ματαιώνεται πια όπως όταν ήταν δύο ετών.

Με το κατάλληλο πρόγραμμα για τις αναπτυξιακές ανάγκες της ηλικίας τους, τα παιδιά μαθαίνουν παίζοντας – αρχικά πλάι πλάι και στη συνέχεια μαζί – αναπτύσσουν τη φαντασία τους, κατακτούν νέες δεξιότητες, μαθαίνουν να προσαρμόζονται σε κοινό πρόγραμμα με άλλα παιδιά, έχουν ευκαιρίες να τους απευθυνθούν για συντροφιά και διασκέδαση και αποκτούν την αίσθηση του «ανήκειν». Αποκτούν δεξιότητες επικοινωνίας, μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν την απόρριψη, γνωρίζουν τον εαυτό τους.

Ο παιδίατρος οφείλει να υποστηρίξει τους γονείς σε αυτή τους την απόφαση:

- Καθησυχάζει τους γονείς που νοιώθουν ενοχές γιατί “εγκαταλείπουν” το παιδί τους σε ξένο περιβάλλον και τους ενθαρρύνει να εμπιστευτούν τα νέα πρόσωπα.
- Διαβεβαιώνει τους γονείς ότι το παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει τις αναπόφευκτες συχνές λοιμώξεις.

- Συζητάει με τους γονείς σχετικά με την ετοιμότητα του παιδιού, τους στόχους που η οικογένεια έχει θέσει και την εναρμόνισή τους με τους εκπαιδευτικούς στόχους και τη φιλοσοφία του προγράμματος που προτείνεται καθώς και το ωράριο λειτουργίας.
- Επειδή για κάποια παιδιά η μετάβαση είναι πολύ δύσκολη πρέπει να συμβουλεύει τους γονείς να πάρουν άδεια από τη δουλειά τους για τις πρώτες μέρες προσαρμογής.

Αγωγή τουαλέτας

Η απόκτηση του ελέγχου των σφιγκτήρων είναι στενά δεμένη και συμπίπτει χρονικά με την απόκτηση της αυτονομίας. Είναι ένας χώρος όπου το παιδί νοιώθει ότι μπορεί να κάνει τις δικές του επιλογές. Οι γονείς από την πλευρά τους συνήθως επείγονται να δουν το παιδί τους καθαρό, κάτι που συχνά αποτελεί προϋπόθεση για να γίνει δεκτό στον παιδικό σταθμό.

Σε αυτή την ηλικία συνήθως μπορεί να ελέγξει νευρολογικά τα αντανakλαστικά και τους σφιγκτήρες. Θα πρέπει όμως ταυτόχρονα να έχει αποκτήσει τις απαιτούμενες κινητικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στην όλη διαδικασία. Επιπλέον, θα πρέπει να θέλει να μοιάσει στους γονείς του τουλάχιστον ως προς αυτές τις συνήθειες και να τους ευχαριστήσει, παρότι σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά συνηθίζουν να εναντιώνονται στους γονείς τους.

Συμπερασματικά, ο έλεγχος των σφιγκτήρων προϋποθέτει:

- Νευρολογική ωρίμανση.
- Αναπτυξιακή ωρίμανση.
- Ανάγκη αυτονομίας.
- Επιθυμία ανταπόκρισης στις προσδοκίες των γονέων.

Η μετάβαση από την πάνα στην τουαλέτα είναι μια διαδικασία δύσκολη, τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς και σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τη σχέση τους. Αν η σχέση γονέων παιδιού είναι θετική το παιδί εύκολα θα συνδυάσει τη δική του επιθυμία για αυτονομία με την επιθυμία των γονέων του να μην «βρέχεται» και να μην «λερώνεται». Αλλιώς, η όλη διαδικασία θα καταλήξει σε έναν αγώνα επίδειξης δύναμης ανάμεσα στους γονείς και το παιδί.

Ο παιδίατρος βοηθά τους γονείς να κατανοήσουν ότι:

- Ο έλεγχος των σφιγκτήρων πρέπει να είναι επιθυμία και επίτευγμα του παιδιού και όχι των γονέων του.
- Πρόκειται για μια φυσιολογική διαδικασία και όχι εστία διαμάχης με το παιδί.

- Η άκαιρη παρέμβαση, η αυστηρότητα και οι υπερβολικές απαιτήσεις για συμμόρφωση του παιδιού, μετατρέπουν τη φυσική αυτή λειτουργία σε σύγκρουση με το παιδί που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη μετέπειτα διαδικασία της ανάπτυξής του.
- Το άγχος των γονέων και η άσκηση πίεσης οδηγούν τελικά στην επιβράδυνση της όλης διαδικασίας.
- Η μετάβαση είναι δύσκολη, για αυτό σε περίπτωση που την ίδια εποχή συμβαίνουν άλλα σημαντικά γεγονότα ή αλλαγές στη ζωή του παιδιού ή της οικογένειας, η διαδικασία θα πρέπει να αναβληθεί για αργότερα.

Οδηγίες για γονείς

Παιδικός σταθμός

Επιλογή του κατάλληλου σταθμού

- Εκτιμήστε την ασφάλεια και την καθαριότητα των κτηρίων.
- Ελέγξτε την ασφάλεια και την καταλληλότητα του παιδαγωγικού υλικού.
- Διερευνήστε αν ακολουθείται συγκεκριμένη φιλοσοφία που ταιριάζει με τις αξίες της οικογένειάς σας.
- Ελέγξτε την αναλογία παιδιών-προσωπικού.
- Ελέγξτε αν το προσωπικό έχει πιστοποιημένη εκπαίδευση.
- Προτιμήστε παιδικό σταθμό με συμμετοχή των γονέων στη διοίκηση ή/και στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Εξετάστε την ποιότητα των σχέσεων του προσωπικού.
- Ελέγξτε αν τα παιδιά επιβλέπονται σωστά.
- Διερευνήστε αν υπάρχει συγκεκριμένη τακτική για την αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών. Η εφαρμογή της πειθαρχίας θα πρέπει να δίνει έμφαση στη θετική διδασκαλία νέων δεξιοτήτων και κανόνων.
- Αν στο πρόγραμμα περιλαμβάνεται αγωγή τουαλέτας, ρωτήστε ποιά μέθοδος ακολουθείται.

Προετοιμασία του παιδιού

- Ξυπνήστε το νωρίς για να έχετε χρόνο να το αγκαλιάσετε να το χαϊδέψετε και να παίξετε μαζί του πριν το εμπιστευθείτε στον παιδικό σταθμό.
- Επιτρέψτε του να εκδηλώσει τον αρνητισμό του. Μην το πιέσετε να φάει πρωινό αν δεν θέλει για μερικές μέρες.

- Κάθε πρωί που το αφήνετε διαβεβαιώστε το ότι θα επιστρέψετε να το πάρετε.
- Συνεργαστείτε με τον/την υπεύθυνο του σταθμού ώστε κάθε πρωί να «παραδίνετε» το παιδί στο ίδιο πρόσωπο διαβεβαιώνοντάς το ότι θα το αγαπάει όσο θα λείπετε. Μην παρατείνετε όμως τον αποχωρισμό.
- Γνωρίστε του από την αρχή τη δασκάλα του και ίσως ένα παιδάκι και δείξτε πόσο τους συμπαθείτε.
- Μιλήστε του θετικά για την απόλαυση που προσφέρει το παιχνίδι με τα άλλα παιδιά.
- Επιτρέψτε του να παλινδρομήσει σε παλιότερες μορφές συμπεριφοράς.
- Δώστε του αν θέλει να πάρει μαζί του κάτι που αγαπάει (ένα αρκουδάκι, μία φωτογραφία των γονέων).
- Προετοιμαστείτε να αντιμετωπίσετε τα ξεσπάσματά του και το θυμό του.
- Είναι πιθανή μια καθυστερημένη αντίδραση μετά την αρχική προσαρμογή.
- Μπορεί να επανεμφανίσει εξαρτητικές συμπεριφορές, να αρνείται να απομακρυνθεί από το σπίτι, να επιστρέψει σε παλιότερες μορφές αντίδρασης, να παρουσιάσει δυσκολίες στον ύπνο, φοβίες. Βοηθήστε το επαναλαμβάνοντας όλα τα βήματα που κάνατε στην αρχή του αποχωρισμού αλλά μην υποχωρήσετε. Τα παιδιά έχουν απίστευτη ικανότητα προσαρμογής εφόσον το νέο περιβάλλον τα σέβεται και τα φροντίζει.

Αγωγή τουαλέτας

Ο έλεγχος των σφιγκτήρων και η αναπτυξιακή ετοιμότητα έρχονται συνήθως μετά τα δεύτερα γενέθλια.

Μην βιάζεστε.

Για να μπορέσει το παιδί σας να αρχίσει την εκπαίδευση για τουαλέτα, θα πρέπει να έχει αποκτήσει κάποιες δεξιότητες όπως:

- Να μπορεί να τρέχει, να σκαρφalώνει, να ανεβαίνει ένα σκαλάκι, να κατεβάζει το παντελό-νι ή το εσώρουχό του, να εκτελεί δύο εντολές μαζί, να χρησιμοποιεί μικρές φράσεις από δύο λέξεις μαζί, να μπορεί να καθίσει 3-5 λεπτά σε μια θέση, να θέλει να το αλλάζουν όταν λερώνεται και επιπλέον να θέλει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας και να σας ευχαριστήσει.
- Να θέλει να χαίρεται την αυτονομία του και τη διαχείριση της καθημερινότητάς του.
- Να θέλει να μοιάσει σε σας, ως προς αυτές τις συνήθειες τουλάχιστον.

Σε αυτή την αναπτυξιακή στιγμή, η οποία έρχεται

γύρω στα **2-2,5 χρόνια**, το παιδί σας μπορεί νευρολογικά να ελέγξει τα αντανακλαστικά και τους σφιγκτήρες, τόσο της κύστης όσο και του εντέρου του.

Επιπρόσθετα όμως, εκτός από όλα αυτά που αποδεικνύουν την ετοιμότητά του, πρέπει να μην συμβαίνουν αλλαγές ή σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ή τη ζωή της οικογένειάς του. Καλύτερα να αναβάλλετε τις διαδικασίες αγωγής στην τουαλέτα:

- Εάν για κάποιο λόγο υπάρχει άγχος ή θλίψη στην οικογένεια.
- Εάν γεννήθηκε το νέο σας μωρό.
- Εάν ξεκινάει παιδικό σταθμό.
- Εάν πρόσφατα πέρασε κάποια σοβαρή αρρώστια.
- Σε αλλαγή σπιτιού ή δωματίου ή ακόμα και κρεβατιού.
- Σε αποχωρισμούς, ταξίδια.

Επίσης, αν σκέφτεστε να «κόψετε» την πιπίλα, το μπουκάλι ή τα υπολείμματα θηλασμού θα πρέπει να δείξετε υπομονή. Ένα-ένα !!!

Πως θα του μάθετε να χρησιμοποιεί το δοχείο ή την τουαλέτα;

Η διάρκεια της προσπάθειας για την εκπαίδευση της ημέρας είναι γύρω στους 3 μήνες, άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο.

Η προσπάθεια για τη νύχτα καλό είναι να γίνει 3-6 μήνες αργότερα. Οι μήνες χωρίς κρύο διευκολύνουν την όλη διαδικασία.

Όταν λοιπόν κρίνετε, με βάση τα προηγούμενα, ότι είναι η κατάλληλη στιγμή, έχετε **υπομονή** και ακολουθήστε τα εξής βήματα:

- Συζητήστε το μαζί του. Μπορείτε να του πείτε ότι τώρα που μεγάλωσε μπορεί να βγάλει τις πάνες, όπως τα μεγαλύτερα παιδιά που ξέρει, και να χρησιμοποιεί τουαλέτα όπως εσείς.
- Δείξτε του πώς εσείς πηγαίνετε στην τουαλέτα. Είναι καλύτερο αυτό να το κάνει ο γονέας με παιδιά του ίδιου φύλου και είναι καλύτερα να έχει αρχίσει να θέλει να σας μοιάσει.
- Αγοράστε μαζί με το παιδί σας το δοχείο του (γιόγιο) ώστε να του αρέσει. Το δοχείο καταρχήν μπορεί να βρίσκεται στο δωμάτιό του, στο σαλόνι ή στην τουαλέτα.
- Αν αρνηθεί, σεβαστείτε το. Αποσύρετε το δοχείο και δοκιμάστε μετά από 1-2 μήνες.
- Μερικά παιδιά δεν θέλουν το δοχείο και προτιμάνε τη λεκάνη. Στην περίπτωση αυτή αγοράστε ένα ειδικό στεφάνι, ώστε να μικραίνει η διάμετρος και ένα ειδικό σκαλοπατάκι ώστε να πατάει τα πόδια του.

- Ενισχύστε το να κάθεται με τα ρούχα του για ένα μικρό διάστημα χωρίς πίεση.
- Στη συνέχεια, ενθαρρύνετε το να χρησιμοποιεί το δοχείο χωρίς ρούχα. Δείξτε του πώς να κρατάει τα πόδια του λυγισμένα προς την κοιλιά του και όχι τεντωμένα. Αυτό βοηθάει πολύ το άδειασμα τόσο της κύστης όσο και του εντέρου.
- Επιβραβεύστε το όταν έχετε αποτέλεσμα, αλλά μην περιμένετε αποτελέσματα από την αρχή.
- Αγοράστε μερικά εσώρουχα σαν του μπαμπά ή σαν της μαμάς, ανάλογα με το φύλο. Αυτό θα σας βοηθήσει πολύ γιατί θα το κάνει να χαρεί για το μεγάλωμά του που θα το βοηθήσει να σας μοιάσει.
- Βγάλτε τις πάνες την ημέρα και βάλτε του τα καινούρια του εσώρουχα. Θα πρέπει να του θυμίζετε να επισκέπτεται την τουαλέτα σε τακτά διαστήματα. Προτρέψτε το με ευχάριστο και συμπαθητικό τρόπο. Πείτε του: «έλα, να βγάλουμε τα ρούχα». Βοηθείστε το στην αρχή και μείνετε μαζί του όση ώρα θέλει ή χρειάζεται.
- Το πιθανότερο είναι τις πρώτες μέρες να ξεχνιέται. **Δεν πειράζει.**
- Επιβραβεύστε την «επιτυχία» και **μην αποδοκιμάζετε την «αποτυχία»**. Εκφράσεις που σας μοιάζουν συμπαθητικές και υποστηρικτικές όπως: «την άλλη φορά θα τα καταφέρεις» καμιά φορά λειτουργούν αποδοκιμαστικά. Χαλαρώστε πραγματικά και πείτε του: **Δεν πειράζει.**
- Η ιεροτελεστία του αδειάσματος στη λεκάνη πρέπει να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη του παιδιού. Τα «*τοίσια και τα κακά*» είναι κάτι δικό του και θέλει να ξέρει τι θα γίνουν και που πηγαίνουν. Ρωτήστε το, «Τι λες, να τα αδειάσουμε; Να τραβήξουμε το νερό;»
- Πρέπει να είστε έτοιμοι να απαντήσετε στην ερώτηση «που πηγαίνουν;», ιδίως για «τα κακά». Μια απάντηση όπως «σε μια μακρινή θάλασσα» είναι αληθινή, αθώα και δεν φοβίζει τα παιδιά.
- Μην υπερβάλλετε σε έκφραση αηδίας για την όψη ή τη μυρωδιά των κενώσεων. Θυμηθείτε: είναι κάτι δικό τους και το συμπαθούν. Επίσης, δεν είναι καλό να εξελιχθεί προς το είδος του παιδιού που σιχαίνεται τα πάντα.
- Εξηγήστε του ότι τα «τοίσια» είναι το νερό που πίνουμε και τα «κακά» τα φαγητά που το σώμα μας δεν τα χρειάζεται. Βοηθάει να τα αποχωριστούν.
- Μην στερήσετε τίποτε από το παιδί σας επειδή δεν μπορεί ή δεν θέλει να χρησιμοποιήσει το δο-

χείο ή τη λεκάνη. Διατηρείστε το χαμόγελο και το γλυκό σας ύφος απέναντί του. **Τιμωρίες ή αποδοκιμασίες δεν έχουν καμία θέση.**

Πώς βγαίνει η βραδινή πάνα;

Θα χρειαστεί να περάσει λίγος χρόνος μέχρι να προσαπθήσετε να βγάλετε τη βραδινή πάνα.

Αν το παιδί σας συνηθίζει να μένει κάποιες νύχτες στεγνό ως το πρωί, αυτό σημαίνει ότι είναι έτοιμο.

- Πρέπει να φροντίζετε κάθε βράδυ να πηγαίνει στην τουαλέτα πριν πάει για ύπνο.
- Στρώστε το κρεβάτι με αδιάβροχο ύφασμα κάτω από το σεντόνι, ώστε να μην στενοχωριέστε για τις απώλειες και οπλιστείτε με υπομονή. **Τις πιο πολλές φορές όλα πάνε καλά.**

Αρκετές φορές όμως η διαδικασία αργεί. Πολλά παιδιά –ιδίως αγόρια– αργούν πολύ να ελέγξουν τη βραδινή ούρηση.

- Πέστε του ότι δεν είναι πρόβλημα και ότι αυτό συμβαίνει σε πολλά παιδιά.
- Μη σχολιάζετε αρνητικά τις βρεγμένες νύχτες και μην υπερβάλλετε θετικά για τις στεγνές.
- Μη συγκρίνετε με άλλα παιδιά. Είναι ο ασφαλής τρόπος για να αργήσει να ελέγξει το νυχτερινό βρέξιμο.
- Μην ξαναγυρίσετε στις πάνες για κανένα λόγο.
- Στη χειρότερη περίπτωση, δοκιμάστε πριν πάτε εσείς για ύπνο να το σηκώσετε και να το βάλετε να ουρήσει.
- Να είστε σίγουροι ότι δεν θα πάθει τίποτα αν μείνει τη νύχτα βρεγμένο.
- Βοηθείστε τα πράγματα με πρακτικότητα. Εύκολα ρούχα, «έξυπνο» στρώσιμο του κρεβατιού με διπλό σεντόνι ώστε να μην παιδεύετε όλοι μαζί στο άλλαγμα.
- Το να το ξυπνάτε ή να ανάβετε τα φώτα για να το αλλάξετε δεν βοηθάει. Εξάλλου μέσα στη νύχτα και με την κούραση που έχετε, συχνά το ύφος σας ή η ένταση στην κίνηση του σώματός σας μπορεί να είναι πολύ αρνητικά απέναντι σε ένα παιδί που είναι έτοιμο να προσβληθεί.

Θυμηθείτε: ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών –ιδίως αγόρια– στην ηλικία των 5 ή 6 χρόνων βρέχονται ακόμη χωρίς να υπάρχει κάτι παθολογικό.

Συζητήστε με τον παιδίατρο σας ό,τι σας προβληματίζει.

Πώς γίνεται ο έλεγχος των κενώσεων;

Τα παιδιά αυτής της ηλικίας, εξαιτίας τόσο νοητικών όσο και συναισθηματικών χαρακτηριστικών, δεν θέλουν να αφήσουν τα «κακά» τους να βγουν. Μερικές

φορές σφίγγονται αντίστροφα ή κάθονται σε τέτοιες θέσεις ώστε να παρεμποδίζουν την αφόδευση. Πολλές φορές, ενώ έχουν μάθει να χρησιμοποιούν το δοχείο ή τη λεκάνη για την ούρηση, περιμένουν τη μεσημεριανή πάνα για να αδειάσουν το έντερό τους.

- Υπάρχουν παιδιά που κρατούν τα κακά τους για μέρες και αποκτούν μεγάλη δυσκοιλιότητα. Τα κόπρανα σκληραίνουν και μεγαλώνουν, με αποτέλεσμα η αφόδευση να είναι συχνά πολύ επώδυνη. Αυτή η επώδυνη εμπειρία αναστέλλει τη διάθεση για αφόδευση και ένας φαύλος κύκλος εγκαθίσταται.
- Εξηγήστε στο παιδί σας ότι τα κακά είναι τροφές που φάγαμε και το σώμα μας δεν τις χρειάζεται. **Δεν είναι μέρος του σώματός μας.** Βοηθάει να τα αποχωριστούν.
- Μην σας νοιάζει αν θέλει πάνα για να κάνει τα κακά του για λίγο καιρό.
- Υποστηρίξτε το να μοιάζει στη μαμά ή τον μπαμπά του με κάθε τρόπο.
- Φροντίστε με τη διατροφή του να έχει μαλακή κένωση. Πολλά υγρά, φρούτα και ιδιαίτερα δαμάσκηνα και ακτινίδια, λαχανικά, μαύρο ψωμί και τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες αντί για ρύζι και μακαρόνια. Χρησιμοποιείτε την ευρηματικότητά σας. Δαμάσκηνα σε φρουτόκεμα, γιαούρτι με δαμασκηνόζουμο, κολοκύθι τριμμένο ή νιφάδες δημητριακών ολικής αλέσεως στα μπιφτέκια, πλιγούρι ή κουάκερ στη σούπα, στα γεμιστά και στα γιουβαρλάκια είναι μερικές ιδέες.
- Μην λέτε «Φάε αυτό για να μαλακώσουν τα κακά σου». Είναι λόγος για να μην το φάει.
- Μην αγχώνεστε, μην επιμένετε. **Μην το κάνετε θέμα.** Είναι μια φυσιολογική διαδικασία που πρέπει να γίνει χωρίς πολλά φορτία. Δύο μήνες μπρος-πίσω δεν κάνουν διαφορά.
- Δείξτε συμπάθεια και κατανόηση χωρίς υπερβολή. Πρόκειται για κάτι παροδικό.

2.5. Ο τέταρτος χρόνος

Γενική περιγραφή

Το τετράχρονο παιδί εκδηλώνει ακούραστη ενεργητικότητα, δυναμισμό. Η περιέργειά του σε συνδυασμό με τη ραγδαία ανάπτυξη της γλώσσας και της κινητικότητας διευρύνουν τον κόσμο του και του δίνουν **αίσθηση ανεξαρτησίας**. Μπορεί πια να ντύνεται και να γδύνεται, να πηγαίνει στην τουαλέτα. Νοιώθει μεγαλύτερο από την ηλικία του. Αν και η σκέψη του παραμένει εγωκεντρική, είναι **ευαίσθητο στα αισθήματα** των άλλων. Αναγνωρίζει τη χαρά, τη λύπη, τον θυμό, το άγχος, και τον φόβο στους άλλους όπως και στον εαυτό του.

Συνεργάζεται στο παιχνίδι και **αναπτύσσει φιλικές** με τους συνομηλίκους του. Είναι ένας απολαυστικός συνομιλητής που συμμετέχει σε μια ιστορία καθώς την αφηγείται και μπορεί να διηγηθεί μια πρόσφατη εμπειρία. Συχνά απαιτεί να μάθει γιατί, τι, πότε και πώς. **Οι λεκτικές ικανότητες** βρίσκονται σε πλήρη άνθηση και του επιτρέπουν να αλληλεπιδρά με επιτυχία και με άτομα πέραν της οικογένειας. Μπορεί πια κανείς να κάνει μια σύντομη, αλλά πραγματική, συζήτηση μαζί του. Αρχίζει να χρησιμοποιεί πλήρεις προτάσεις σύμφωνα με το γραμματικό πρότυπο των ενηλίκων. Η ανάπτυξη του φωνολογικού συστήματος προοδευτικά ολοκληρώνεται. Η γλώσσα αρχίζει να ασκεί καθοδηγητικό ρόλο στις νοητικές και κινητικές του ενέργειες, δηλαδή τη χρησιμοποιεί εσωτερικά για να καταστρώσει και να λύσει προβλήματα.

Καθοδηγεί τις πράξεις του με λέξεις.

Η ασταμάτητη ενέργειά του και η **κινητική του επιδεξιότητα** εκτονώνονται σε ομαδικά παιχνίδια και κινητικές δραστηριότητες όπως τρέξιμο, σκαφάλωμα, κούνια, τσουλήθρα, άλματα. Οι κινήσεις του είναι πλέον συντονισμένες. Οι κινητικές του ικανότητες είναι πιο ανεπτυγμένες από την κρίση του και έτσι απαιτείται επαγρύπνηση.

Όμως, έχει ανάγκη και από ευκαιρίες να ξεκουράζεται και να παίζει ήσυχα.

Το **φανταστικό παιχνίδι** του, που περιλαμβάνει προσποίηση και μεταμφίηση, αντανάκλα τη φαντασία και τη «μαγική σκέψη» αυτής της ηλικίας.

Η τηλεόραση, τα παιχνίδια στον υπολογιστή, ακόμη και τα εκπαιδευτικά βίντεο εντυπωσιάζουν πολύ τα παιδιά και οφείλουν να μπουκνούν όρια από τους γονείς.

Αρχίζει να διερευνά **πολλές βασικές έννοιες** όπως χρονικές, σχέσεις μεγεθών και τι σημαίνει να μετράει. Γνωρίζει τα ονόματα διαφόρων γεωμετρικών σχημάτων.

Προσπαθεί να ανακαλύψει το πώς και το γιατί λειτουργούν τα πράγματα, τον τρόπο που λειτουργούν.

Παρατηρεί τις επιπτώσεις των πράξεών του στην οικογένεια, τις αντοχές των άλλων. Στην προσπάθειά του να μάθει τι περιμένουν οι γονείς του από το ίδιο και ποιός είναι ο σωστότερος τρόπος να αλληλεπιδρά κοινωνικά, προκαλεί συνεχώς. Παρόλα αυτά, ανταποκρίνεται πολύ θετικά στον έπαινο και στην ύπαρξη σαφών κανόνων.

Ανυπομονεί να απολαύσει τις ευκαιρίες για μάθηση και κοινωνικοποίηση που του προσφέρει το προσχολικό πλαίσιο. Παρότι συχνά είναι εριστικό με τους συνομηλίκους, μπορεί να μάθει πώς να διεκδικεί χωρίς να γίνεται επιθετικός.

Η ενασχόληση με τη **σεξουαλικότητα** είναι χαρακτηριστική σε αυτή την ηλικία. Το παιδί έχει μεγάλη περιέργεια για το σώμα του αλλά και για το αντίθετο φύλο. Παράλληλα, αρχίζει να γίνεται ντροπαλό και να επιθυμεί τον προσωπικό του χώρο. Αποκτά μεγαλύτερο έλεγχο στις σεξουαλικές, συναισθηματικές και επιθετικές του παρορμήσεις.

Με το τέλος του 3^{ου} χρόνου, υπάρχει σαφής προτίμηση για τους ρόλους του αγοριού ή του κοριτσιού. Αρχίζουν να δείχνουν διαφορετικές συμπεριφορές ανάλογα με το φύλο τους π.χ. στο ντύσιμο και στο παιχνίδι, κι είναι περισσότερο ενήμερα των ανατομικών διαφορών των γεννητικών οργάνων (βλ. ειδικά θέματα).

Η **ανάπτυξη της ηθικής** αποτελεί βασικό πυρήνα της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του παιδιού. Η ηθική ανάπτυξη επιτυγχάνεται σταδιακά μέσω της ταύτισης με τους γονείς (μιμούνται και υιοθετούν πρότυπα συμπεριφοράς) και βέβαια της γνωστικής ανάπτυξης. Το τετράχρονο παιδί έχει μια εξαιρετικά απλουστευμένη αντίληψη του καλού και του κακού. Κατανοεί τους κανόνες αλλά ακόμα τους παραβιάζει, ιδίως όταν βρίσκεται κάτω από πίεση. Η κρίση του για το τι είναι καλό και τι είναι κακό βασίζεται στη σκέψη του να αποφύγει την τιμωρία ή να εξασφαλίσει την επιβράβευση.

Αναγνωρίζει τη διαφορά μεταξύ αλήθειας και φαντασίας, αλλά δεν λέει πάντα όλη την αλήθεια. **Ανακριβής λόγος** είναι σωστότερο από **ψέμα** σε αυτήν την ηλικία.

Το παιδί αυτής της ηλικίας αναγνωρίζει τα δικαιώματα των άλλων, αλλά δεν τα σέβεται πάντα γιατί οι δικές του ανάγκες είναι πιο σημαντικές. Το δικαίωμα της ιδιοκτησίας είναι ασαφές, έτσι όταν ένα τετράχρονο παιδί πάρει κάτι δεν θεωρεί ότι το κλέβει.

Από την ηλικία αυτή, το παιδί αρχίζει προοδευτικά να ρυθμίζει το ίδιο τη συμπεριφορά του, έτσι ώστε έχει λιγότερη ανάγκη την καθοδήγηση και την επίβλεψη των ενηλίκων.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Γλωσσική, γνωστική ανάπτυξη.
- Παιχνίδι
- Παιδικός σταθμός.
- Όρια, πειθαρχία.
- Ύπνος
- Σεξουαλικότητα, αυνανισμός.
- Ταυτότητα φύλου.
- Ηθική ανάπτυξη.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση παιδιού-γονέα-αδελφών.
- Συμπεριφορά και αυτοεξυπηρέτηση.
- Γνωστική ανάπτυξη και γλωσσική εξέλιξη.
- Οργάνωση, συγκέντρωση, κινητικότητα.
- Παιχνίδι

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Ανεβοκατεβαίνει σκάλες σαν ενήλικας (πόδι-σκαλί).
- Τρέχει με έλεγχο και σταθερότητα.
- Οδηγεί ποδήλατο με βοηθητικές ρόδες.
- Ισορροπεί στο πόδι της προτίμησής του για 3 δευτερόλεπτα.
- Δείχνει όλο και μεγαλύτερη επιδεξιότητα σε παιχνίδια μπάλας (πέταγμα, πιάσιμο, αναπήδηση, κλώτσημα).

Λεπτή κινητικότητα

- Πλένει τα δόντια του.
- Γδύνεται μόνο του και ντύνεται με λίγη βοήθεια.
- Χρησιμοποιεί καλά το πιρούνι.
- Αντιγράφει γέφυρα από μοντέλο.
- Χτίζει με έξι κύβους σκάλα με τρία σκαλιά μετά από επίδειξη.
- Μιμείται διαδοχικές κινήσεις (δοκιμασία αντίχειρα-δακτύλου και για τα δύο χέρια).

- Κρατάει και χρησιμοποιεί μολύβι με καλό έλεγχο.
- Αντιγράφει σταυρό και τετράγωνο.
- Σχεδιάζει άνθρωπο με κεφάλι, πόδια, κορμό, χέρια.
- Κόβει με το ψαλίδι.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Αρχίζει να αντιλαμβάνεται και να υιοθετεί τη συμπεριφορά που αναμένεται για το φύλο του στο παιχνίδι, την κίνηση, τη γλώσσα που χρησιμοποιεί.
- Ασχολείται με παιχνίδι προσποίησης, μεταμφιέσεις. Το παιχνίδι του περιέχει περιπέτειες, χαρακτηριστές από βιβλία ή τηλεόραση, καθημερινά γεγονότα.
- Παίζει σε ομάδα παιδιών.
- Έχει προοδευτικά αυξανόμενη κοινωνική κατανόηση π.χ. περιμένει τη σειρά του, μοιράζεται.
- Εκφράζει συναισθήματα μέσα από παιχνίδι φαντασίας.
- Κατανοεί τις αιτίες και τις συνέπειες των συναισθημάτων του.
- Χρησιμοποιεί το συναίσθημα για να διαπραγματευθεί.
- Αρχίζει να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του για κοινωνικούς λόγους, π.χ. χαμογελάει ευγενικά ακόμα και αν έχει απογοητευθεί από το δώρο που πήρε, παραμένει ανέκφραστο εάν δεν θέλει να δείξει αρνητικά συναισθήματα.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Ακολουθεί σύνθετες εντολές.
- Κατανοεί και χρησιμοποιεί απλές έννοιες χρόνου και τόπου.
- Αναγνωρίζει επιθετικούς προσδιορισμούς.
- Παρακολουθεί παραμύθια.
- Λέει το επίθετο και την ηλικία του.
- Τραγουδάει παιδικά τραγούδια, απαγγέλει ποιήματα.
- Μπορεί να διηγείται με συνοχή πρόσφατα γεγονότα και εμπειρίες.
- Προφορικός λόγος κατανοητός. Αντικαθιστά ή παραλείπει σύμφωνα, ιδίως όταν βρίσκονται σε σύμπλεγμα συμφώνων.
- Χρησιμοποιεί 300–1000 λέξεις και λέξεις που περιγράφουν συναισθήματα.
- Σωστή χρήση αντίθετων λέξεων (μεγάλο-μικρό, περισσότερο-λιγότερο).

Γνωστική ανάπτυξη

- Ονοματίζει τουλάχιστον τέσσερα χρώματα.
- Γνωρίζει το φύλο του και το φύλο των άλλων.

- Παιζει επιτραπέζια παιχνίδια, παιχνίδια με κάρτες.
- Ζωγραφίζει άνθρωπο με τουλάχιστον 4 μέρη.
- Λέει τι πρόκειται να γίνει μετά σε μια ιστορία που γνωρίζει.
- Μπορεί να αριθμήσει δέκα αντικείμενα.

Σημεία που χρειάζονται παρακολούθηση

- Είναι υπερβολικά φοβισμένο, συνεσταλμένο, άκεφο, θλιμμένο.
- Εκδηλώνει εξαιρετικά επιθετική συμπεριφορά.
- Είναι ασυνήθιστα παθητικό.
- Αδυνατεί να αποχωριστεί τους γονείς του χωρίς έντονη διαμαρτυρία.
- Αδυνατεί να συγκεντρωθεί για περισσότερο από πέντε λεπτά.
- Σπάνια χρησιμοποιεί μίμηση ή φαντασία στο παιχνίδι του.
- Δυσκολεύεται να φάει μόνο του, να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, να ξεντυθεί, να πλύνει τα δόντια και τα χέρια του.
- Δεν μιλάει για καθημερινές δραστηριότητες και εμπειρίες.
- Δεν κρατάει άνετα το μολύβι.
- Συμπεριφορές του παιδιού ή των γονέων όχι ανάλογες με το φύλο του.

Ενδείξεις παραπομπής

- Επίμονη σιελόρροια, προβλήματα μάσησης και κατάποσης.
- Επίμονος τραυλισμός ή προοδευτικά επιδεινούμενος.
- Δεν μπορεί να συζητήσει για το «εδώ και τώρα» με τους οικείους του.
- Δεν κατανοεί ιστορίες που ακούει, δεν κατανοεί οδηγίες.
- Επαναλαμβάνει λέξεις των οποίων δεν καταλαβαίνει το νόημα.
- Ο προφορικός του λόγος είναι πολύ φτωχός ή δυσκατάληπτος.
- Δεν κατανοεί σύνθετες εντολές.
- Δεν χρησιμοποιεί χρόνους και πληθυντικό.
- Εμφανίζει επιλεκτική αλαλία.
- Δεν μπορεί να περιγράψει μια απλή εικόνα (προγνωστικό σημείο μαθησιακών δυσκολιών).
- Δεν σχετίζεται φυσιολογικά με τους γονείς και τους συνομηλίκους του.
- Δεν κάνει παιχνίδι προσποίησης ή το κάνει με στερεότυπο επαναληπτικό τρόπο.

- Προσκολλάται σε ανούσιες επαναλαμβανόμενες ρουτίνες.
- Παρουσιάζει επαναλαμβανόμενες, άσκοπες κινήσεις.
- Ακατάλληλη συμπεριφορά του παιδιού ή των γονέων ως προς το φύλο του παιδιού.
- Απώλεια δεξιοτήτων που έχουν κατακτηθεί.

Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας

Προαγωγή γλωσσικής και γνωστικής ανάπτυξης

Ο παιδίατρος ενθαρρύνει τους γονείς:

- Να διαβάζουν καθημερινά ιστορίες μαζί με το παιδί και να συζητούν μαζί του για την ιστορία που διάβασαν.
- Να δίνουν αρκετό χρόνο στο παιδί για να διηγηθεί γεγονότα και ιστορίες. Η βιασύνη ευνοεί τον τραυλισμό.
- Να μην το διακόπτουν, να το αφήνουν να ολοκληρώνει τις προτάσεις του και να διατυπώνει τις σκέψεις του.
- Να διευρύνουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες του παιδιού μέσα από εκπαιδευτικές επισκέψεις σε μουσεία, ζωολογικό κήπο κλπ.
- Να το προτρέπουν να διηγηθεί πώς πέρασε την ημέρα του, να περιγράψει εμπειρίες και συναισθήματα.

Παιχνίδι

Το παιχνίδι γίνεται συντροφικό. Το τετράχρονο συμμετέχει σε ομαδικό παιχνίδι και αναπτύσσει φιλίες με τους συνομηλίκους του. Συζητάει σχετικά με την κοινή τους δραστηριότητα, ανταλλάσει παιχνίδια, μοιράζεται. Το φανταστικό παιχνίδι εξελίσσεται, περιλαμβάνει περίπλοκα κοινωνικά σενάρια μέσα από την αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους και αντανάκλα τη **μαγική σκέψη** που χαρακτηρίζει αυτήν την ηλικία. Του παρέχει ευκαιρίες για έκφραση συναισθημάτων και αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο, όπου τα παιδιά ασκούνται σε κοινωνικές δεξιότητες καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξή τους.

Κουζινικά, κούκλες, κουκλόσπιτο, μεταμφιέσεις, θέατρο, όλα μπαίνουν στην υπηρεσία της φαντασίας και της δημιουργικότητας. Κόβει, ζωγραφίζει, αντιγράφει σχήματα στο χώρο, ταξινομεί αντικείμενα, κάνει σύνθετους συλλογισμούς, μετράει. Μολύβια, ψαλίδια, μπογιές, πλαστελίνη, πηλός, κόλλημα και ταίριασμα, παζλ με περισσότερα κομμάτια, μουσικά όργανα είναι κατάλληλα για αυτήν την ηλικία.

Παιχνίδια με μπάλες, ποδήλατο και άλλες δραστηριότητες έξω από το σπίτι βοηθάνε την κινητική ανάπτυξη, την κατάκτηση ισορροπίας, τον κινητικό συντονισμό.

Παιχνίδι αγοριών-κοριτσιών:

Το παιχνίδι σ' αυτή την ηλικία επηρεάζεται ιδιαίτερα από τα κοινωνικά στερεότυπα για το φύλο και συχνά τα παιδιά στα παιχνίδια τους επιλέγουν υπέρ-θηλυκούς ή υπέρ-αρσενικούς ρόλους.

Τα αγόρια παίζουν περισσότερο σωματικά παιχνίδια με έντονη ιεραρχία, όπου υπάρχει με σαφήνεια νικητής και ηττημένος. Παίζουν σε μεγαλύτερες ομάδες, τα παιχνίδια τους χαρακτηρίζονται από έντονη δράση ακόμη και τα ηλεκτρονικά. Είναι ανταγωνιστικά και θέλουν να ανακοινώνουν συνέχεια τις επιτυχίες τους.

Τα κορίτσια παίζουν σε μικρότερες ομάδες και απολαμβάνουν το παιχνίδι που δεν έχει κατάληξη. Είναι λιγότερο επιθετικά αν και μπορούν να καταφύγουν σε λεκτική βία. Αλλάζουν ρόλους, εκμυστηρεύονται, καλούν και άλλα παιδιά στο παιχνίδι τους, είναι ανοιχτά σε νέες ιδέες και διαπραγματεύονται συνεχώς.

Παιδικός σταθμός

Μετά τα 3-3,5 χρόνια ο παιδικός σταθμός είναι απαραίτητος. Είναι η στιγμή που το παιδί αρχίζει να διευρύνει τον κύκλο των δραστηριοτήτων και επαφών του, να εγκαταλείπει το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον και να εντάσσεται σε ομάδες συνομηλίκων. Είναι η ηλικία του παιχνιδιού χωρίς καθήκοντα και υποχρεώσεις.

Μέσα από το παιχνίδι του δίνεται η ευκαιρία να μάθει τους βασικούς κανόνες της κοινωνικής ζωής, να συνυπάρχει με τα συνομήλικά του παιδιά, να συνεργάζεται, να μοιράζεται.

Θα μάθει να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των άλλων και να σέβεται τους κανόνες γιατί το βασικότερο στοιχείο κοινωνικοποίησης είναι η εκμάθηση και η αποδοχή των κανόνων συναλλαγής σε μια ομάδα, ο σεβασμός των άλλων αλλά και του εαυτού.

Βοηθιέται στο να αποκτήσει γνώση με δομημένο τρόπο και να αναπτύξει νοητικές δεξιότητες.

Οι γονείς πρέπει να ενημερωθούν ότι οι πρώτες μέρες θα είναι δύσκολες για το παιδί, ακόμα και αν έχει παρακολουθήσει βρεφονηπιακό σταθμό ήδη. Οι αποχωρισμοί είναι πάντα δύσκολοι. Το παιδί αφήνει τις γνώριμες συνήθειές του, τον χώρο του, χάνει την ασφάλεια του σπιτιού του αλλά κερδίζει την αυτονομία του.

Όρια-πειθαρχία

Ο παιδίατρος συζητά με τους γονείς τη σημασία της πειθαρχίας. Οι γονείς, αν και αναγνωρίζουν τη σημα-

σία των ορίων, εντούτοις συχνά δεν καταφέρνουν να βάζουν κανόνες και μάλιστα με τρόπο σταθερό, αποτελεσματικό και από κοινού τις λίγες ώρες που βρίσκονται σπίτι.

Το τετράχρονο παιδί μπορεί να αναγνωρίσει το σωστό και το λάθος, το καλό και το κακό, ελέγχει σε μεγάλο βαθμό τις παρορμήσεις του.

Δοκιμάζει πλέον συνειδητά τις ανοχές και αντοχές των μεγάλων. Όταν παραβιάζει έναν κανόνα το ξέρει καλά. Δεν ξέρει πάντα γιατί το κάνει, δεν μπορεί να συσχετίσει την αιτία του θυμού του με την αντίδρασή του. Οι γονείς θα πρέπει να θέσουν αποφασιστικά το όριο στην αρνητική συμπεριφορά και στη συνέχεια, να κουβεντιάσουν μαζί του τον λόγο που το οδήγησε σε αυτήν τη συμπεριφορά και να το διαβεβαιώσουν ότι θα το βοηθήσουν να μην ξανασυμβεί.

Ο παιδίατρος:

- Διαβεβαιώνει τους γονείς ότι πειθαρχία σημαίνει διδασκαλία και όχι τιμωρία.
- Βοηθά τους γονείς να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα της τήρησης των κοινωνικών κανόνων σαν προϋπόθεση για να ενταχθεί το παιδί στο κοινωνικό σύνολο.
- Ενθαρρύνει τους γονείς να χρησιμοποιούν πολύ σπάνια την τιμωρία σαν μέρος της πειθαρχίας. Η τιμωρία πρέπει όμως να ακολουθεί άμεσα την κακή πράξη, να είναι σύντομη και να σέβεται τα συναισθήματα του παιδιού και την προσωπικότητά του. Ένα ευαίσθητο παιδί μπορεί να καταρρακωθεί με ένα είδος τιμωρίας που μπορεί αντίθετα να είναι ιδανική για ένα ζωηρό, δύσκολο παιδί.
- Υπενθυμίζει στους γονείς ότι αποτελούν πρότυπα για μίμηση. Επισημαίνει ότι η απώλεια ψυχραιμίας και η χρήση σωματικής βίας από μέρους τους, αποτελούν πρότυπο για το παιδί για το πώς θα επιλύει στο μέλλον το ίδιο τις συγκρούσεις.

Ύπνος

Είναι συχνό πρόβλημα σε αυτήν την ηλικία. Αρνούνται να πάνε στο κρεβάτι τους, ζητούν να κοιμηθούν στο κρεβάτι των γονέων, ξυπνούν τη νύχτα, φοβούνται. Σε αυτήν την ηλικία τα περισσότερα παιδιά καταργούν τον μεσημεριανό ύπνο. Ο ύπνος είναι και αυτός ένας τομέας της ζωής τους όπου κατακτούν την ανεξαρτησία τους.

Ο παιδίατρος:

- Ενθαρρύνει τους γονείς να σεβαστούν τους βιορυθμούς του παιδιού. Παιδιά που χρειάζονται λιγότερο ύπνο μπορούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι λίγο αργότερα.

- Συνιστά ένα παραμύθι, μια αγκαλιά πριν τον ύπνο, ένα αναμμένο φωτάκι στο δωμάτιό τους, χαλαρωτική μουσική που θα τα βοηθήσει να περάσουν τη δύσκολη φάση ανώδυνα.
- Συνιστά τα όρια σχετικά με τον ύπνο να έχουν τεθεί από πριν και να τηρούνται. Οι γονείς δεν θα πρέπει να ενδίδουν σε αιτήματα όπως «ένα ποτήρι νερό», «ένα παραμύθι ακόμα» που παραπερνούν τη διαδικασία.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Διαταραχές του αυτιστικού φάσματος

Η ορολογία έχει υιοθετηθεί πλέον στην πρόσφατη αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχιατρικών Νόσων της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V). Πρόκειται για μια ομάδα νευροαναπτυξιακών διαταραχών που χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και αλληλεπίδραση σε πολλά πλαίσια λειτουργίας του παιδιού, καθώς και από περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς και ενδιαφερόντων. Συχνά τα παιδιά αυτά εκδηλώνουν ασυνήθιστο ενδιαφέρον στα αισθητηριακά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος (όπως ήχους, φώτα, μυρωδιές, γεύσεις, υφές, θερμοκρασία ή πόνο) ή δυσκολία στην επεξεργασία τους που εκδηλώνεται ως υπερευαισθησία ή μειωμένη ανταπόκριση σε αυτά. Τα βασικά ελλείμματα στην προλεκτική επικοινωνία και την κοινωνικο-συναισθηματική αμοιβαioτητα είναι παρόντα στα παιδιά με αυτισμό στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο, όμως μπορεί να αλλάξουν έκφραση στην πορεία της ανάπτυξης, κυρίως στις ελαφρότερες περιπτώσεις. Οι αδυναμίες συγκαλύπτονται και οι συμπεριφορές τροποποιούνται μέσα από αντισταθμιστικές στρατηγικές που έχει επινοήσει ή έχει εκπαιδευτεί το παιδί να χρησιμοποιεί. Παρόλα αυτά, όταν οι κοινωνικές απαιτήσεις ξεπεράσουν τις ικανότητες του παιδιού γίνεται εμφανής πια η λειτουργική έκπτωση στην κοινωνικότητα και επικοινωνία και αναγνωρίζεται η διαταραχή. Για αυτό και η διάγνωση σε μεγαλύτερη ηλικία θα πρέπει να βασιστεί στην πρόσφατη εικόνα του παιδιού σε συνδυασμό με το αναπτυξιακό ιστορικό.

Αναγνώριση του αυτισμού από τον παιδίατρο στην ηλικία των τεσσάρων χρόνων

Τα παιδιά με σοβαρή διαταραχή που συνήθως έχουν αναγνωριστεί σε μικρότερη ηλικία, μπορεί στην ηλικία των τεσσάρων ετών να παρουσιάζουν ακόμη τα πρώιμα ελλείμματα στην κοινωνικότητα και επικοινωνία (βλέπε: Πρώιμη αναγνώριση του αυτισμού από τον παιδίατρο στην ηλικία 18 μηνών).

Τα «ικανότερα» παιδιά με τα ηπιότερα ελλείμματα

μπορεί να διαφύγουν μέχρι αυτήν την ηλικία αδιάγνωστα. Η αξιοποίηση των γνωστικών τους ικανοτήτων και η προστασία που τους προσφέρει η οικογένεια, τα διευκολύνουν ως έναν βαθμό να αναπτύξουν μηχανισμούς αναπλήρωσης.

- Οι συχνές εκρήξεις αποδίδονται στην ηλικία του παιδιού όπου φυσιολογικά αναμένονται διακυμάνσεις στη συμπεριφορά.
- Η δυσκολία του να ζητήσει βοήθεια ή παρηγοριά αποδίδεται στον «ανεξάρτητο» χαρακτήρα του.
- Η απροθυμία του να παίξει με συνομήλικα παιδιά αποδίδεται στην έλλειψη ευκαιριών. Άλλωστε, συνήθως συμμετέχει με χαρά και ενθουσιασμό σε έντονα σωματικά παιχνίδια με τους γονείς ή τα αδέρφια του.
- Η ιδιοσυγκρασιακή ομιλία του συχνά ερμηνεύεται σαν δείγμα ιδιαίτερης εξυπνάδας.
- Οι σοβαρές δυσκολίες στο φαγητό συνήθως αποδίδονται σε λάθος πρακτικές, μέχρι που οι γονείς τελικά αναγκάζονται να καταφύγουν στον παιδίατρο.

Οι δυσκολίες συνήθως εκδηλώνονται με την έναρξη παιδικού σταθμού ή προνήπιου, όπου αυξάνονται οι απαιτήσεις για κοινωνική αλληλεπίδραση.

- Δεν δείχνει ενδιαφέρον για τα άλλα παιδιά, απομονώνεται.
- Ακόμα και αν δείξει ενδιαφέρον δεν γνωρίζει το «πώς» και πλησιάζει τα άλλα παιδιά με μονομερή και παράξενο τρόπο.
- Δεν μοιράζεται κάτι που το ενδιαφέρει (ένα παιχνίδι, μια ζωγραφιά) με ένα άλλο παιδί, δεν περιμένει τη σειρά του.
- Δεν κατανοεί απλές καταστάσεις γύρω του, τη συμπεριφορά και τις διαθέσεις των άλλων παιδιών και δυσκολεύεται να βγάλει νόημα με αποτέλεσμα να βιώνει έντονο άγχος, σύγχυση και απόρριψη που οδηγούν σε εκρήξεις, ακόμα και επιθετικότητα, απέναντι στα άλλα παιδιά. Πέφτει στο πάτωμα, κρύβεται κάτω από τα τραπέζια, πετάει αντικείμενα, σπρώχνει, χτυπάει και κλωτσάει.
- Δυσκολεύεται να προσαρμοστεί σε κοινό πρόγραμμα με τα άλλα παιδιά.
- Δεν είναι σε θέση να παίξει δημιουργικά με ένα παιχνίδι και στερείται φαντασίας. Μπορεί όμως να είναι ιδιαίτερα ικανό στο κατασκευαστικό παιχνίδι. Συχνά απορροφάται σε ένα παιχνίδι στερεότυπο και επαναλαμβανόμενο που αποκλείει τα άλλα παιδιά.
- Ο προφορικός του λόγος μπορεί επιφανειακά να

είναι ανεπτυγμένος, όμως είναι ένας επαναληπτικός μονόλογος που δεν στοχεύει στην επικοινωνία. Μπορεί να ηχολαλεί μαθημένες φράσεις από καρτούν ή διαφημιστικά σποτ. Αναφέρεται στον εαυτό του σε δεύτερο ή τρίτο πρόσωπο.

- Δεν διαθέτει αντισταθμιστικούς τρόπους επικοινωνίας μέσα από τη γλώσσα του σώματος για να καλύψει τα ελλείμματα στη γλωσσική επικοινωνία.
- Όταν χαίρεται, είναι φορτισμένο ή βαριέται, παρουσιάζει στερεοτυπίες απλές ή και σύνθετες που ακολουθούν έναν τελετουργικό τρόπο εκτέλεσης. Συχνά έχει ανάγκη να κάνει τα πράγματα με πολύ συγκεκριμένο τρόπο ή σειρά και αντιδρά έντονα σε οποιαδήποτε παρέμβαση.
- Έχει ασυνήθιστα αισθητηριακά ενδιαφέροντα και περίεργες αντιδράσεις σε οσμές, γεύσεις, υφές, φώτα και ήχους. Μπορεί να αντιδρά σε αγγίγματα, να κλείνει τα αυτιά του σε ήχους, να μυρίζει τα παιχνίδια, να μην ανέχεται υλικά όπως άμμο, πλαστελίνη, δακτυλομπογιές.
- Κατακλύζεται από περίεργους φόβους. Αναστατώνεται εύκολα, κλαίει, ουρλιάζει. Μπορεί να φοβηθεί ένα παιχνίδι, το κουκλοθέατρο ή μια συνηθισμένη κατάσταση.
- Το διαιτολόγιό του μπορεί να είναι εξαιρετικά περιορισμένο. Είναι πολύ επιλεκτικό, μπορεί να προσκολληθεί σε αισθητηριακά χαρακτηριστικά της τροφής όπως σχήμα, χρώμα, υφή, οσμή ή γεύση, ακόμα και στον λογότυπο ή την ετικέτα ενός τροφίμου. Συχνά καταπίνει χωρίς να μασά τις τροφές.

Ταυτότητα φύλου

Η ταυτότητα του φύλου αφορά στην υποκειμενική αίσθηση του παιδιού ως αγοριού ή κοριτσιού (αρσενικό ή θηλυκό) και δεν ταυτίζεται με τη σεξουαλική φαντασίωση και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Ο σχηματισμός της ταυτότητας είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Η πορεία ανάπτυξης των στοιχείων ταυτότητας φύλου στα παιδιά μέχρι τα 5 έτη είναι η ακόλουθη:

- Στο τέλος του πρώτου χρόνου, τα νήπια είναι σε θέση να διακρίνουν τη διαφορετικότητα του μπαμπά και της μαμάς.
- Μεταξύ του 2ου και 3ου χρόνου μπορούν να αναγνωρίσουν τον εαυτό τους και τους άλλους σαν αγόρι ή κορίτσι.
- Με το τέλος του 3ου χρόνου, υπάρχει σαφής προτίμηση για τους ρόλους του αγοριού ή του κοριτσιού. Αρχίζουν να δείχνουν διαφορετικές

συμπεριφορές, ανάλογα με το φύλο τους, στο ντύσιμο και στο παιχνίδι. Είναι περισσότερο ενήμερα των ανατομικών διαφορών των γεννητικών οργάνων.

- Μετά τον 5ο χρόνο έχουν κατακτήσει τη σταθερότητα του φύλου και ενδιαφέρονται για τις διαφορές ανάμεσα στο αρσενικό και το θηλυκό.

Σεξουαλικότητα – Αυνανισμός

Σε αυτήν την ηλικία κορυφώνεται η ενασχόληση με τη σεξουαλικότητα, τη δική τους αλλά και των άλλων. Προσπαθούν να ανακαλύψουν τις διαφορές ανάμεσα στο ανδρικό και το γυναικείο φύλο. Εξερευνούν το σώμα τους, το σώμα των άλλων παιδιών, ακόμα και των γονέων. Παίζουν με τα γεννητικά τους όργανα, αγγίζουν το στήθος της μητέρας ή παίζουν παιχνίδια ρόλων όπως «μαμά-μπαμπάς», «γιατρός-άρρωστος».

Σε αυτήν την ηλικία, σταδιακά διαμορφώνεται ο κοινωνικός ρόλος του φύλου. Μέσα από το παιχνίδι εξερευνούν τις διαφορετικές φυλετικές ταυτότητες και προοδευτικά μαθαίνουν ότι το φύλο είναι ένα σταθερό ανατομικό χαρακτηριστικό.

Ο παιδίατρος:

- Καθησυχάζει τους γονείς και τους διαβεβαιώνει ότι αυτή η συμπεριφορά είναι απόλυτα φυσιολογική και αποτελεί ένα στάδιο της γνωστικής και κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης. Υπερβολική αναστάτωση και αντίδραση των γονέων καταστέλλει παροδικά αλλά αργότερα επιτείνει τη συμπεριφορά ή δημιουργεί στο παιδί αισθήματα ντροπής και φόβου.
- Ενθαρρύνει τους γονείς να λένε στα παιδιά τους ότι το ενδιαφέρον τους για το σώμα τους είναι υγιές και φυσιολογικό, αλλά η γύμνια και το σεξουαλικό παιχνίδι δεν είναι γενικά αποδεκτά σε δημόσιο χώρο, είναι μια προσωπική υπόθεση.
- Συστήνει στους γονείς να μην τα εκθέτουν στο γυμνό τους σώμα και πολύ περισσότερο σε μεταξύ τους σεξουαλική συμπεριφορά.
- Διαβεβαιώνει τους γονείς ότι ο αυνανισμός είναι φυσιολογική και υγιής συμπεριφορά, αλλά αφορά το ίδιο το παιδί στον προσωπικό του χώρο. Τους αποτρέπει από το να χτυπήσουν το χέρι του παιδιού επειδή αυνανίζεται, γιατί έτσι του περνούν ένα πολύ αρνητικό μήνυμα για το σώμα του που μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλικότητά του στην εφηβεία.
- Ενημερώνει ότι τα παιδιά αντιγράφουν τις σεξουαλικές συμπεριφορές που έχουν δει στο σπίτι ή στην τηλεόραση. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν πως αυτή η συμπεριφορά για τα παιδιά είναι ένα παιχνίδι.

- Επισημαίνει στους γονείς ότι πρέπει να προστατεύουν και να προφυλάσσουν το παιδί από υπερβολική έκθεση σε σεξουαλικές συμπεριφορές όπως τηλεοπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε ενήλικες.
- Ενθαρρύνει τους γονείς να απαντούν σε ερωτήσεις των παιδιών, αυστηρά όμως σε ότι ρωτάνε και με λεξιλόγιο που μπορούν να κατανοήσουν.
- Συστήνει στους γονείς να βάλουν κανόνες γύρω από την αποδοχή της σεξουαλικότητας. Να αποφασίσουν τον βαθμό γύμνιας που επιτρέπεται μέσα στην οικογένεια ώστε να μην δημιουργούν σύγχυση στο παιδί. Υπερβολικά επιτρεπτικοί γονείς εκθέτουν τα παιδιά σε καταστάσεις που δεν μπορούν να χειριστούν.
- Επισημαίνει ιδιαίτερα στους γονείς να μην χρησιμοποιούν συμπεριφορές που αντιστρατεύονται το φύλο του παιδιού π.χ. μετενδυμασία, κόμμωση, παιχνίδια.
- Ενημερώνει ότι συχνά τα παιδιά αυτής της ηλικίας εκδηλώνουν ερωτική διάθεση απέναντι στον γονέα του αντίθετου φύλου. Θέλουν να τον παντρευτούν, να κοιμηθούν μαζί του. Οι γονείς οφείλουν να είναι πολύ προσεκτικοί. Για τα παιδιά είναι ένα παιχνίδι που όμως τα γεμίζει σύγχυση και συγκρούσεις, για αυτό και οι γονείς δεν πρέπει να ενδίδουν σε αυτό.

Έντονα σεξουαλικοποιημένη συμπεριφορά ή εμμονή με τη σεξουαλικότητα μπορεί να αποτελέσει σημάδι διαταραχής ή ένδειξη σεξουαλικής κακοποίησης.

Ανάπτυξη ηθικής

Ηθική ονομάζεται ένα σύστημα αξιολόγησης των ανθρώπινων πράξεων. Η ανάπτυξη της ηθικής αποτελεί βασικό πυρήνα της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του παιδιού. Επιτυγχάνεται σταδιακά μέσω της ταύτισης με τους γονείς, οπότε μιμούνται και υιοθετούν πρότυπα συμπεριφοράς και είναι συνέπεια της ατομικής ανάπτυξης του παιδιού, όσον αφορά τις γνωστικές λειτουργίες αλλά και την κοινωνική κατανόηση.

Το τετράχρονο παιδί έχει την ικανότητα να κάνει λογικούς συλλογισμούς, όμως η κρίση του δεν είναι ακόμα αναπτυγμένη. Η ηθική του είναι απλοϊκή. Έχει μια εξαιρετικά απλουστευμένη αντίληψη του καλού και του κακού. Κάνει ηθικές κρίσεις που βασίζονται όμως αποκλειστικά στις επικείμενες αμοιβές ή ποινές. Οι πράξεις του υπαγορεύονται από την επιθυμία του να αποφύγει την τιμωρία και μόνο οι συνέπειές τους καθορίζουν πόσο ηθικές ή ανήθικες είναι οι πράξεις αυτές.

Αναγνωρίζει τη διαφορά μεταξύ αλήθειας και φαντασίας αλλά δεν λέει πάντα όλη την αλήθεια. Ανα-

κριβής λόγος είναι σωστότερο από ψέμα σε αυτήν την ηλικία.

Αναγνωρίζει τα δικαιώματα των άλλων αλλά δεν τα σέβεται πάντα, γιατί εξακολουθεί να κυριαρχείται από τις δικές του ανάγκες. Κάποιες φορές δείχνει ανιδιοτελή συμπάθεια και ενδιαφέρον για άλλους όταν αδικούνται ή όταν απλά δείχνουν λυπημένοι.

Προοδευτικά μέσα στον χρόνο οικοδομείται η αφηρημένη έννοια του ηθικού κώδικα.

Οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν απαξιωτικούς χαρακτηρισμούς που προσβάλλουν και πληγώνουν το παιδί.

2.6. Η ηλικία των 5–6 ετών

Γενική περιγραφή

Καθώς η πρώτη παιδική ηλικία φτάνει στο τέλος της, τα παιδιά αρχίζουν να γίνονται πιο ανεξάρτητα και αρχίζουν να δείχνουν ενδιαφέρον για άλλα παιδιά και ενήλικες εκτός του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Κατά την περίοδο αυτή οι γλωσσικές, επικοινωνιακές και κοινωνικές τους δεξιότητες βελτιώνονται, ενώ οι γνωστικές δεξιότητες συνεχίζουν να αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Επιπλέον, τα παιδιά γίνονται όλο και πιο επιδέξια κινητικά. Μέσα από το κινητικό παιχνίδι δοκιμάζουν τις σωματικές τους δυνάμεις και ταυτόχρονα, διασκεδάζουν και αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους τους.

Ο ρυθμός σωματικής αύξησης πλέον σταθεροποιείται. Έτσι, το ύψος αυξάνει περίπου 5 cm το χρόνο και το βάρος 2 με 3 κιλά το χρόνο. Οι αναλογίες του σώματος θυμίζουν περισσότερο αυτές του ενήλικα. Ο εγκέφαλος συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά με πολύ βραδύτερο ρυθμό καθώς στην ηλικία των 5 ετών έχει ήδη αποκτήσει περίπου το 90% του βάρους και του μεγέθους του ενήλικα.

Στη χώρα μας, η ηλικία γύρω στα 5 με 5,5 έτη συμπίπτει με την έναρξη του νηπιαγωγείου.

Σε αυτή την ηλικία το παιδί αρχίζει να μπορεί να **αποχωρίζεται πιο εύκολα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τους γονείς του**, ειδικά αν έχει παρακολουθήσει κάποιο πλαίσιο προσχολικής αγωγής (παιδικό σταθμό ή προνήπιο). Σιγά-σιγά αυξάνεται η ανεξαρτητοποίησή του και αρχίζει να κάνει σχέσεις με τα άλλα παιδιά και ενήλικες. Μαθαίνει να ακολουθεί κανόνες και οδηγίες και μπορεί να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Το παιχνίδι του γίνεται πιο συνεργατικό και μαθαίνει να περιμένει τη σειρά του και να μοιράζεται. Ταυτόχρονα, το φανταστικό παιχνίδι γίνεται όλο και πιο σύνθετο και το παιδί χαίρεται να υποδύεται φανταστικούς ήρωες, καταλαβαίνοντας τη διαφορά μεταξύ φανταστικού και πραγματικού.

Το παιδί των 5 ετών μπορεί να εκφράζει ένα ευρύ πεδίο **συναισθημάτων**. Μαθαίνει να ελέγχει τα συναισθήματά του ανάλογα με την κατάσταση και αντιλαμβάνεται τις συναισθηματικές αποχρώσεις των κοινωνικών συναλλαγών. Είναι λιγότερο εγωκεντρικό και δείχνει ενδιαφέρον και συμπάθεια για τους άλλους. Καθώς ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα το περνάει με φίλους και άλλους ανθρώπους εκτός σπιτιού, οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν τις **φιλίες** του παιδιού τους και να σέβονται την αυξανόμενη επιρροή των συνομηλίκων του.

Μιλάει πλέον πολύ καθαρά και ο **λόγος του** είναι

πλήρως καταληπτός από τους άλλους. Μπορεί να διηγηθεί μια απλή ιστορία ή τις εμπειρίες της ημέρας χρησιμοποιώντας προτάσεις με σωστή δομή και οργάνωση. Χρησιμοποιεί σωστά προθέσεις, χρόνους, αριθμούς (ενικό-πληθυντικό) και εμπλουτιστικά του λόγου. Έχει πλούσιο λεξιλόγιο, καλή κατανόηση και εκτελεί ακόμη πιο σύνθετες εντολές.

Οι **γνωστικές δεξιότητες** αναπτύσσονται γρήγορα και ο τρόπος σκέψης γίνεται πιο λογικός και επαγωγικός. Το παιδί των 5 χρόνων είναι ιδιαίτερα ικανό στην ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση, αν και μπορεί να δυσκολεύεται να καταλάβει ότι ένα αντικείμενο μπορεί να έχει περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά. Αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη ροή του χρόνου και τις χρονικές έννοιες (πριν-μετά, σήμερα-χθες-αύριο), καθώς και τη χρονική διαδοχή των γεγονότων.

Η **βραχύχρονη και μακροπρόθεσμη μνήμη** αναπτύσσεται σε ικανοποιητικό βαθμό και το παιδί μπορεί να απομνημονεύσει ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα π.χ. μια σειρά από 4 αριθμούς ή μια σειρά από εικόνες γνωστών αντικειμένων.

Οι **γενικές γνώσεις** για πράγματα που χρησιμοποιεί καθημερινά, όπως τα χρήματα και το φαγητό, εμπλουτίζονται συνεχώς.

Μπορεί να **ζωγραφίσει** έναν άνθρωπο με 6 τουλάχιστον μέρη σώματος (συνήθως 8 με 10) και μετρά σωστά 10 ή και περισσότερα αντικείμενα. Γνωρίζει περίπου 10 χρώματα.

Προοδευτικά, η **ικανότητα εστίασης της προσοχής** του παιδιού βελτιώνεται, ενώ μειώνεται η παρορμητικότητα και η αυξημένη κινητικότητα των προηγούμενων χρόνων, διευκολύνοντας έτσι τη διαδικασία της μάθησης. Η ικανότητα του παιδιού να συγκεντρώνεται σε μια δραστηριότητα και να δέχεται υποδείξεις την ώρα που παίζει, σχετίζεται με τον τρόπο που είναι πιθανό να ανταποκρίνεται και μέσα στη σχολική τάξη.

Οι **κινητικές ικανότητες** συνεχίζουν να βελτιώνονται και έτσι το παιδί των 5 χρόνων μπορεί να χοροπηδά με διάφορους τρόπους, να περπατά σε μεγαλύτερη απόσταση και να σκαρφαλώνει. Στέκεται στο ένα πόδι για τουλάχιστον 5 δευτερόλεπτα και κάνει 5 βήματα στο ένα πόδι. Μπορεί να υποστηρίξει την κίνηση στην κούνια και μαθαίνει να κάνει τούμπες.

Πριν την έναρξη του σχολείου είναι ικανό να εκτελεί ταυτόχρονα πολλαπλές και σύνθετες κινητικές δεξιότητες (όπως να κάνει πετάλια, να διατηρεί την ισορροπία και να κατευθύνει το τιμόνι, ενώ κάνει ποδήλατο). Καθώς το παιδί ανακαλύπτει τις νέες του δεξιότητες, του γεννάται το ενδιαφέρον να δοκιμάσει τις σωματικές του δυνάμεις. Πόσο γρήγορα τρέχει, πόσο μακριά πετάει τη μπάλα κ.ά. Μαθαίνοντας πώς δου-

λεύει το σώμα του, αποκτά την εμπιστοσύνη, αλλά και τις δεξιότητες που χρειάζεται για να χαίρεται τις αθλητικές δραστηριότητες και να συμμετέχει σε ατομικά ή ομαδικά αθλήματα.

Αντίστοιχα εξελίσσεται και η **λεπτή κινητικότητα**. Ο τρόπος που πιάνει το μολύβι είναι πιο ώριμος, χρησιμοποιώντας τη δυναμική τριποδική σύλληψη και η κίνηση του μολυβιού γίνεται από τα δάκτυλα και όχι από τον καρπό ή τον πήχη. Με τον κατάλληλο οπτικο-κινητικό συντονισμό μπορεί και αντιγράφει τρίγωνο, γράφει το όνομά του και χρησιμοποιεί καλά το ψαλίδι. Στην ηλικία αυτή πρέπει να έχει εδραιωθεί η **πλευριώση**.

Ο καλύτερος κινητικός συντονισμός επιτρέπει στο παιδί να αποκτήσει μεγαλύτερη ανεξαρτησία στις καθημερινές του δραστηριότητες. Έτσι, χρησιμοποιεί καλά το πιρούνι και το κουτάλι και μερικές φορές το μαχαίρι π.χ. για να απλώσει μαρμελάδα σε μια φέτα ψωμί. Πλένει τα δόντια του πιο αποτελεσματικά, πηγαίνει μόνο του στην τουαλέτα και μπορεί να ντύνεται και να ξεντύνεται ανεξάρτητα.

Τα περισσότερα παιδιά στην ηλικία των 5 ετών **ελέγχουν τους σφιγκτήρες**, τόσο την ημέρα όσο και τη νύχτα. Υπάρχει όμως ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών, 15–20% που δεν έχει αποκτήσει την ικανότητα ελέγχου της ούρησης κατά τη διάρκεια της νύχτας (πρωτοπαθής νυχτερινή ενοούρηση). Πρόκειται για μια κατάσταση για την οποία δεν ευθύνεται το παιδί, συχνά σχετίζεται με κληρονομικότητα και με τη σωστή αντιμετώπιση υποχωρεί αυτόματα σε ποσοστό 15% κάθε χρόνο.

Καθώς πλησιάζει προς τα έκτα γενέθλια, το παιδί επιθυμεί να ενεργεί ανεξάρτητα, αλλά δεν είναι ακόμη έτοιμο να κάνει σταθερά σωστές επιλογές και να παίρνει σωστές αποφάσεις. Χρειάζεται ακόμη επίβλεψη και καθοδήγηση σε θέματα ασφάλειας στο σπίτι, στην παιδική χαρά και στη γειτονιά.

Οι γονείς χρειάζεται να συνεχίσουν να βάζουν κατ'άλληλα **όρια**, ενώ παράλληλα ενθαρρύνουν και προάγουν την αυξανόμενη ανεξαρτησία του παιδιού τους. Τα παιδιά χρειάζονται κανόνες για το πώς να αλληλεπιδρούν, αλλά και να αποφεύγουν τους ξένους. Σε αυτή την ηλικία δεν είναι έτοιμα να περνάνε το δρόμο μόνα τους και χρειάζονται επίβλεψη από τους ενήλικες στο κολύμπι και στα αθλήματα με νερό.

Στην επίσκεψη των 5 με 6 ετών, ο παιδίατρος μπορεί να μιλήσει με το παιδί για την οικογένεια, τους φίλους, τα ενδιαφέροντά του και για το σχολείο. Δίνεται έτσι η ευκαιρία στον παιδίατρο να αναπτύξει μια άμεση σχέση με το παιδί και να το ενθαρρύνει να αναλάβει κάποιες ευθύνες για τις καθημερινές συνήθειες π.χ. πλύσιμο δοντιών, πλύσιμο χεριών.

Σημαντικός στόχος της επίσκεψης των 5 με 6 ετών είναι ο παιδίατρος να εκτιμήσει την **ετοιμότητα του παιδιού για την έναρξη του σχολείου**.

Γνώση σχετικά με τις αξίες, τις εκπαιδευτικές προσδοκίες της οικογένειας και τη σταθερότητα στην υποστήριξη της εκπαίδευσης, είναι σημαντικές πληροφορίες που ο παιδίατρος μπορεί να έχει σε αυτή την επίσκεψη.

Ανασκόπηση του ατομικού ιστορικού σχετικά με παράγοντες κινδύνου (όπως προωρότητα, πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, διαταραχή ακοής, δυσαρμονία στην οικογένεια, ψυχική νόσος) που μπορεί να έχουν επίδραση στις γνωστικές δεξιότητες και στην κοινωνική μάθηση, χρειάζεται να γίνει αναλυτικά εφόσον η επίσκεψη αυτή γίνεται από παιδίατρο που δεν παρακολουθεί συστηματικά και διαχρονικά το παιδί.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το οικογενειακό ιστορικό για μαθησιακές δυσκολίες, καθώς η δυσλεξία και άλλες μαθησιακές δυσκολίες έχουν κληρονομική προδιάθεση.

Ολοκληρώνοντας την επίσκεψη, ο παιδίατρος πρέπει να έχει μια συνολική εικόνα για τις γλωσσικές, κοινωνικές και κινητικές δεξιότητες του παιδιού, την ικανότητά του να συγκεντρώνεται και να ολοκληρώνει δραστηριότητες, να εκτελεί εντολές και γενικά για το επίπεδο ωριμότητάς του.

Έτσι, είναι σε θέση να αναγνωρίσει δυσκολίες σε τομείς της ανάπτυξης που μπορεί να επηρεάσουν τη σχολική ένταξη.

Ανάλογα με το βαθμό της δυσκολίας, ο παιδίατρος είτε θα δώσει στους γονείς οδηγίες που προάγουν τη σχολική ετοιμότητα, είτε θα παραπέμψει το παιδί για διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση (βλ. ειδικά θέματα: Σχολική Ετοιμότητα).

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα **οι ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Όρια και πειθαρχία.
- Οικογενειακές συνήθειες.
- Φυσική δραστηριότητα.
- Παρακολούθηση τηλεόρασης.
- Σχολική ετοιμότητα.
- Συμβάντα στην οικογένεια.
- Ασφάλεια (στο πεζοδρόμιο, στο αυτοκίνητο, στο νερό, πρόληψη σεξουαλικής κακοποίησης, πρόληψη φωτιάς, όπλα κ.ά.).

Κατά την επίσκεψη των 5 με 6 ετών ο παιδίατρος μπορεί να ενθαρρύνει μια πιο αναλυτική

συζήτηση για την ανάπτυξη του παιδιού θέτοντας τις ακόλουθες ερωτήσεις στους γονείς:

- Έχετε κάποια ανησυχία σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού σας, π.χ. πώς κινείται, πώς μιλάει, πώς παίζει με τα άλλα παιδιά, πώς ζωγραφίζει, πώς γράφει το όνομά του ή τα γράμματα κλπ.;
- Έχετε κάποια ανησυχία σχετικά με τη διάθεση ή τη συμπεριφορά του παιδιού σας; π.χ. συγκεντρώνεται, κουνιέται όλη την ώρα, είναι επιθετικό ή είναι συχνά θυμωμένο και εκνευρισμένο κ.ά.;
- Η νηπιαγωγός, σας έχει θέσει κάποιο θέμα σχετικά με την ανάπτυξη ή τη συμπεριφορά του παιδιού σας;
- Έχετε κάποια ανησυχία σχετικά με το αν το παιδί σας είναι έτοιμο να ξεκινήσει το σχολείο;

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (σεβασμός, προσδοκίες, εκτίμηση, κριτική στάση, αποδοχή).
- Συμπεριφορά προς άλλους (φιλικό, ντροπαλό, συνεργάσιμο, ευγενικό).
- Επίπεδο συγκέντρωσης, προσοχής ή κινητικότητας του παιδιού.
- Ομιλία. Συντακτικό, γραμματική, λεξιλόγιο, περιεχόμενο ομιλίας αντίστοιχα με την ηλικία του.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Συζητούμε πάντοτε τις παρατηρήσεις και τις ανησυχίες των γονέων σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού, τη συμπεριφορά του, την όραση ή την ακοή του.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Στέκεται στο ένα πόδι για τουλάχιστον 5 δευτερόλεπτα (5-10 sec).
- Κάνει 5-10 βήματα κουτσό.
- Πηδά προς τα πίσω με τα πόδια ενωμένα.
- Κάνει κούνια μόνο του και σκαρφαλώνει.
- Κατεβαίνει τις σκάλες με άνεση αλλάζοντας τα πόδια.
- Μπορεί να πηδήξει τρέχοντας πάνω από μισό μέτρο.
- Πετά και πιάνει μπάλα.

Λεπτή κινητικότητα

- Ωριμη σύλληψη του μολυβιού (δυναμική τριποδική).

- Αντιγράφει τετράγωνο, τρίγωνο και άλλα γεωμετρικά σχήματα.
- Μπορεί να γράφει μερικά γράμματα ή αριθμούς.
- Μπορεί να γράφει το όνομά του.
- Κόβει με το ψαλίδι.
- Χρησιμοποιεί καλά πιρούνι και κουτάλι και μερικές φορές το μαχαίρι τραπέζιου π.χ. για να απλώσει μαρμελάδα στο ψωμί.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Μπορεί να δέχεται κανόνες.
- Δείχνει ενδιαφέρον και συμπάθεια για τους άλλους.
- Δείχνει περισσότερη ανεξαρτησία, π.χ. μπορεί να επισκεφτεί το γειτονικό διαμέρισμα μόνο του (χρειάζεται ακόμα επίβλεψη από ενήλικα).
- Οι φιλίες αρχίζουν να γίνονται σημαντικές. Θέλει να ευχαριστεί τους φίλους του και να μοιάζει με τους φίλους του.
- Το παιχνίδι του είναι πιο συνεργατικό.
- Μερικές φορές είναι απαιτητικό και κάποιες φορές πολύ συνεργάσιμο.
- Μπορεί να αντιληφθεί τη διαφορά μεταξύ φανταστικού και πραγματικού.
- Του αρέσει το τραγούδι, ο χορός και το θεατρικό παιχνίδι.

Επικοινωνία/Γλωσσική ανάπτυξη

- Μιλάει καθαρά.
- Μπορεί να διηγηθεί μια απλή ιστορία χρησιμοποιώντας ολοκληρωμένες προτάσεις και έχοντας αρχή, μέση και τέλος.
- Χρησιμοποιεί σωστά τον παρελθόντα και μέλλοντα χρόνο καθώς και τον πληθυντικό αριθμό.
- Χρησιμοποιεί περισσότερες από 2000 λέξεις.
- Μπορεί να προσδιορίσει απλές έννοιες.
- Μπορεί να επαναλάβει μια πρόταση με 6 έως 8 λέξεις.
- Λέει το ονοματεπώνυμό του και τη διεύθυνσή του.
- Απαντά σε ερωτήσεις που ξεκινούν με «γιατί».

Γνωστική ανάπτυξη

- Μετράει 10 ή περισσότερα αντικείμενα.
- Μπορεί να ζωγραφίσει έναν άνθρωπο με τουλάχιστον 6 μέρη σώματος.
- Γνωρίζει 6 με 10 χρώματα.
- Αναγνωρίζει κάποια γράμματα ή αριθμούς εκτός σειράς.
- Καταλαβαίνει τις χρονικές έννοιες πριν-μετά, σήμερα-χθες-αύριο.

- Επαναλαμβάνει μια σειρά από 4 αριθμούς (ακουστική μνήμη).
- Γνωρίζει τις ημέρες της εβδομάδας (ακολουθίες).

Αυτοεξυπηρέτηση

- Ντύνεται και ξεντύνεται μόνο του ή με ελάχιστη βοήθεια.
- Χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνο του.
- Πλένει τα δόντια του αποτελεσματικά.
- Τρώει χωρίς βοήθεια.

Ενδείξεις παραπομπής

- Δυσκολίες στον εκφραστικό λόγο:
 - αρθρωτικές ή/και φωνολογικές δυσκολίες (όπως αντιμεταθέσεις, αντικαταστάσεις, παραλείψεις γραμμάτων ή συλλαβών π.χ. πότρα-πόρτα, λόδι-ρόδι).
 - μορφοσυντακτικές δυσκολίες (μη σωστή χρήση της γραμματικής και του συντακτικού).
 - δυσκολίες στη ροή της ομιλίας.
 - φτωχό λεξιλόγιο.
 - περιορισμένη περιγραφική/αφηγηματική ικανότητα.
- Δυσκολίες στον αντιληπτικό λόγο.
- Αδιαφοροποίητη πλευρίωση.
- Δυσκολία στις γραφο-κινητικές δεξιότητες.
- Αδεξιότητα και μη καλός συντονισμός των κινήσεων.
- Κοινωνικό-συναισθηματικές δυσκολίες (σοβαρές δυσκολίες στον αποχωρισμό, στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, στο ομαδικό παιχνίδι κ.ά.).
- Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης/προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα.

Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας

Όρια και πειθαρχία

Σε αυτή την ηλικία, πολύ περισσότερο από ποτέ, πρέπει οι γονείς να βάζουν τα όρια της συμπεριφοράς από κοινού.

Τώρα εδραιώνονται η συνέπεια, ο σεβασμός, ο αυτοέλεγχος και ο έλεγχος της παρόρμησης. Οι συμπεριφορές αυτές είναι απαραίτητες για όλη τη ζωή. Έτσι, σιγά-σιγά εγκαθίσταται στο παιδί η ιδέα της αυτοσυγκράτησης και της αυτοπειθαρχίας χωρίς τιμωρίες ή ανταμοιβές. Αν τα παιδιά δεν κατακτήσουν αυτές τις δεξιότητες σε αυτήν την ηλικία, είναι πιο δύσκολο να τις μάθουν αργότερα.

Η οριοθέτηση προϋποθέτει κανόνες σαφείς, ίδιους για όλους, χωρίς διαφοροποιήσεις. Μόνο έτσι το παιδί μαθαίνει, εκτιμά, αποφεύγει τιμωρίες και ανταμοιβές και δεν ζηλεύει τα αδέρφια του.

Είναι μια διαδικασία αμφίδρομη και έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο τον σεβασμό στα όρια του άλλου αλλά και τη μη καταπάτηση των προσωπικών ορίων του παιδιού. Τώρα οι γονείς μπορούν να εξηγήσουν στο παιδί τους την έννοια των ορίων με βάση κανόνες και αυτό να μπορεί να γίνει αντιληπτό.

Η εξέλιξη της κοινωνικότητας και της ηθικής προσωπικότητας σε αυτή την ηλικία, το βοηθούν να αντιλαμβάνεται δυσκολότερους και πιο σύνθετους κανόνες που αφορούν στην κοινωνική συμπεριφορά.

Καθώς τα παιδιά 5 με 6 ετών αποκτούν νέες εμπειρίες, αρχίζουν φυσιολογικά να δοκιμάζουν εάν οι κανόνες μπορούν να αλλάξουν τώρα που έχουν γίνει μεγαλύτερα. Συχνά οι κανόνες χρειάζεται να επανατοποθετούνται ώστε να υποστηριχθεί η κατάλληλη συμπεριφορά, η σωματική αλλά και συναισθηματική ασφάλεια καθώς και η ηθική ανάπτυξη του παιδιού.

Ο παιδίατρος εξηγεί στους γονείς ότι:

- Απαιτείται σταθερότητα και συνέπεια στην εφαρμογή των ορίων.
- Η απόκτηση ορίων, ο σεβασμός των ορίων των άλλων και η απαίτηση για το σεβασμό των δικών μας είναι σημαντικές δεξιότητες για τη ζωή.
- Στόχος της οριοθέτησης είναι να μάθει το παιδί την κατάλληλη συμπεριφορά και όχι να τιμωρηθεί.
- Σε αυτή την ηλικία μπορούν να διδάξουν στο παιδί τους τη διαφορά μεταξύ σωστού και λάθους, καθώς είναι σε θέση να το καταλάβει και να αναγνωρίσει το καλό και το κακό.
- Μέσα από τη συμπεριφορά που επιδεικνύουν οι ίδιοι καθημερινά (αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ όλων των μελών, τήρηση των κανόνων από όλους, σωστή διαχείριση του θυμού κ.ά.) αποτελούν ένα θετικό πρότυπο για το παιδί τους, τόσο ως προς το ήθος όσο και ως προς τη συμπεριφορά.
- Πρέπει να ενθαρρύνουν και να ανταμείβουν τις καλές συμπεριφορές. *Μια αγκαλιά, ένα φιλί, ένα τρυφερό βλέμμα, ένα μπράβο, κάθε φορά που το παιδί τους ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους είναι ότι καλύτερο.*
- Δεν πρέπει να επιτρέπουν την παραβίαση των κανόνων.
- Δεν χρειάζεται να απειλούν διαρκώς με τιμωρίες. Μπορούν να επαναλαμβάνουν σταθερά τον κανόνα που βάζουν και να επιβραβεύουν την τήρησή του.

- Πρέπει να αποφεύγουν τη σωματική τιμωρία.
- Ποτέ δεν πρέπει να συσχετίζουν την τήρηση των ορίων με την αγάπη τους. *Είναι σημαντικό να δείχνουν συνεχώς αγάπη και στοργή στα παιδιά τους.*
- Θα πρέπει να βοηθούν το παιδί τους να μάθει να διαχειρίζεται τον θυμό του και να επιλύει τις διαφορές που έχει με τους άλλους χωρίς χρήση βίας.

Εδραίωση οικογενειακών συνηθειών

Οι οικογενειακές σταθερές συνήθειες δημιουργούν μια αίσθηση ασφάλειας, σταθερότητας και σιγουριάς στο παιδί. Όταν το παιδί είναι ήρεμο και χαλαρό είναι πιο ευτυχισμένο και μπορεί να εστιάσει καλύτερα στη μάθηση. Επιπλέον, θέματα πειθαρχίας είναι πιο αντιμετωπίσιμα.

- Οι γονείς μπορούν να συζητήσουν μεταξύ τους σχετικά με τις σημαντικές οικογενειακές συνήθειες που είχαν ως παιδιά και να αποφασίσουν ποιες από αυτές θα ήθελαν να καθιερώσουν στην οικογένειά τους.
- Μια πολύ σημαντική και υγιής οικογενειακή ρουτίνα είναι να τρώει όλη η οικογένεια μαζί στο τραπέζι, σε ένα τουλάχιστον από τα γεύματα της ημέρας. Καθώς τα μέλη της οικογένειας τρώνε μαζί, συζητούν και αλληλεπιδρούν, ενδυναμώνονται οι μεταξύ τους δεσμοί και τα μικρότερα μέλη εκπαιδεύονται στις κοινωνικές δεξιότητες.
- Οι γονείς μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση υπευθυνότητας στο παιδί τους αναθέτοντάς του μικρές δουλειές στο σπίτι και αναμένοντας να τις ολοκληρώσει. Με τον τρόπο αυτό προάγεται στο παιδί η αυτονομία, η ανεξαρτησία και η αίσθηση ότι είναι ικανό. Οι δουλειές που ανατίθενται πρέπει να είναι κατάλληλες για τις ικανότητες και την ηλικία του παιδιού.

Φυσική δραστηριότητα

Καθώς το παιδί των 5 με 6 χρόνων ανακαλύπτει τις νέες του κινητικές δεξιότητες, του γεννιάται το ενδιαφέρον να δοκιμάσει νέες εμπειρίες.

Αποκτά την εμπιστοσύνη αλλά και τις δεξιότητες που χρειάζεται για να χαίρεται τις σωματικές δραστηριότητες και να συμμετέχει σε ατομικά ή ομαδικά αθλήματα.

Επιπλέον, μέσα από το κινητικό παιχνίδι διασκεδάζει και αλληλεπιδρά με τους φίλους του.

Από αυτήν την ηλικία πρέπει οι γονείς να υποστηρίζουν τα παιδιά τους να έχουν τακτική φυσική δραστηριότητα.

Όταν το παιδί συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες, θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την ασφάλεια του χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό π.χ. κράνος όταν κάνει ποδήλατο.

- Οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν το παιδί τους να είναι σωματικά δραστήριο **τουλάχιστον μία ώρα** συνολικά κάθε μέρα. Αυτό μπορεί να γίνεται είτε συνεχόμενα είτε να μοιράζεται κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Οι γονείς ενθαρρύνονται να βρουν φυσικές δραστηριότητες που είναι ευχάριστες και μπορούν να ενσωματωθούν στην καθημερινή ζωή της οικογένειάς τους.

Τηλεόραση

Η παρακολούθηση της τηλεόρασης στην εποχή μας έχει μια αυξανόμενη επίδραση στην ανάπτυξη των παιδιών. Υπάρχουν αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα που υποστηρίζουν όχι μόνο την ψυχαγωγία αλλά και τις γνωστικές δεξιότητες και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη.

Παρ' όλα αυτά, η υπερβολική παρακολούθηση της τηλεόρασης έχει αρνητικές συνέπειες, γιατί έτσι περιορίζεται ο χρόνος που τα παιδιά περνούν σε άλλες δραστηριότητες που προάγουν τη μάθηση όπως διάβασμα βιβλίων μαζί με τους γονείς, παιχνίδι με τους συνομηλίκους, εκπαιδευτικά παιχνίδια. Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός μελετών δείχνει σύνδεση μεταξύ του χρόνου παρακολούθησης τηλεόρασης από τα παιδιά και του επιπέδου της επιθετικής συμπεριφοράς τους.

Έτσι, η παρακολούθηση τηλεόρασης για μεγάλο χρονικό διάστημα φαίνεται να κάνει τα παιδιά πιο επιθετικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των βίαιων σκηνών στις οποίες εκτίθενται και στην παθητικότητα που χαρακτηρίζει την παρακολούθηση της τηλεόρασης, καθώς μειώνει τις ευκαιρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους γονείς, τα αδέρφια και τους φίλους.

Συχνά τα παιδιά παρακολουθώντας τηλεόραση καθυστερούν στον βραδινό τους ύπνο και αυτό συσσωρεύει κόπωση και ευερεθιστότητα.

Ο παιδίατρος επισημαίνει ότι:

- Ο χρόνος που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση και παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια ή είναι στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, δεν θα πρέπει να ξεπερνά συνολικά τις **2 ώρες** κάθε μέρα.
- Στο υπνοδωμάτιο των παιδιών δεν θα πρέπει να υπάρχει συσκευή τηλεόρασης. Αν υπάρχει ήδη θα πρέπει να απομακρυνθεί.
- Για να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση του παιδιού στη βία και γενικά σε μη κατάλληλο υλικό για την ηλικία του, θα πρέπει οι γονείς να γνωρίζουν

το περιεχόμενο των τηλεοπτικών και μουσικών προγραμμάτων που παρακολουθεί. Το ίδιο ισχύει και για τα ηλεκτρονικά παιχνίδια που παίζει.

Προαγωγή σχολικής ετοιμότητας

Ο παιδίατρος θα πρέπει να ενθαρρύνει τους γονείς να βοηθήσουν το παιδί τους να αναπτύξει το σύνολο των δεξιοτήτων που χρειάζεται για να πάει στο σχολείο. Μερικές από τις δραστηριότητες που μπορούν να εφαρμόσουν οι γονείς για να ενισχύσουν τους τομείς της ανάπτυξης που σχετίζονται με τη σχολική ετοιμότητα είναι οι ακόλουθες:

- Να διαβάζουν βιβλία στο παιδί τους.
- Να ενθαρρύνουν το παιδί να ξαναπεί μια μικρή ιστορία που μόλις διάβασαν.
- Να αφιερώνουν χρόνο για να συνομιλούν με το παιδί τους.
- Να ενθαρρύνουν και να απαντούν σε ερωτήσεις του παιδιού τους.
- Να αφιερώνουν χρόνο στο παιδί για παιχνίδι, αγκαλιές και τρυφερότητα.
- Να φροντίζουν να υπάρχει ένα καθημερινό πρόγραμμα που το παιδί θα πρέπει να ακολουθεί π.χ. σταθερότητα στην ώρα των γευμάτων, στην ώρα του νυχτερινού ύπνου κ.ά.
- Να ενθαρρύνουν τις φιλίες του παιδιού τους. Προσκαλώντας τους φίλους του στο σπίτι ή οργανώνοντας κοινές εξόδους στον κινηματογράφο, στον παιδότοπο ή σε ένα εστιατόριο, ενισχύουν τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού.
- Να ενθαρρύνουν το παιδί να μοιράζεται, να περιμένει τη σειρά του, να δέχεται κανόνες.
- Να ενθαρρύνουν συμπεριφορές που δείχνουν σεβασμό και ευγένεια προς τους άλλους.
- Να ενθαρρύνουν το παιδί να αποκτήσει υπευθυνότητα και αίσθηση ότι είναι ικανό αναθέτοντάς του μικρές δουλειές στο σπίτι, όπως να μαζεύει τα παιχνίδια του και τα ρούχα του.
- Να ενθαρρύνουν παιχνίδια που προάγουν τις προ-αναγνωστικές δεξιότητες, π.χ. βρίσκω λέξεις στο δωμάτιο που αρχίζουν από «π», τραγουδάω τραγουδάκια που εστιάζουν σε συγκρίσεις ήχων φωνημάτων και ομοιοκαταληξίας.
- Να παίζουν με παιχνίδια που προάγουν τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων καθώς και τη δημιουργικότητα και φαντασία.
- Να εξοικειώνουν το παιδί με την αλφάβητο και τους αριθμούς.
- Να εμπλέκουν το παιδί σε δραστηριότητες μέτρησης π.χ. μετρώ πόσες μπανάνες είναι στη

φρουτιέρα, πόσα μπισκότα θα μείνουν στη συσκευασία αφού φάω 2, κ.ά.

- Να ενθαρρύνουν το παιδί να ζωγραφίζει ελεύθερα ή δομημένα με μαρκαδόρους και ξυλομπογιές χρησιμοποιώντας την τριποδική λαβή σύλληψης. Το παιδί προτρέπει να αντιγράψει διάφορα γεωμετρικά σχήματα.
- Να ενθαρρύνουν το κινητικό παιχνίδι.
- Να επισκέπτονται μαζί με το παιδί μουσεία, ζωολογικούς κήπους, θέατρα κ.ά., για να αυξήσουν τις γνώσεις του. Επίσης, μπορούν να παρακολουθούν μαζί με το παιδί εκπαιδευτικές σειρές στην τηλεόραση.
- Να συζητάνε με το παιδί καθώς κάνουν βόλτα στον δρόμο ή είναι στο αυτοκίνητο.
- Να ενθαρρύνουν το παιδί να κάθεται και να δουλεύει ήσυχα στο τραπέζι για λίγα λεπτά με προοδευτικά αυξανόμενο χρόνο.
- Να ενθαρρύνουν τις προσπάθειες του παιδιού και να μην επιβραβεύουν μόνο το καλό αποτέλεσμα. Έτσι, το παιδί αποκτά εμπιστοσύνη και σιγουριά στον εαυτό του.
- Να έχουν στενή επικοινωνία και συνεργασία με τις νηπιαγωγούς, ώστε να ενημερώνονται για το παιδί τους, καθώς και για τη συμπεριφορά και τη συμμετοχή του στην ομάδα.
- Να ενθαρρύνουν το παιδί τους να είναι αυτόνομο και να παίρνει πρωτοβουλίες ανάλογα με την ηλικία του. Έτσι, θα πρέπει το παιδί να ενισχύεται στο να ντύνεται, να τρώει και να πηγαίνει στην τουαλέτα μόνο του. Επίσης, θα πρέπει να αρχίσει να είναι υπεύθυνο σιγά-σιγά για θέματα που το αφορούν όπως για την επιστροφή των βιβλίων στη δανειστική βιβλιοθήκη του νηπιαγωγείου, την ευθύνη της τσάντας του κ.ά.

Πρόληψη σεξουαλικής κακοποίησης

Καθώς το παιδί γίνεται πιο αυτόνομο και ανεξάρτητο, ένα σημαντικό μέρος του χρόνου του το περνάει με φίλους και άλλους ενήλικες, εντός και εκτός σπιτιού. Οι γονείς θα πρέπει να κουβεντιάσουν με το παιδί τους σχετικά με θέματα που αφορούν την προσωπική του ασφάλεια.

Η πλειοψηφία της σεξουαλικής κακοποίησης και της κακομεταχείρισης συμβαίνει ενδοοικογενειακά ή από πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος του παιδιού.

Επομένως, τα μηνύματα που απευθύνονται στο παιδί σχετικά με την προσωπική του ασφάλεια δεν θα πρέπει να εστιάζουν μόνο στους κινδύνους από τους ξένους, αλλά κυρίως στη σημασία της ιδιωτικότητας, της αυτονομίας, καθώς και στην αποφυγή θυματοποίησης.

Αυτό πρέπει να γίνει με τρόπο που να είναι ενημερωτικός και ενδυναμωτικός για το παιδί, χωρίς να του προκαλέσει άγχος για την επικοινωνία του με τα άτομα της ευρύτερης οικογένειας ή τους ξένους.

Οι γονείς πρέπει:

- Να διδάξουν στο παιδί τους το σεβασμό στην ιδιωτικότητα.
- Να του μάθουν να μην δέχεται από κανέναν χάδια που του προκαλούν αντίδραση ή αμηχανία.
- Να του εξηγήσουν ότι δεν πρέπει να συμμετέχει σε «μυστικά» με κανένα ενήλικα.
- Να του μάθουν να απομακρύνει ανθρώπους που εκφράζουν ενδιαφέρον για τα γεννητικά όργανα του παιδιού ή που ζητούν από το παιδί να αγγίξει τα δικά τους γεννητικά όργανα.
- Να καλλιεργούν το κατάλληλο κλίμα στην επικοινωνία με το παιδί τους, ώστε να μπορεί να τους μιλήσει χωρίς φόβο και ενοχή.

Εκτίμηση σχολικής ετοιμότητας

Στην επίσκεψη των 5 με 6 ετών το παιδί πηγαίνει στο νηπιαγωγείο. Στόχος της επίσκεψης αυτής είναι ο παιδίατρος να εκτιμήσει τη συνολική ανάπτυξη του παιδιού και ιδιαίτερα στους τομείς εκείνους που σχετίζονται με τη σχολική ετοιμότητα (βλ. ειδικά θέματα). Τυχόν ανησυχίες των γονέων σχετικά με το αν το παιδί τους είναι έτοιμο για το σχολείο πρέπει να διερευνώνται. Η προσέγγιση του παιδίατρου θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, καθώς υπάρχει σημαντική διακύμανση στη φυσιολογική συμπεριφορά και γνωστική λειτουργία σε αυτή την ηλικία.

Είναι σχετικά απίθανο, μέτρια με σοβαρά αναπτυξιακά προβλήματα, διαταραχές ή νοσήματα, να μην έχουν αναγνωριστεί μέχρι την επίσκεψη των 5 με 6 ετών σε ένα παιδί με τακτική και ολοκληρωμένη παιδιατρική φροντίδα. Όμως, υπάρχουν παιδιά που δεν έχουν διαχρονική και συστηματική παιδιατρική παρακολούθηση (δυσκολίες στην οικογένεια, φτώχεια, συχνή αλλαγή κατοικίας...).

Επομένως, η επίσκεψη των 5 με 6 ετών, καθώς γίνεται χρονικά λίγο καιρό πριν την έναρξη του σχολείου, δίνει μια ευκαιρία στον παιδίατρο να κάνει μια συστηματική ανασκόπηση στο ιατρικό και **αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, καθώς και στο οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό.**

Είναι γνωστό πως **βιολογικοί παράγοντες** όπως η προωρότητα, το πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, η διαταραχή της ακοής, η επιληψία, άλλες χρόνιες παθήσεις που οδηγούν σε συχνές ή μακροχρόνιες νοσηλείες, καθώς και **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες** όπως είναι η φτώχεια, η μητρική κατάθλιψη, η οικογενειακή δυσαρμονία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας,

η μετανάστευση μπορούν να έχουν επίδραση στις γνωστικές δεξιότητες και στην κοινωνική μάθηση. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εκτίμηση της σχολικής ετοιμότητας, όπως επίσης και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για μαθησιακές δυσκολίες που συχνά έχουν κληρονομική προδιάθεση.

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικό είναι να διερευνηθεί από τον παιδίατρο η **προσαρμογή** και οι προηγούμενες εμπειρίες του παιδιού στον παιδικό σταθμό και στο προνήπιο. Εάν οι προηγούμενες εμπειρίες είναι δύσκολες και οι δυσκολίες φαίνεται να επιμένουν, αυτό πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν. Οι πληροφορίες από τη νηπιαγωγό είναι επίσης πολύ σημαντικές, καθώς αφορούν στον τρόπο που λειτουργεί το παιδί στην τάξη, στην ομάδα, στο παιχνίδι με τα άλλα παιδιά, στην ικανότητα συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων καθώς και στο επίπεδο γνωστικής ανάπτυξης και στην ποιότητα των γραφο-κινητικών δεξιοτήτων.

Στην ηλικία αυτή το παιδί νιώθει σχετικά άνετα κατά την εξέταση εφόσον και ο γονέας είναι παρών. Θα πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε απλές και συγκεκριμένες ερωτήσεις με ομιλία καθαρή και πλήρως καταληπτή καθώς και να συμμορφώνεται σε αυτό που του ζητείται.

Ο παιδίατρος, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, θα πρέπει να παρατηρεί προσεκτικά το παιδί τόσο κατά τη λήψη του ιστορικού όσο και κατά την εξέταση, ακόμα και κατά τη διάρκεια σύντομων αποχωρισμών από τους γονείς, ώστε να έχει μια συνολική άποψη για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του.

Παρατηρώντας το παιδί στις διάφορες δραστηριότητες, ο παιδίατρος μπορεί να εκτιμήσει, αν:

- Μπορεί να ακολουθήσει σύνθετες εντολές χωρίς οπτική ένδειξη, π.χ. βγάλε τα παπούτσια σου, ανέβα στο κρεβάτι και ξάπλωσε.
- Μπορεί να διηγηθεί μια απλή ιστορία ή τις εμπειρίες της ημέρας χρησιμοποιώντας προτάσεις με σωστή δομή και οργάνωση.
- Ο λόγος του είναι πλήρως καταληπτός από τους άλλους με πλούσιο λεξιλόγιο, σωστή γραμματική και σύνταξη.
- Μπορεί να συγκεντρώνεται σε μια δραστηριότητα, όπως να ολοκληρώσει μια ζωγραφιά.
- Έχει κατακτήσει τις απαιτούμενες γραφο-κινητικές δεξιότητες π.χ. κρατάει το μολύβι με ώριμη τριποδική λαβή, αντιγράφει σχήματα, έχει εδραιώσει πλευρίωση, ζωγραφίζει, γράφει το όνομά του.
- Ντύνεται και ξεντύνεται μόνο του με ελάχιστη βοήθεια.

Ιδιαίτερη σημασία για την κατάκτηση του γραπτού

λόγου έχει η **φωνολογική ενημερότητα**, η ικανότητα δηλαδή του παιδιού να διακρίνει, να ξεχωρίζει και να χειρίζεται σωστά τις μικρές φωνολογικές μονάδες που αποτελούν τις λέξεις. Ο παιδίατρος μπορεί να ελέγξει αν το παιδί έχει φωνολογική ενημερότητα με απλές δοκιμασίες όπως αν:

- Αναγνωρίζει κάποια γράμματα της αλφαβήτου.
- Συσχετίζει γράμμα-ήχο και μπορεί να βρει λέξεις που αρχίζουν από κάποιο φώνημα π.χ. πες μου μια λέξη που αρχίζει από «π».
- Μπορεί να χωρίσει μια λέξη σε συλλαβές χτυπώντας παλαμάκια.

Η αδρή κινητικότητα και ο συντονισμός των κινήσεων μπορεί να εκτιμηθεί από τον παιδίατρο ζητώντας από το παιδί:

- Να σταθεί στο ένα πόδι για 5 με 10 δευτερόλεπτα.
- Να κάνει 5 βήματα κουτσό.
- Να πετάξει και να πιάσει μια μπάλα.

Τέλος, ο παιδίατρος μπορεί να εκτιμήσει τη **γνωστική ανάπτυξη και τον πρακτικό συλλογισμό** του παιδιού ζητώντας:

- Να αριθμήσει τουλάχιστον 10 αντικείμενα.
- Να αναγνωρίσει τουλάχιστον 6 χρώματα.
- Να επαναλάβει σωστά μια σειρά από 4 αριθμούς π.χ. 3-7-2-9 (ακουστική μνήμη).
- Να συμπληρώσει προτάσεις όπως «η ντομάτα είναι κόκκινη, η μπανάνα είναι» (σύνθετη και επαγωγική σκέψη).

Είναι σημαντικό να διερευνηθούν ζητήματα που σχετίζονται με το διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο του παιδιού και της οικογένειας, εφόσον πρόκειται για ένταξη στο ελληνικό σχολικό σύστημα, δηλαδή σε διαφορετικό εκπαιδευτικό περιβάλλον από αυτό της οικογένειας.

Ολοκληρώνοντας την εκτίμηση, ο παιδίατρος έχει μια αναλυτική εικόνα της ανάπτυξης του παιδιού σε όλους τους τομείς, καθώς και του επιπέδου προσοχής και κινητικότητας που επίσης επηρεάζουν τη διαδικασία της μάθησης.

Εάν κατά την εκτίμηση προκύψει η παρουσία σημαντικών αναπτυξιακών προβλημάτων που δεν είχαν ανιχνευτεί νωρίτερα ή υπάρχουν αμφιβολίες για τις δεξιότητες του παιδιού, ο παιδίατρος θα πρέπει να παραπέμψει το παιδί για διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Σχολική ετοιμότητα

Η έναρξη της Α' Δημοτικού αποτελεί ένα σημαντι-

κό ορόσημο στη ζωή του παιδιού αλλά και της οικογένειάς του. Η πρώτη σχολική επιτυχία ή αποτυχία μπορεί να επηρεάσει συνολικά το παιδί, την αυτοεκτίμησή του καθώς και το κίνητρό του για μάθηση στη συνέχεια της ακαδημαϊκής του πορείας. Επειδή οι πρώτες σχολικές εμπειρίες είναι σημαντικές, πρέπει να εξασφαλιστεί ότι το παιδί ξεκινάει το σχολείο όταν είναι αναπτυξιακά έτοιμο να συμμετέχει στις δραστηριότητες της τάξης με τη μεγαλύτερη πιθανότητα για επιτυχία.

Η έννοια της **σχολικής ετοιμότητας** είναι ιδιαίτερα σύνθετη και δεν περιορίζεται μόνο στην ετοιμότητα του παιδιού καθώς εξαρτάται και από το εκπαιδευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί θα βρεθεί αλλά και την οικογένεια και την κοινότητα στην οποία ζει και μεγαλώνει. Έτσι, ο σύγχρονος ορισμός της σχολικής ετοιμότητας περιγράφεται μέσα από τρία επιμέρους σημαντικά στοιχεία:

- Ετοιμότητα του παιδιού.
- Ετοιμότητα του σχολείου.
- Ετοιμότητα της οικογένειας αλλά και της κοινότητας να διευκολύνει και να στηρίζει τη μετάβαση του παιδιού σε ένα δομημένο εκπαιδευτικό πλαίσιο.

Οι καλά οργανωμένες κοινωνίες μεριμνούν ώστε όλα τα παιδιά να ξεκινούν το σχολείο «έτοιμα για να μάθουν».

Η σχολική ετοιμότητα των παιδιών αποτελεί έναν από τους κύριους δείκτες ευαισθησίας και επάρκειας των παροχών της Πολιτείας, ιδιαίτερα στις οικονομικά αδύναμες κοινωνικές ομάδες.

Επειδή οι κοινωνικοί δείκτες είναι καθοριστικοί, στις Η.Π.Α. εδώ και χρόνια εφαρμόζεται το εθνικό πρόγραμμα προσχολικής εκπαίδευσης Head Start που προετοιμάζει παιδιά από επιβαρυνμένα περιβάλλοντα για την είσοδό τους στην επίσημη εκπαίδευση.

Καθώς όμως η ετοιμότητα του σχολείου και τα συστήματα υποστήριξης από την κοινότητα είναι παράμετροι που εξαρτώνται από τον πολιτικό και κοινωνικό σχεδιασμό της κάθε χώρας, ο βαθμός που εφαρμόζονται ποικίλει σημαντικά και δεν μπορεί να εξασφαλιστεί. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας, αλλά και του παιδίατρου που παρακολουθεί διαχρονικά και υποστηρίζει την ανάπτυξη των παιδιών, στο να εξασφαλίσουν ότι τα παιδιά είναι επαρκώς προετοιμασμένα για να ξεκινήσουν το σχολείο.

Α. Ετοιμότητα του παιδιού

Η σχολική ετοιμότητα από την πλευρά του παιδιού αναφέρεται σε ένα σύνολο από δεξιότητες οι οποίες

το καθιστούν ικανό να επωφεληθεί από την προσφορά μάθησης μέσα στο σχολείο, αλλά και να ανταπεξέλθει στις πολλαπλές εκπαιδευτικές απαιτήσεις που θα συναντήσει στο νέο περιβάλλον.

Αναπτυξιακές απαιτήσεις στην είσοδο στο σχολείο

- Αυξανόμενη ανεξαρτητοποίηση.
- Ενσωμάτωση των γνωστικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για να μάθουν να διαβάζουν.
- Ικανότητα να κάνουν σχέσεις με άλλα παιδιά και ενήλικες.
- Ικανότητα να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και να ακολουθούν κανόνες και οδηγίες.
- Προοδευτική απόκτηση της αίσθησης της ταυτότητάς τους τόσο μέσα όσο και έξω από το οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί τομείς της ανάπτυξης που ορίζουν την ετοιμότητα του παιδιού για την έναρξη του σχολείου είναι οι ακόλουθοι:

- Σωματική υγεία και κινητική ανάπτυξη.
- Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη.
- Γλωσσική ανάπτυξη.
- Γνωστική ανάπτυξη και γενικές γνώσεις.
- Προσέγγιση της διαδικασίας της μάθησης.

Οι παραπάνω τομείς αλληλοσυσχετίζονται και αλληλεπικαλύπτονται σε κάποιο βαθμό. Γίνεται σαφές ότι η ετοιμότητα του παιδιού δεν ορίζεται πλέον ως η κατάκτηση συγκεκριμένων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, αλλά θεωρείται περισσότερο ως ένα σύνθετο δίκτυο της ανάπτυξης που συνδέει τη σωματική, γνωστική, κοινωνική και γλωσσική λειτουργία.

Πρώτοι **βιολογικοί παράγοντες**, όπως η προωρότητα, το πολύ χαμηλό βάρος γέννησης, η επιβαρυνμένη περιγεννητική περίοδος, μπορούν να επηρεάσουν την ωρίμανση του εγκεφάλου και την επακόλουθη αναπτυξιακή έκβαση. Επίσης, οι **πρώιμες εμπειρίες** παίζουν σημαντικό ρόλο στην ωρίμανση του εγκεφάλου μετά τη γέννηση. Η δονητική αύξηση, η μυελίνωση και η συναπτογένεση είναι διαδικασίες ιδιαίτερα ενεργές στα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας. Αυτές οι νευρολογικές αλλαγές επηρεάζονται από γενετικά καθοριζόμενες βιολογικές διαδικασίες που αλληλεπιδρούν με **περιβαλλοντικούς** και **ψυχοκοινωνικούς παράγοντες**.

Έτσι, η φτώχεια, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, η κατάθλιψη της μητέρας έχουν σημαντικά αρνητική επίδραση στους τομείς της ανάπτυξης που σχετίζονται με τη σχολική ετοιμότητα.

Εκτός από τους παραπάνω βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ετοιμότητα του παιδιού για το σχολείο είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται ότι η ανάπτυξη εξελίσσεται με διαφορετικό **ρυθμό** σε κάθε παιδί. Έτσι, είναι αναμενόμενο παιδιά με την ίδια χρονολογική ηλικία να παρουσιάζουν διαφορές ως προς τους τομείς που πρέπει να έχουν κατακτηθεί πριν την είσοδο στο σχολείο. Οι διαφορές αυτές συνήθως με την πάροδο του χρόνου και την κατάλληλη υποστήριξη αμβλύνονται.

Παρακάτω αναλύονται οι τομείς που ορίζουν την ετοιμότητα του παιδιού για το σχολείο.

Σωματική υγεία και κινητική ανάπτυξη

Η σωματική και κινητική ανάπτυξη στα παιδιά ποικίλει και εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας τους, τη σωματική αύξηση, τις φυσικές ικανότητες και δυσκολίες που συχνά είναι απόρροια προ-γεννητικών και περι-γεννητικών συμβαμάτων. Αν και η φυσιολογική σωματική κατάσταση βοηθάει το παιδί να προσέχει και να συμμετέχει σε κοινωνικές και ακαδημαϊκές δραστηριότητες, η επηρεασμένη σωματική ή κινητική ανάπτυξη δεν εμποδίζει απαραίτητα το παιδί από την είσοδο και τη φοίτησή του στο σχολείο. Μπορεί όμως να επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να εκτελεί σχολικές δραστηριότητες και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό του εκπαιδευτικού προγράμματος του παιδιού.

Παραδείγματα καταστάσεων που επηρεάζουν τη σωματική υγεία και κατά συνέπεια το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή τον σχεδιασμό υπηρεσιών π.χ. ειδική αγωγή, είναι:

- **Γενετικές ή συγγενείς διαταραχές** που μπορεί να χρειάζονται πρόγραμμα αποκατάστασης και ενίσχυση στο σχολικό πρόγραμμα.
- **Καθυστέρηση της αδρής ή λεπτής κινητικότητας** και ειδικότερα των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και κινητικά παιχνίδια καθώς και στις γραφο-κινητικές δεξιότητες. Τα παιδιά μεταξύ 5 με 6 ετών αναμένεται να έχουν καλό συντονισμό κινήσεων και κινητικό έλεγχο ώστε να μπορούν να περπατούν με ποικίλους τρόπους, να σκαρφαλώνουν, να τρέχουν, να χορεύουν, να ισορροπούν στο ένα πόδι για 5 με 10 δευτερόλεπτα, να πετούν και να πίνουν μπάλα. Επιπλέον, τα παιδιά αυτής της ηλικίας γνωρίζουν το σώμα τους, διαχωρίζουν τις δύο πλευρές τους, αναγνωρίζουν τις έννοιες «δεξί-αριστερό», έχουν εγκαταστήσει πλευρίωση και αντιλαμβάνονται και προσαρμόζονται σε δεδομένους ρυθμούς. Η εξέλιξη της λεπτής κινητικότητας καθώς και

του οπτικο-κινητικού συντονισμού, τους επιτρέπει να αντιγράφουν σχήματα και γράμματα, να γράφουν το όνομά τους, να ζωγραφίζουν άνθρωπο και σπίτι και να κόβουν με ευχέρεια σχήματα με ψαλίδι. Οι δυσκολίες στην αδρή και λεπτή κινητικότητα σχετίζονται με μαθησιακές δυσκολίες γι' αυτό και πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.

- **Προβλήματα όρασης ή ακοής** πρέπει να αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη υποστήριξη κατά την είσοδο στο σχολείο.
- **Χρόνιες ιατρικές παθήσεις** π.χ. βρογχικό άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης, επιληψία κ.ά., μπορεί να οδηγήσουν σε απουσίες από το σχολείο ή να επηρεάσουν τη διαδικασία της μάθησης.
- **Κακές συνήθειες ή διαταραχές ύπνου** μπορεί να επηρεάσουν τη σχολική ετοιμότητα και απόδοση. Παιδιά που κοιμούνται συνολικά λιγότερο χρόνο ή έχουν αυξημένο αριθμό νυχτερινών ξυπνημάτων, παρουσιάζουν υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας και συχνά είναι πιο ανώριμα γνωστικά και συναισθηματικά.

Συνοψίζοντας, η σωματική υγεία του παιδιού μπορεί να επηρεάσει τις πρώιμες εμπειρίες μάθησης. Παιδιά που αποκλίνουν σημαντικά από το αναμενόμενο φυσιολογικό, μπορεί να χρειάζονται παραπομπή σε ειδικές διαγνωστικές μονάδες για έγκαιρη έναρξη προγραμμάτων παρέμβασης/αποκατάστασης ή και τροποποιήσεις στο σχολικό πρόγραμμα.

Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη

Η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού περιλαμβάνει την αντίληψη του εαυτού του καθώς και τις διαπροσωπικές δεξιότητες. Η υγιής κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη κατά την προσχολική ηλικία επηρεάζει θετικά τη γνωστική ανάπτυξη και τις προ-μαθησιακές δεξιότητες του παιδιού και παίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα σχολική επιτυχία.

Η **συναισθηματική ανάπτυξη** αναφέρεται στο εύρος και στο βάθος των συναισθημάτων που βιώνονται από το παιδί π.χ. χαρά, θυμός, λύπη, περηφάνια, ντροπή, ενοχή, στον τρόπο που τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται και στο εάν το παιδί εκδηλώνει ευαισθησία προς τους άλλους ανθρώπους αντιλαμβανόμενο ότι και οι άλλοι έχουν συναισθήματα (ενσυναίσθηση). Η ικανότητα των παιδιών να εκφράζουν, να κατανοούν και να ελέγχουν τα συναισθήματά τους αναπτύσσεται σταδιακά από τη στιγμή της γέννησής τους.

Η **κοινωνική ανάπτυξη** αντανακλά την ικανότητα του παιδιού να συνάπτει αμοιβαίες σχέσεις με τους συνομηλίκους του και τους ενήλικες. Περιλαμβάνει

την ικανότητα να λαμβάνει υπ' όψιν τη διαφορετική άποψη του άλλου καθώς και την ικανότητα να δημιουργεί ευκαιρίες για να μοιράζεται. Η ικανότητα του παιδιού να αλληλεπιδρά καλά με τους συνομηλίκους του, αποτελεί ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την ομαλή ένταξη στο κοινωνικό σύνολο κατά την ενήλικη ζωή. Επιπλέον, η ανάπτυξη στενών κοινωνικών σχέσεων με τους ενήλικες (γονείς, παιδαγωγούς) παρέχει συναισθηματική ασφάλεια και προστασία στο παιδί και αποτελεί ένα πρότυπο για την ανάπτυξη γνήσιων διαπροσωπικών σχέσεων.

Η σχολική ζωή απαιτεί οργάνωση και συμμόρφωση σε κανόνες. Κατά την είσοδο στο σχολείο το παιδί πρέπει να είναι κοινωνικο-συναισθηματικά ώριμο για να μπορέσει να προσαρμοστεί και να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του νέου περιβάλλοντος.

Οι κοινωνικο-συναισθηματικές δεξιότητες που είναι σημαντικό να έχουν κατακτηθεί από ένα παιδί κατά την έναρξη του σχολείου είναι:

- **Ικανότητα αυτορρύθμισης** της συμπεριφοράς. Η δεξιότητα αυτή αναφέρεται στην ικανότητα του παιδιού να ελέγχει την παρόρμησή του, να προσαρμόζει την προσοχή και το επίπεδο κινητικότητάς του μέσα στην τάξη, καθώς και να ρυθμίζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του για το χρονικό διάστημα που απαιτείται. Ένα παιδί 5,5 χρόνων που μπορεί να διατηρήσει την προσοχή του μόνο όταν η πληροφορία του δίνεται με ένα συγκεκριμένο τρόπο, π.χ. η δασκάλα ή ο γονέας να κάθεται δίπλα στο παιδί και να το καθοδηγεί κατά τη διαδικασία της μάθησης ή όταν όλα τα διασπαστικά ερεθίσματα έχουν απομακρυνθεί, θα έχει σοβαρές δυσκολίες όταν έρθει αντιμέτωπο με την πολυπλοκότητα της συνηθισμένης τάξης, όπου υπάρχει πληθώρα ερεθισμάτων και πολλαπλές μορφές διέγερσης.
- **Ελαρκή εκτελεστική λειτουργία.** Το παιδί είναι σημαντικό να διαθέτει οργάνωση και δυνατότητα σχεδιασμού των επομένων βημάτων του, να μπορεί να ακολουθήσει οδηγίες, να ολοκληρώνει δραστηριότητες, να έχει ικανότητα να κατανοεί αλληλουχίες καθώς και να περιμένει τη σειρά του.
- **Ικανότητα αποχωρισμού από τους γονείς.** Παρά το ότι είναι σπάνιο ένα παιδί να μην έχει αποκτήσει εμπειρίες εκτός σπιτιού και μακριά από τους γονείς του πριν ξεκινήσει το σχολείο, συχνά υπάρχουν δυσκολίες στον αποχωρισμό. Ο παιδίατρος μπορεί να πάρει από τους γονείς πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού στον αποχωρισμό, καθώς και για τις εμπειρίες του με ενήλικες και παιδιά στο προσχολικό

περιβάλλον. Ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης επιτυχούς αποχωρισμού και εισόδου στο σχολείο είναι οι προηγούμενες καλές εμπειρίες του παιδιού. Μερικά παιδιά στην Α' Δημοτικού εκτίθενται σε νέες εμπειρίες, όπως σχολικό λεωφορείο ή μεγάλο πλαίσιο με πολλά παιδιά, διάλειμμα με μεγάλα παιδιά και μπορεί να δυσκολευτούν κοινωνικά και να τροποποιήσουν την αντίδρασή τους ως προς τον αποχωρισμό. Πρόσθετα, το άγχος των γονέων για το νέο εκπαιδευτικό πλαίσιο, συχνά επιτείνει ή επαναφέρει το άγχος αποχωρισμού.

- **Ικανότητα να εκφράζει τα συναισθήματά του και να συναλλάσσεται κοινωνικά** με κατάλληλο τρόπο, π.χ. να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, να εκφράζει τη γνώμη του και τις ανάγκες του, να αναγνωρίζει την επίδραση των πράξεών του στους άλλους, να κατανοεί την άποψη των άλλων και να αποδέχεται τη διαφορετικότητα, να έχει την ικανότητα αλλά και το ενδιαφέρον να κατακτήσει νέες εμπειρίες. Επίσης, πρέπει να διαθέτει δεξιότητες συνεργατικού παιχνιδιού, να μοιράζεται, να βοηθάει, να περιμένει τη σειρά του, να σέβεται τους κανόνες.
- **Ικανότητα να συνάπτει και να διατηρεί σχέσεις** με τους άλλους, δηλ. να αλληλεπιδρά μαζί τους με σεβασμό, να αναγνωρίζει την πρόθεση των πράξεων των άλλων, να προσφέρει αλλά και να αναζητά βοήθεια.
- **Ικανότητα να κατανοεί και να τηρεί τους κανόνες του σχολείου.** Είναι σημαντικό το παιδί να ανταποκρίνεται θετικά στον παιδαγωγό και να μπορεί να συμμορφώνεται στους κανόνες, με ή χωρίς υπενθύμιση, αλλά και χωρίς πίεση και δυσαρέσκεια.

Αρκετές από τις παραπάνω δεξιότητες, όπως η αυτορρύθμιση και η προσαρμοστική συμπεριφορά, η προσοχή και οι διαπροσωπικές δεξιότητες μπορούν να βελτιωθούν και να ενισχυθούν μέσα από την εκπαίδευση και τις εμπειρίες που προσφέρει ένα καλά δομημένο πλαίσιο προσχολικής αγωγής αλλά και η ίδια οικογένεια.

Οι κοινωνικο-συναισθηματικές δεξιότητες φαίνεται να είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης για τη σχολική επιτυχία παράλληλα με τις γνωστικές δεξιότητες του παιδιού και τα χαρακτηριστικά της οικογένειας.

Γλωσσική ανάπτυξη

Η γλωσσική ανάπτυξη περιλαμβάνει τις λεκτικές γλωσσικές δεξιότητες όπως είναι η ομιλία, το λεξιλόγιο και η κατανόηση, αλλά και τις αναδυόμενες προ-αναγνωστικές δεξιότητες, όπως η συσχέτιση ήχου και γράμμα-

τος και η συνειδητοποίηση ότι οι ιστορίες έχουν αρχή, μέση και τέλος. Η ανάπτυξη των γλωσσικών δεξιοτήτων συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη της αντίληψης και του πρακτικού συλλογισμού και σχετίζεται άμεσα με τη σχολική επιτυχία.

Η **καθυστέρηση στη γλωσσική ανάπτυξη** έχει συσχετιστεί με μαθησιακές δυσκολίες. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο παιδί με ιστορικό πρώιμης γλωσσικής καθυστέρησης, ακόμα και αν οι δυσκολίες φαίνεται πως υποχώρησαν στη διάρκεια των προσχολικών χρόνων. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαδικασία της γλωσσικής εξέλιξης του παιδιού καθώς και ο χρόνος που παρατηρούνται τα γλωσσικά ελλείμματα.

Η παρουσία γλωσσικών προβλημάτων λίγο πριν την έναρξη του σχολείου έχει συσχετιστεί ισχυρά με μειωμένη σχολική ετοιμότητα. Μέχρι και το 50% των παιδιών σχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν γλωσσική διαταραχή έχουν επίσης μαθησιακή δυσκολία που αφορά την ανάγνωση.

Η γλώσσα θεωρείται ότι έχει κατακτηθεί από το παιδί όταν έχει δομήσει σωστά τη **φωνολογική, συντακτική, σημασιολογική και πραγματολογική** ανάπτυξη. Στον προφορικό λόγο αυτό σημαίνει, ότι το παιδί 5-6 ετών διαθέτει ευκρίνεια λόγου, σωστή άρθρωση, σωστή χρήση της γραμματικής και του συντακτικού, ικανοποιητικό μέγεθος λεξιλογίου και γνώση της σημασίας των λέξεων. Όσον αφορά τον αντιληπτικό λόγο, μπορεί να εκτελεί εντολές με 3 ή 4 μέρη, μπορεί να παρακολουθεί ιστορία χωρίς εικόνες, να διασκεδάζει με ανέκδοτα και αινίγματα και μπορεί να καταλάβει ότι μια λέξη μπορεί να έχει δύο έννοιες.

Η καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη είναι το πιο συνηθισμένο αίτιο ανεπαρκούς σχολικής ετοιμότητας που αναγνωρίζεται από τους νηπιαγωγούς. Ένα παιδί που δεν έχει αποκτήσει σταθερά πρότυπα άρθρωσης, ιδιαίτερα στα συμφωνικά συμπλέγματα, θα δυσκολευτεί στην κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής.

Όμως, τα προβλήματα στον αντιληπτικό λόγο, στη σημασιολογία ή την πραγματολογία είναι πιο σοβαρά και αποτελούν πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα ανεπαρκούς σχολικής ετοιμότητας σε σχέση με τα προβλήματα στον εκφραστικό λόγο που συνήθως είναι και τα πιο εμφανή.

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε **διγλωσσες** οικογένειες συχνά παρουσιάζουν μια ήπια καθυστέρηση στον εκφραστικό λόγο μέχρι τα 2 έτη, η οποία φυσιολογικά δεν παρατηρείται μετά την ηλικία των 3 ετών. Η έκθεση σε διγλωσσο περιβάλλον διευκολύνει παρά παρεμποδίζει μακροπρόθεσμα τη γλωσσική ανάπτυξη. Έτσι, στην έναρξη του σχολείου τα διγλωσσα παιδιά δεν θα πρέπει να παρουσιάζουν γλωσσική δυσλειτουργία λόγω της διγλωσσίας και η σύγχυση στη χρήση των

δύο γλωσσών θα πρέπει να έχει υποχωρήσει.

Η γλωσσική ανάπτυξη είναι επίσης στενά συνυφασμένη με την κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη. Η χρήση της γλώσσας απαιτεί συμφωνία σχετικά με τους τρόπους που οι λέξεις χρησιμοποιούνται και τη δομή της επικοινωνίας μέσα σε μία ομάδα (πραγματολογία). Το μεγαλύτερο μέρος της γλωσσικής ανάπτυξης ενός παιδιού συμβαίνει μέσα από την αλληλεπίδραση με τους άλλους ανθρώπους, και ιδιαίτερα τους γονείς και τα πρόσωπα φροντίδας, οι οποίοι και συχνά παρέχουν τις γέφυρες για τις πρώιμες επικοινωνιακές προσπάθειες.

Όπως προαναφέρθηκε, η γλωσσική ανάπτυξη περιλαμβάνει και τις **προ-αναγνωστικές δεξιότητες**. Η διαδικασία της εκμάθησης του γραπτού λόγου αρχίζει από πολύ νωρίς, πολύ πριν το παιδί μάθει να διαβάζει. Πρόκειται για τη διαδικασία κατά την οποία το παιδί αρχίζει να δίνει νόημα σε σύμβολα και μαθαίνει να ακούει και να θυμάται. Η πρώιμη έκθεση στα βιβλία και στο διάβασμα είναι εξαιρετικά βοηθητικά. Τα παιδιά που οι γονείς τους διαβάζουν βιβλία στη διάρκεια των προσχολικών χρόνων, ξεκινούν το σχολείο με καλύτερες δεξιότητες από εκείνα που οι γονείς τους δεν τους διαβάζουν. Όμως, όταν τα παιδιά μεγαλώνουν σε εγγράμματες κοινωνίες όπου κυριαρχεί ο έντυπος λόγος, η έκθεση σε γραπτές λέξεις υπάρχει και με πολλούς άλλους τρόπους, π.χ. πινακίδες στους δρόμους, τηλεόραση, περιοδικά, καταστήματα, ρούχα κλπ.

Ένας σημαντικός δείκτης της μεταγενέστερης επιτυχίας του παιδιού στην ανάγνωση, που σχετίζεται ισχυρά με τη γλωσσική του επάρκεια, είναι ο βαθμός της **φωνολογικής ενημερότητας** που διαθέτει. Πρόκειται για την ικανότητα του παιδιού να διακρίνει, να ξεχωρίζει και να χειρίζεται σωστά τις μικρές φωνολογικές μονάδες που αποτελούν τις λέξεις. Έτσι, το παιδί λίγο πριν την έναρξη του σχολείου αναμένεται να αναγνωρίζει τα περισσότερα γράμματα της αλφαβήτου, να συνδέει γράμμα με ήχο και να μπορεί να βρει λέξεις που αρχίζουν από ένα γράμμα, να μπορεί να χωρίσει μια λέξη σε συλλαβές, να κατανοεί την έννοια της ομοιοκαταληξίας και να μπορεί να σχηματίσει συλλαβές. Τα παραπάνω μαζί και με το οπτικό ταίριασμα (να αναγνωρίζει λέξεις που αρχίζουν με το ίδιο γράμμα από μία λίστα), τη λεκτική μνήμη (να ανακαλεί μια πρόταση ή μια ιστορία που μόλις ειπώθηκε) και την ικανότητα να ονοματίζει γρήγορα, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες της αναγνωστικής ετοιμότητας.

Το **οικογενειακό ιστορικό** είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, καθώς διαταραχές όπως η δυσλεξία και κάποιοι άλλοι τύποι μαθησιακών διαταραχών συχνά έχουν μια οικογενειακή προδιάθεση.

Γνωστική ανάπτυξη και γενικές γνώσεις

Η γνωστική ανάπτυξη και οι γενικές γνώσεις περιλαμβάνουν δεξιότητες λογικο-μαθηματικής σκέψης, όπως την αναγνώριση ότι τα διάφορα αντικείμενα έχουν ποικίλα χαρακτηριστικά, π.χ. χρώμα, σχήμα, μέγεθος, αριθμό, καθώς και την ικανότητα ταξινόμησης, αντιστοίχισης και σύγκρισης των αντικειμένων σύμφωνα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Έτσι, το παιδί 5–6 ετών εμπλέκεται σε καταστάσεις προβληματισμού και επεξεργάζεται ποσότητες, σχέσεις, σχήματα και αριθμούς. Παράλληλα, οργανώνει και επεκτείνει τις γνώσεις του σχετικά με τους αριθμούς (αριθμεί, εκτελεί απλές μαθηματικές πράξεις, μετρά αντίστροφα από το 10, κ.ά.).

Στην ηλικία αυτή αναπτύσσεται η κριτική ικανότητα και το παιδί αποκτά σύνθετη και επαγωγική σκέψη που το οδηγεί σε λογικά συμπεράσματα (π.χ. η ντομάτα είναι κόκκινη, η μπανάνα είναι...). Αρχίζει να αντιλαμβάνεται τη ροή του χρόνου και τις χρονικές έννοιες όπως πριν-μετά, σήμερα-χθες-αύριο, καθώς και τη χρονική διαδοχή των γεγονότων. Έτσι, είναι σε θέση να αφηγείται ένα γεγονός με τη σωστή χρονολογική σειρά και να διηγηθεί μια μικρή ιστορία με αρχή-μέση και τέλος.

Καθώς εξελίσσεται η γνωστική ανάπτυξη, αναπτύσσεται σε ικανοποιητικό βαθμό τόσο η βραχύχρονη όσο και η μακροπρόθεσμη μνήμη και το παιδί είναι σε θέση να απομνημονεύει οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα. Επιπλέον, διαθέτει επαρκείς οπτικο-χωρικές και οπτικο-αντιληπτικές δεξιότητες που του επιτρέπουν να κάνει κατασκευές, να ζωγραφίζει άνθρωπο που αποτελείται από 6–8 μέρη σώματος, να αντιγράφει σχήματα, να γράφει το όνομά του, γράμματα και αριθμούς. Οι δεξιότητες αυτές είναι πολύ σημαντικές για την ικανότητα της αντιγραφής από τον πίνακα ή το βιβλίο.

Το παιδί στην ηλικία αυτή, έχοντας αναπτύξει τις κατάλληλες γνωστικές και γλωσσικές δεξιότητες, εξοικειώνεται περισσότερο με τον γραπτό λόγο και τις συμβάσεις του, π.χ. ότι διαβάζουμε από πάνω προς τα κάτω και από αριστερά προς τα δεξιά και κατανοεί καλύτερα τις συσχετίσεις ήχων και συμβόλων.

Επιπλέον, μέσα από την παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος του νηπιαγωγείου, εκτίθεται σε γενικές γνώσεις που μαθαίνονται στο σχολείο, τις οποίες κατακτά και μπορεί να τις ανακαλεί.

Παλαιότερα, η γνωστική ικανότητα και γενικότερα η νοημοσύνη, θεωρείτο ο πιο σημαντικός και συχνά ο μοναδικός δείκτης σχολικής ετοιμότητας. Μερικές φορές οι γονείς στην προσπάθειά τους να προετοιμάσουν το παιδί τους, ώστε να έχει τα καλύτερα εφόδια για σχολική επιτυχία, επικεντρώνονται μόνο στο γνω-

στικό τομέα. Για την ομαλή όμως ένταξη του παιδιού στο σχολείο χρειάζεται να υποστηριχτούν και να ενισχυθούν όλοι οι τομείς της ανάπτυξης που ορίζουν την ετοιμότητα του παιδιού.

Προσέγγιση της διαδικασίας της μάθησης

Η προσέγγιση της διαδικασίας της μάθησης αναφέρεται στις στρατηγικές που θα υιοθετήσει το παιδί για να αποκτήσει, να χρησιμοποιήσει και να επιδείξει δεξιότητες ή γνώση.

Τα παιδιά προσεγγίζουν τη διαδικασία της μάθησης ανάλογα με τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά τους και τον τρόπο μάθησης.

Τα **ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά** είναι εγγενή ή έχουν εγκατασταθεί σε μια πολύ πρώιμη ηλικία. Αναφέρονται σε παράγοντες όπως το φύλο του παιδιού, ο χαρακτήρας του, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, οι αξίες και οι προσδοκίες της οικογένειας.

Ο **τρόπος μάθησης** αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το παιδί ανταποκρίνεται στις διάφορες καταστάσεις. Έτσι, μέσα από την περιέργεια, τον ενθουσιασμό, τη λήψη πρωτοβουλιών, την προσοχή και επιμονή, τον προβληματισμό, την αιτιολόγηση αλλά και τη φαντασία, τα παιδιά μπορούν και μαθαίνουν.

Η ακαδημαϊκή επιτυχία είναι περισσότερο πιθανή όταν ο τρόπος διδασκαλίας ταιριάζει με τον τρόπο μάθησης του παιδιού. Η κανονική διδακτέα ύλη του σχολείου συχνά ευνοεί ένα συγκεκριμένο τρόπο μάθησης, π.χ. την οπτική παρά την ακουστική οδό. Όμως, η εφαρμογή μιας εκπαιδευτικής διαδικασίας, χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ατομικές ανάγκες ενός παιδιού ή το πολιτισμικό του υπόβαθρο, μπορεί να θέσει κάποια παιδιά σε μειονεκτική θέση.

Η προσέγγιση της διαδικασίας της μάθησης από το παιδί με θετικό τρόπο, όπως και η προθυμία για κατάκτηση νέων δεξιοτήτων, η ικανότητα προσοχής, η επιμονή στην ολοκλήρωση δραστηριοτήτων και γενικότερα το κίνητρο για μάθηση, είναι χαρακτηριστικά εξαιρετικά σημαντικά για την είσοδο ενός παιδιού στο σχολείο.

Όλες οι παραπάνω δεξιότητες που αφορούν την ετοιμότητα του παιδιού για την είσοδο στο σχολείο, αναμένεται να έχουν ωριμάσει μετά και τη συμπλήρωση του έκτου χρόνου της ζωής.

Β. Ετοιμότητα του σχολείου

Η ετοιμότητα του σχολείου αναφέρεται στην ικανότητα του εκπαιδευτικού συστήματος να διευκολύνει τη μετάβαση των μικρών παιδιών στις εκπαιδευτικές βαθμίδες και να μπορεί να δεχθεί τις διαφοροποιήσεις.

Επίσης, χαρακτηρίζεται από την εκπαιδευτική συνέπεια και συνέχεια σε αυτή τη μετάβαση.

Το σχολικό σύστημα θα πρέπει να είναι έτοιμο να υποδεχθεί και να εκπαιδεύσει παιδιά που κατά την έναρξη του σχολείου παρουσιάζουν ένα **εύρος** από αναπτυξιακές ικανότητες και δεξιότητες.

Στη χώρα μας, ως κριτήριο για την έναρξη του σχολείου χρησιμοποιείται το χρονολογικό έτος γέννησης, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ως προς την αναπτυξιακή ωρίμανση ανάμεσα στα παιδιά που γεννήθηκαν στην αρχή και στο τέλος του ίδιου έτους. Κατά συνέπεια το σχολικό σύστημα θα έπρεπε να είναι αρκετά ευέλικτο για να υποδεχθεί και να υποστηρίξει τις φυσιολογικές αποκλίσεις της ανάπτυξης. Αντ' αυτού, το εκπαιδευτικό σύστημα, ο αριθμός των παιδιών ανά τάξη, το διάλειμμα με τα μεγάλα παιδιά, απαιτούν αναπτυξιακά χαρακτηριστικά σε όλους τους τομείς, στα οποία τα παιδιά δεν έχουν εκπαιδευτεί. Πρόσθετα, υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια στην προετοιμασία των παιδιών στο νηπιαγωγείο από σχολείο σε σχολείο.

Επιπλέον, το σχολείο θα πρέπει να υποστηρίξει τα εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης στα παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες.

Γ. Ετοιμότητα της οικογένειας και της κοινότητας

Η οικογένεια και η κοινότητα στην οποία ζει και μεγαλώνει το παιδί παίζουν σημαντικό ρόλο στη σχολική ετοιμότητα του παιδιού, καθώς πλαισιώνουν τις πιο σημαντικές πρώιμες εμπειρίες και σχέσεις του με το περιβάλλον.

Είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται ότι:

- Τα παιδιά έχουν συστηματική και ολοκληρωμένη παρακολούθηση και φροντίδα της υγείας τους, καθώς και σωστή διατροφή και καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Τα παραπάνω συμβάλλουν ώστε τα παιδιά να ξεκινήσουν το σχολείο με καλή σωματική και ψυχική υγεία. Οι γονείς θα πρέπει να αφιερώνουν καθημερινά χρόνο για να βοηθήσουν το παιδί τους να μάθει.
- Ο παιδικός σταθμός, εκτός από ασφαλές περιβάλλον, παρέχει και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, με καλή αναλογία προσωπικού-παιδιών και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Οι γονείς υποστηρίζουν τη δημιουργία περιβάλλοντος χωρίς άγχος για την ένταξη του παιδιού τους στην Α' Δημοτικού.

Φοίτηση στο σχολείο ή επανάληψη του νηπιαγωγείου;

Η φοίτηση στο σχολείο, σύμφωνα με την προβλεπόμενη από το νόμο ηλικία, ή η επανάληψη του νηπιαγωγείου αποτελεί ένα ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο θέμα.

Τα αποτελέσματα στη διεθνή βιβλιογραφία, σε σχέση με την ωφελιμότητα της επαναφοίτησης σε παιδιά με ανεπαρκή σχολική ετοιμότητα, είναι αρκετά αντιφατικά. Φαίνεται όμως να επικρατεί η άποψη της έναρξης του σχολείου σύμφωνα με την προβλεπόμενη από το νόμο ηλικία.

Στη χώρα μας δεν είναι δυνατόν να συγκριθούν τα αποτελέσματα των διεθνών μελετών, καθώς υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες ως προς την οργάνωση της βασικής εκπαίδευσης κατά τα δύο πρώτα χρόνια (νηπιαγωγείο και Α' Δημοτικού).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το νηπιαγωγείο έχει μια δομή **παιδοκεντρική**. Επιτρέπεται στο παιδί να σηκώνεται από το καρεκλάκι του, να κινείται μέσα στην τάξη, να μιλάει στον διπλανό του, ενώ κυρίαρχο στοιχείο σε όλες τις δραστηριότητες είναι το παιχνίδι. Τα παιδιά δουλεύουν σε μικρές ομάδες και η εκπαιδευτική διαδικασία συντελείται κυρίως μέσα από το παιχνίδι. Σε αυτή τη δομή, η αναλογία παιδαγωγού/ παιδιών συχνά είναι αρκετά μεγαλύτερη από αυτή που υπάρχει στην Α' Δημοτικού.

Αντίθετα η Α' Δημοτικού έχει δομή πιο **ενηλικοκεντρική**, καθώς οι απαιτήσεις αλλάζουν. Το παιδί καλείται να κάθεται στην ίδια θέση για αρκετή ώρα, να μην κουνιέται, να μην μιλάει, να προσέχει και να μην διασπάται από τους θορύβους μέσα στην τάξη ή την αυλή. Πολλές φορές χρειάζεται να κάνει δύο ή τρία πράγματα μαζί, όπως να ακούει τη δασκάλα που υπαγορεύει, να γράφει και να μην ακούει το διπλανό του που του μιλάει. Τα παιδιά σπάνια δουλεύουν σε ομάδες και βγαίνουν στο διάλειμμα σε μια μεγάλη αυλή με πολύ μεγαλύτερα παιδιά.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση στο νηπιαγωγείο είναι **ανομοιογενής** ως προς τη φωνολογική ετοιμότητα και τις γραφο-κινητικές δεξιότητες που θα πρέπει να έχουν κατακτήσει τα παιδιά πριν την έναρξη του σχολείου. Αυτό συμβαίνει διότι σύμφωνα με το Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών για το Νηπιαγωγείο (ΔΕΠΠΣ/2003), η πρώτη κατάκτηση των δεξιοτήτων ανάγνωσης και γραφής των μικρών παιδιών, βασίζεται στη θεωρία του «**αναδυόμενου γραμματισμού**».

Σύμφωνα με τη θεωρία του «αναδυόμενου γραμματισμού», το παιδί μεγαλώνοντας μέσα σε μια εγγράμματη κοινωνία που κατακλύζεται από γραπτό λόγο, επιγραφές, ανακοινώσεις, σήματα, λογότυπα, σύμβολα, συσκευασίες κ.ά. διαμορφώνει από πολύ νωρίς, πριν πάει σχολείο τις αντιλήψεις του και διατυπώνει τις υποθέσεις του για τον γραπτό λόγο. Έτσι, τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν συμπεριφορές ανάγνωσης και γραφής, οι οποίες συνδέονται τόσο με την κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση του γραπτού λόγου,

όσο και με την κατανόησή του πριν την είσοδο τους στο δημοτικό σχολείο και τη συστηματική εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής.

Ακολουθώντας τις αρχές του «αναδυόμενου γραμματισμού», οι νηπιαγωγοί καλούνται να οργανώσουν, με αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, ένα υποστηρικτικό μαθησιακό περιβάλλον για την ανάδυση και κατάκτηση της ανάγνωσης και της γραφής. **Πρόκειται για μια εξελικτική πορεία προς τη μάθηση, που λαμβάνει χώρα σταδιακά με την πάροδο του χρόνου και δεν προϋποθέτει τη διδασκαλία συγκεκριμένων προ-αναγνωστικών και προ-γραφικών δεξιοτήτων στο νηπιαγωγείο.**

Αντίθετα στην Α' Δημοτικού, όπου αρχίζει η συστηματική εκμάθηση της γραφής και της ανάγνωσης, η εξελικτική διαδικασία είναι πολύ γρήγορη. Έτσι, σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών της Α' Δημοτικού, τον Δεκέμβριο της τρέχουσας σχολικής χρονιάς, τα παιδιά αρχίζουν να διαβάζουν μικρά κείμενα και να γράφουν προτάσεις.

Αυτή η αναντιστοιχία εκπαιδευτικού προγράμματος και δομής μεταξύ νηπιαγωγείου και Α' Δημοτικού, μπορεί να δυσκολέψει κάποια παιδιά κατά τη μετάβασή τους στο νέο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μαθησιακές δυσκολίες που δεν οφείλονται απαραίτητα σε εγγενείς δυσκολίες του παιδιού. Εξάλλου, η ομαλή ένταξη και η καλή μαθησιακή ικανότητα έχουν μεγάλη σημασία για την εικόνα που έχει το παιδί ως μαθητής και επηρεάζουν όλη τη σχολική πορεία του.

Επιπρόσθετα, η ανταγωνιστικότητα της σχολικής τάξης καθώς και η ελλιπής οργάνωση της ειδικής αγωγής στα ελληνικά σχολεία, δυσχεραίνουν την ομαλή πορεία της μάθησης στα παιδιά που δεν είναι έτοιμα για το σχολείο. Σε αυτό συμβάλει και το ότι το σχολικό εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά άκαμπτο, με αδυναμία να δεχθεί διαφοροποιήσεις.

Επιπλέον, το άγχος και οι υψηλές προσδοκίες της Ελληνικής οικογένειας, χωρίς απαραίτητα συμμετοχή στην αγάπη για μάθηση τα προηγούμενα χρόνια, είναι αρνητικοί παράγοντες.

Οι ομάδες παιδιών που θα πρέπει να εκτιμώνται για σχολική ετοιμότητα είναι:

- Όσα έχουν ήδη διαγνωστεί με κάποια αναπτυξιακή διαταραχή.
- Όσα προβληματίζουν τις νηπιαγωγούς ή τους γονείς.
- Όσα, κυρίως αγόρια, έχουν γεννηθεί προς στο τέλος του χρονολογικού έτους σύμφωνα με το οποίο γίνεται η εγγραφή στο σχολείο. Τα παιδιά αυτά θα πρέπει να συνυπάρξουν και να μοιρα-

στούν την εκπαιδευτική εμπειρία με παιδιά που αναπτυξιακά διαφέρουν από 6 έως και 11 μήνες.

- Όσα έχουν παράγοντες κινδύνου για μαθησιακές δυσκολίες π.χ. προωρότητα, χαμηλό για τη διάρκεια κύησης βάρος γέννησης, αισθητηριακές δυσκολίες, οικογενειακό ιστορικό, περιβάλλον πολιτισμικής αποστέρησης, φτώχεια κ.ά.

Εάν η εκτίμηση δείξει ότι το παιδί δεν διαθέτει την απαραίτητη ετοιμότητα για το σχολείο, η επανάληψη του νηπιαγωγείου αποτελεί μια αποδεκτή πρακτική για τα δεδομένα της χώρας μας. Ουσιαστικά, δεν πρόκειται για χάσιμο χρονιάς, καθώς η επαναφοίτηση στο νηπιαγωγείο, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση ενός εξατομικευμένου προγράμματος παρέμβασης, δίνει χρόνο στο παιδί να ωριμάσει αναπτυξιακά και να κατακτήσει τις δεξιότητες που θα του εξασφαλίσουν μια πιο ομαλή πορεία μάθησης στο σχολείο. Επιπλέον, φαίνεται να μειώνει την ανάγκη για επανάληψη τάξης στο Δημοτικό με τις αρνητικές συνέπειες που αυτό συνεπάγεται στην αυτοεκτίμηση του παιδιού.

Εργαλεία εκτίμησης της σχολικής ετοιμότητας

Στη χώρα μας σταθμισμένα εργαλεία για την εκτίμηση της σχολικής ετοιμότητας είναι τα εξής:

1. Αθηνά Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης

Δημιουργήθηκε από το ψυχομετρικό εργαστήριο του Τομέα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών για τη διάγνωση των δυσκολιών μάθησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για το διαγνωστικό έλεγχο της σχολικής ετοιμότητας. Περιλαμβάνει μία δέσμη από επιμέρους διαγνωστικές δοκιμασίες, 14 κύριες και 1 συμπληρωματική, οι οποίες αξιολογούν ένα ευρύτατο φάσμα κινητικών, αντιληπτικών, νοητικών και ψυχογλωσσικών διεργασιών. Η χορήγησή του απαιτεί αρκετό χρόνο και αφού ολοκληρωθεί, δίνει ένα αναλυτικό-διαγνωστικό προφίλ του παιδιού με στόχο τον εντοπισμό ελλειμματικών περιοχών της ανάπτυξης που ενδεχομένως μπορούν να ενοχοποιηθούν για τις παρούσες ή μελλοντικές δυσκολίες μάθησης και προσαρμογής του παιδιού στο σχολείο. Για τη χορήγησή του απαιτείται **πιστοποιημένη εκπαίδευση**.

2. Α' ΤΕΣΤ

Δημιουργήθηκε από το Ιατρείο Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» το 2006 και αποτελεί ανιχνευτική δοκιμασία σχολικής ετοιμότητας. Περιλαμβάνει 7 επιμέρους κλίμακες, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικές μαθησιακές και γνωστικές λειτουργίες. Παράλληλα, διαθέτει και 2 συμπληρωματικές κλίμακες που ελέγχουν την υπερκινητικότητα και το επίπεδο προσοχής του παιδιού. Απευθύνεται σε παιδιά νηπιαγωγείου ηλικίας 5 με 6,5 ετών.

Ως ανιχνευτικό εργαλείο, η χορήγησή του είναι απλή και σύντομη, δεν οδηγεί όμως σε διαγνωστικό αποτέλεσμα. Τα παιδιά που αποτυγχάνουν στο Α' ΤΕΣΤ, πρέπει να παραπέμπονται για λεπτομερέστερη εκτίμηση και έλεγχο από ειδικούς. Για τη χορήγησή του απαιτείται εκπαίδευση.

3. Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ (Κλίμακα για γονείς-Κλίμακα για Εκπαιδευτικούς)

Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των προβλημάτων προσοχής, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, που αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας. Αποτελεί στάθμιση στον ελληνικό παιδικό πληθυσμό της Κλίμακας Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ, που κατασκευάστηκε από τους G.J. Du Paul και συν. σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Περιλαμβάνει 2 ερωτηματολόγια, ένα για τους γονείς και ένα για τους εκπαιδευτικούς. Πρόκειται για ένα χρήσιμο εργαλείο που επιτρέπει τον εντοπισμό παιδιών που είναι πιθανόν να εμφανίζουν τη διαταραχή, ώστε να παραπεμφθούν για διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης.

Προαγωγή της σχολικής ετοιμότητας από τον παιδίατρο

Όπως προαναφέρθηκε, ο ορισμός της σχολικής ετοιμότητας είναι σύνθετος και περιλαμβάνει τρεις επιμέρους ετοιμότητες: του παιδιού, του σχολείου και της οικογένειας/κοινότητας στην οποία μεγαλώνει το παιδί. Η ετοιμότητα του σχολείου και τα συστήματα υποστήριξης από την κοινότητα είναι παράμετροι που εξαρτώνται από τον πολιτικό και κοινωνικό σχεδιασμό της κάθε χώρας. Έτσι, ο βαθμός που εφαρμόζονται ποικίλει σημαντικά και δεν μπορεί να εξασφαλιστεί.

Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία του παιδιού για το σχολείο και μπορεί να υποστηριχτεί από τον παιδίατρο στα πλαίσια της συστηματικής και ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας.

Ο παιδίατρος στην καθημερινή πρακτική του έχει τη δυνατότητα να προάγει τη σωστή διατροφή, τη σωματική αύξηση και υγεία του παιδιού και να υποστηρίζει την ανάπτυξη. Μέσα από την τακτική και συστηματική παρακολούθηση της ανάπτυξης, ο παιδίατρος μπορεί να αναγνωρίσει έγκαιρα παιδιά με καθυστέρηση στην ανάπτυξη και να τα παραπέμψει για προγράμματα πρώιμης παρέμβασης. Η συμβουλευτική του σε θέματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς και η συζήτηση των ανησυχιών που συχνά έχουν οι γονείς, συμβάλ-

λουν θετικά στην ενίσχυση της σχέσης των γονέων με τα παιδιά τους. Επίσης, μπορεί να ανιχνεύσει ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, όπως είναι η ενδοοικογενειακή βία, η κατάθλιψη της μητέρας, η χρήση ουσιών, η φτώχεια και η απουσία στήριξης της οικογένειας. Οι οικογένειες με αυτού του τύπου τις δυσκολίες χρειάζονται συμβουλευτική και συχνά παραπομπή στις κοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι ο παιδίατρος, μέσα από την τακτική και ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα υγείας, έχει τη δυνατότητα και μπορεί να προάγει τη σχολική ετοιμότητα. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- Τη συστηματική παρακολούθηση και φροντίδα της σωματικής υγείας και ανάπτυξης των παιδιών.
- Την αναγνώριση παιδιών με καθυστέρηση στην ανάπτυξη και την έγκαιρη παραπομπή τους για διάγνωση και αντιμετώπιση.
- Τον τακτικό έλεγχο για προβλήματα όρασης και ακοής.
- Την προαγωγή της σωστής διατροφής και της τακτικής φυσικής δραστηριότητας, ως στοιχείων ιδιαίτερα σημαντικών για τη διατήρηση της καλής υγείας των παιδιών και των οικογενειών τους.
- Τον ανιχνευτικό έλεγχο για ιατρικές ή ψυχοκοινωνικές καταστάσεις που επηρεάζουν τη σχολική επίδοση.
- Τη σωστή θεραπευτική αγωγή για χρόνιες ιατρικές παθήσεις, έτσι ώστε τα παιδιά να μην απουσιάζουν συχνά από το σχολείο.
- Την ενθάρρυνση των γονέων να προάγουν την πρόωμη εκπαίδευση των παιδιών τους μέσα από:
 - το διάβασμα, ως μια καθημερινή δραστηριότητα.
 - το παιχνίδι και τα τραγουδάκια που εστιάζουν σε συγκρίσεις ήχων φωνημάτων και ομοιοκαταληξίας.
 - καθημερινές ρουτίνες και σταθερές ώρες ύπνου, φαγητού.
 - τον έπαινο ως ανταμοιβή.
 - τις αμοιβαίες και στοργικές σχέσεις, καθώς αποτελούν τη βάση για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Hall D., Williams J., Elliman D. The Child Surveillance Handbook. 3rd edition, 2009, Radcliffe Publishing Ltd.
- 2) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Early Childhood Health Supervision: 18 months, 2 1/2 year, 4 year visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 3) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Middle childhood Health Supervision: 5 and 6 year visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 4) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Promoting child development. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 5) Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance Guide. Canadian Paediatric Society. Διαθέσιμο στο: www.rourkebabyrecord.ca
- 6) Dixon S., Stein M. Encounters with children. Pediatric behavior and development. 4th edition. 2006, Mosby, Elsevier.
- 7) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental milestones 3: social-emotional development. *Pediatr Rev.* 2011; 32:533-6.
- 8) Wilks T, Gerber RJ, Erdie-Lalena C. Developmental milestones: cognitive development. *Pediatr Rev.* 2010; 31:364-7.
- 9) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental milestones: motor development. *Pediatr Rev.* 2010; 31:267-77.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. Important milestones: Your child at Eighteen months. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-18mo.html
- 11) Centers for Disease Control and Prevention. Important milestones: Your child at Four years. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-4yr.html
- 12) Centers for Disease Control and Prevention. Important milestones: Your child at Five years. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-5yr.html
- 13) Johnson Ch.P. Recognition of Autism Before Age 2 Years. *Pediatr Rev.* 2008; 29:86-96.
- 14) Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics* 2006; 118:405-420.
- 15) Hall D., Elliman D. Health for all children. Revised fourth edition. 2006, Reprinted 2007, 2008. Oxford university press.
- 16) Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία. Η φροντίδα του μωρού και του μικρού σας παιδιού. 1995, Ποταμός.
- 17) Sheridan Mary D. From birth to five years. 3rd edition, 2008, New York Routledge.
- 18) Holt K.S. Developmental Paediatrics. 1978, Butterworths & Co(Publishers) LTD.
- 19) Grizzle KL, Simms MD. Early language development and language learning disabilities. *Pediatr Rev.* 2005; 26:274-83.
- 20) Sturmer RA, Howard BJ. Preschool Development 1:

Communicative and Motor Aspects. *Pediatr Rev.* 1997; 18:291-301.

- 21) Brazelton T.B. Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου. 1998, Ελληνικά Γράμματα.
- 22) Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι., Ξεκαλάκη Α. Νυχτερινή ενούρηση. Αντιμετώπιση στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας Παιδιατρικής Φροντίδας. 2006, εκδ. Β. Παρισιάνος.
- 23) Rafoth M., Buchenauer E., Crissman K., Halko J. School Readiness- Preparing Children for Kindergarten and Beyond; Information for parents. 2004, National Association of School Psychologists. School and Home.

Βιβλιογραφικές πηγές ειδικών παιδοψυχιατρικών θεμάτων

- 1) Πανοπούλου-Μαράτου Ο. (1987) Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στη βρεφική και νηπιακή ηλικία στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987:3-30.
- 2) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (2001), Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων στο Ν. Βαϊδάκης, Β. Αλεβίζος, Κ. Ευθυμίου, Επιμ., Σεξουαλική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, σελ. 21-31.
- 3) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ Κ. (2005) «Πρόληψη στα διάφορα στάδια ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Πρόληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 359-372.
- 4) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2005) «Στοιχεία Πρόληπτικής Ψυχιατρικής των παιδιών και εφήβων» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 5) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2005) «Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη των παιδιών» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 6) Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. «Ψυχική υγεία του παιδιού και γονεϊκή ψυχοπαθολογία» (2005). Νέα Παιδιατρικά Χρόνια, Τόμος 5, Τεύχος 4, 213-220.
- 7) Μαραγκός Χ, Αντωνιάδου Ι., Αναγνωστόπουλος Δ. (1993) Σύνδρομο καθυστέρησης ανάπτυξης παιδιών μη οργανικής αιτιολογίας. Παιδιατρικά Χρονικά, τόμος 20, τεύχος 3, σελ. 155-167.
- 8) Φρανσής Κ, Βλασσοπούλου Μ, Αναγνωστόπουλος Δ. (2013) Αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Διάπλως, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:700-711.
- 9) Λαζαράτου Ε. Αντισμός. Στο: Αναγνωστόπουλος Δ, Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α (επιμ) Νοσηλευτική ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2010:227-232.
- 10) Αλεξανδρίδης Α, Τσιάντης Γ. (2008) Προσχολική παιδοψυχιατρική. 1. Ανάπτυξη, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.
- 11) Αλεξανδρίδης Α, Τσιάντης Γ. (2009) Προσχολική παιδοψυχιατρική. 2. Κλινική και θεραπευτικές παρεμβάσεις, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009.
- 12) Ντόναλντ Βίννικοτ, Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος. Μετάφραση: Θεόδωρος Παραδέλλης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009.

- 13) Ντόναλντ Βίννικοτ, Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα. Μετάφραση: Γιάννης Κωστόπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2009.
- 14) Ντόναλντ Βίννικοτ, Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση. Μετάφραση: Θανάσης Χατζόπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 2007.
- 15) Nospitz Joseph, Basic Handbook of Child Psychiatry, Normal Development. Basic Books Inc., New York, 1979, Vol. 1:3-233.
- 16) Andres Martin, Fred R. Volkmar, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th Edition, The preschool child, Wolters Klower, Lippincott, Williams and Wilkins, USA 2007,pp 261-266.
- 17) Andrew P Sirotnak, MD Psychosocial Dwarfism. Διαθέσιμο στο: www.emedicine.medscape.com/article/913843-overview
- 18) Failure to Thrive (FTT). Merck's Manual. Διαθέσιμο στο: www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/miscellaneous_disorders_in_infants_and_children/failure_to_thrive_ftt.html
- 19) John M. Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communications Science. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder: A Review of the Research for Parents and Caregivers. 2014 Sep 23. In: Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Consumers [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. Διαθέσιμο στο: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK246982

Βιβλιογραφικές πηγές σχολικής ετοιμότητας

- 1) High PC; American Academy of Pediatrics Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care and Council on School Health. School readiness. *Pediatrics*. 2008; 121:e1008-15.
- 2) Harris LL, Duryea TK, Bridgemohan C. School readiness. Διαθέσιμο στο www.uptodate.com. (accessed on Jul 03, 2013).
- 3) Goals 2000: Educate America Act (PL 103-227), 1994. Διαθέσιμο στο: www.ed.gov/legislation/GOALS2000/TheAct (Accessed on October 06, 2011).
- 4) Zigler, E. and C. A. Valentine. (1979). Project Head Start: A Legacy of the War on Poverty. New York, NY: Free Press.
- 5) Dixon S., Stein M. Encounters with children. *Pediatric behavior and development*. 4th edition. 2006, Mosby, Elsevier.
- 6) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental Milestones: Motor Development. *Pediatr. in Rev.* 2010; 31:267-277.
- 7) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents.. Middle childhood. Health supervision: 5 and 6 year visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 8) Centers for Disease Control and Prevention. Important milestones: Your child at Five years. Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-5yr.html
- 9) Ravid S, Afek I, Suraiya S, Shahar E, Pillar G. Kindergarten children's failure to qualify for first grade could result from sleep disturbances. *J Child Neurol*. 2009; 24:816-22.
- 10) Bierman KL, Domitrovich CE, Nix RL, et al. Promoting academic and social-emotional school readiness: the

- head start REDI program. Child Dev 2008; 79:1802.
- 11) Gerber RJ, Wilks T, Erdie-Lalena C. Developmental milestones 3: social-emotional development. Pediatr Rev. 2011; 32:533–6.
 - 12) Justice LM, Bowles RP, Pence Turnbull KL, Skibbe LE. School readiness among children with varying histories of language difficulties. Dev Psychol. 2009; 45:460 –76.
 - 13) Wilks T, Gerber RJ, Erdie-Lalena C. Developmental milestones: cognitive development. Pediatr Rev. 2010; 31:364–7.
 - 14) Sally E. Shaywitz, M.D. Dyslexia. N Engl J Med 1998; 338:307–312.
 - 15) Hall D., Williams J., Elliman D. The Child Surveillance Handbook. 3rd edition., 2009, Radcliffe Publishing Ltd.
 - 16) Παρασκευόπουλος ΙΝ, Καλαντζή-Αζίζι, Γιαννίτσας ΝΔ. ΑθηνάΤεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Ψυχομετρικό Εργαστήριο. 1999, Εκδ. Ελληνικά γράμματα.
 - 17) Μαντούδης Σ., Θωμαΐδου Α. Α' ΤΕΣΤ. Ανιχνευτική Δοκιμασία Σχολικής Ετοιμότητας. Copyright 2006, Ανάπτυξη νηπίων-παιδιών-εφήβων.
 - 18) Καλαντζή-Αζίζι Α., Αγγελή Κ., Ευσταθίου Γ. Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ. Κλίμακα για γονείς-Κλίμακα για Εκπαιδευτικούς. 2012, εκδ. Πεδίο.
 - 19) Du Paul G.J., Power T.J., Anastopoulos A.D., Reid R. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretations.1998, New York: The Guilford Press.

3. ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1. Ψυχοσυναισθηματικό στάδιο

Η περίοδος από έξι μέχρι έντεκα ετών λέγεται **λανθάνουσα**. Αυτή η περίοδος της σχολικής ηλικίας θεωρείται απαλλαγμένη, συγκριτικά με τις προηγούμενες και τις επόμενες, από την πίεση των ενορμήσεων.

Παρόλο που πολλές φορές αμφισβητείται εάν πράγματι καταλαγιάζει η σεξουαλικότητα κατά τη λανθάνουσα περίοδο, η παρατήρηση των παιδιών αυτής της ηλικίας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στη συμπεριφορά τους συγκριτικά με παιδιά μικρότερης ηλικίας. Το καταλάγιασμα της σεξουαλικότητας μπορεί να μην είναι απόλυτο αλλά οπωσδήποτε υπάρχει καλύτερος έλεγχος των ενορμήσεων, επιθετικών και σεξουαλικών, από ό,τι προηγουμένως, διεύρυνση των ενδιαφερόντων και των σχέσεων από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον στο εξωοικογενειακό, καθώς και μετουσίωση της ψυχικής ενέργειας, που οδηγεί σε αυξημένη ικανότητα για συγκέντρωση και μάθηση. Οι σεξουαλικές ενορμήσεις συνδέονται με κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες π.χ. σχολική εργασία, άθληση.

Στη λανθάνουσα περίοδο η ικανοποιητική λύση του οιδιπόδειου συμπλέγματος συνοδεύεται από ισχυροποίηση της ταύτισης του παιδιού με τον γονέα του ίδιου φύλου, μετατόπιση των ενδιαφερόντων του σε πρόσωπα και πράγματα έξω από το οικογενειακό περιβάλλον και διαμόρφωση των ηθικών αξιών του.

Εκτός από τη λύση του οιδιπόδειου συμπλέγματος και τη διαμόρφωση του συστήματος των ηθικών αρχών, ένα άλλο σημαντικό συναισθηματικό επίτευγμα για τα παιδιά που βρίσκονται στη λανθάνουσα περίοδο, είναι η ταύτισή τους με διάφορες ομάδες και το αίσθημα ότι αποτελούν μέρος τους. Η ύπαρξη κοινών ενδιαφερόντων και ιδανικών, τα βοηθάει να αποκτήσουν αίσθημα συνοχής μέσα στην ομάδα.

Η ομάδα των συνομηλίκων λειτουργεί ως μεταβατικός ενδιάμεσος χώρος στην όλη πορεία του παιδιού προς την ανεξαρτητοποίησή του και στη μετατόπιση του ενδιαφέροντος και των σχέσεων του από την οικογένεια προς την κοινωνία. Η ομάδα προσφέρει υποστήριξη στο παιδί και το βοηθάει στη διαμόρφωση της δικής του ταυτότητας. Οι ομάδες αυτής της ηλικίας είναι χαρακτηριστικά ομάδες του ίδιου φύλου.

Εάν η λύση του οιδιπόδειου και η ταύτιση με τις ομάδες του ίδιου φύλου δεν προχωρήσουν ικανοποιη-

τικά, το παιδί απομονώνεται και μένει προσκολλημένο στην οικογένεια. Η επιτυχής ψυχολογική πορεία της προσωπικότητας, στα προηγούμενα στάδια, όπως η ικανοποιητική σχέση του παιδιού με το μητρικό πρόσωπο, η ομαλή εξέλιξη της λειτουργίας αποχωρισμού και ανεξαρτητοποίησης, η επίτευξη ελέγχου των σφιγκτήρων σε υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό περιβάλλον, επηρεάζει ευνοϊκά την επιτυχή λύση των ψυχολογικών απαιτήσεων αυτής της περιόδου. Εάν στα προηγούμενα στάδια υπάρξουν προβλήματα, αυτά θα επηρεάσουν και την εξέλιξη της λανθάνουσας περιόδου.

Από πλευράς γνωστικών ικανοτήτων γίνεται ενεργοποίηση της λογικής, αιτιατής και αποτελεσματικής σκέψης. Μπορεί να κατανοήσει την αντιστρεψιμότητα σκέψεων και ιδεών. Ο λόγος μετασχηματίζεται από εγωκεντρικός σε κοινωνικό. Εμφανίζεται η ικανότητα να καταλαβαίνει την άποψη του άλλου. Παρ' όλα αυτά η ερμηνεία των κανόνων είναι άκαμπτη.

3.2. Η ηλικία των 7–8 ετών (μέση παιδική ηλικία)

Γενική περιγραφή

Τα χρόνια της μέσης παιδικής ηλικίας είναι μια τυπικά σταθερή περίοδος, χωρίς τις δραματικές αλλαγές στις σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δεξιότητες που υπήρχαν στα προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια. Πρόκειται για μία σημαντική μεταβατική περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας τα παιδιά εξελίσσουν τις δεξιότητες που ανέπτυξαν στους διάφορους τομείς κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και διαγράφουν μια αναπτυξιακή τροχιά προς την ώριμη ανεξαρτησία και αυτονομία. Το παιδί εγκαταλείπει το στενό περιβάλλον της οικογένειας και το ανέμελο παιχνίδι και εισέρχεται στο χώρο των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων και της οργανωμένης εργασίας.

Στην ηλικία των 7–8 ετών το παιδί αναπτύσσει ένα πιο λογικό τρόπο σκέψης. Καθώς οι γνωστικές του **δεξιότητες βελτιώνονται**, ωριμάζει και η ικανότητά του να καταλαβαίνει τον κόσμο και τους ανθρώπους γύρω του και αρχίζει να λειτουργεί πιο ανεξάρτητα. Το πρόσφατα διαμορφωμένο υπερεγώ ή συνείδηση, επιτρέπει στο παιδί να κατανοεί τους κανόνες, τις σχέσεις και τα κοινωνικά ήθη. Η ηθική ανάπτυξη του παιδιού εξελίσσεται. Παράλληλα, αναπτύσσει δεξιότητες αντιμετώπισης που υποστηρίζουν τις κοινωνικές δραστηριότητες, τις φιλίες εκτός οικογένειας καθώς και τη σχολική ικανότητα. Αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι την αρχή της εφηβείας. Μέσα από την πορεία αυτή το παιδί αρχίζει να αποκτά αυτοπεποίθηση για τις ικανότητές του και αναπτύσσει αυτοεκτίμηση, δεξιότητες πολύ σημαντικές για τη μετέπειτα ζωή του.

Όλα τα παιδιά θέλουν να αισθάνονται ικανά και χαίρονται με την αναγνώριση των επιτευγμάτων τους.

Στη μέση παιδική ηλικία η **σωματική αύξηση** επιβραδύνεται και ακολουθεί ένα πιο σταθερό ρυθμό. Έτσι, το ύψος αυξάνεται περίπου 5-6 εκ. το χρόνο και το βάρος 2-3 κιλά το χρόνο. Στην ηλικία των 7–8 ετών ολοκληρώνεται και η τελική μυελινοποίηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η ωρίμανση όμως του εγκεφάλου συνεχίζεται με το σχηματισμό νέων νευρωνικών συνάψεων (συναπτογένεση). Αυτή η διαδικασία συμπίπτει με την ποιοτική πρόοδο στις γνωστικές ικανότητες που παρατηρείται σε αυτή την ηλικία. Ταυτόχρονα, βελτιώνονται και οι κινητικές δεξιότητες και τα παιδιά αυτής της ηλικίας μπορούν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες, όπως είναι ο χορός, τα αθλήματα, οι χειροτεχνίες, ενώ αποκτούν μεγαλύτερη ευχέρεια στη γραφή.

Στην ηλικία των 7–8 χρόνων το παιδί πηγαίνει στη Β' Δημοτικού και γίνεται πλέον σαφές πως ξεκινά να έχει περισσότερες **σχολικές υποχρεώσεις** και πως χρειάζεται να τηρεί προγράμματα και ρουτίνες που τίθενται εκτός του οικείου οικογενειακού περιβάλλοντος. Καθώς προχωρά στη Β' Δημοτικού μαθαίνει να διαβάζει με μεγαλύτερη άνεση, ακρίβεια και ταχύτητα και μπορεί να γράφει μικρές παραγράφους αρκετά ορθογραφημένα. Αρχίζει να μαθαίνει την προπαίδεια και να επιλύει απλά προβλήματα πολλαπλασιασμού. Στη Β' Δημοτικού έχει ολοκληρωθεί πλέον η μετάβαση στο πλαίσιο της σχολικής τάξης και το παιδί των 7–8 ετών πρέπει να επιδεικνύει συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για τη μάθηση, όπως συνεργασία και προσοχή. Η σχολική επίδοση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ανάπτυξης του παιδιού σε όλους τους τομείς (γνωστικό, κοινωνικο-συναισθηματικό, γλωσσικό-επικοινωνιακό και κινητικό). Επιπλέον, η σχολική επιτυχία συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης στο παιδί.

Στην ηλικία των 7 με 8 ετών το παιδί αρχίζει να δείχνει ενδιαφέρον για νέες **ιδέες και δραστηριότητες εκτός της οικογένειας**. Ενώ πριν τα ενδιαφέροντα του παιδιού είχαν επίκεντρο τον εαυτό του και τους γονείς του, τώρα στρέφονται προς τους συνομηλικούς του. Έτσι, μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με πεποιθήσεις και πρακτικές που διαφέρουν από εκείνες της οικογένειάς του. Η ομάδα των συνομηλικών του γίνεται πλέον όλο και περισσότερο σημαντική και με την πάροδο της ηλικίας αυξάνει το ενδιαφέρον και η προσκόλληση προς αυτούς. Ανακαλύπτει παιδιά του ίδιου φύλου που έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα και ικανότητες με αυτό και υποστηρίζει φιλίες. Η αυξανόμενη επίδραση των συνομηλικών μερικές φορές, αποτελεί αιτία εντάσεων για την οικογένεια.

Στην ηλικία αυτή το παιδί μπορεί να ξεκινήσει να αναλαμβάνει κάποιες μικρές **οικογενειακές υποχρεώσεις**, όπως να στρώνει το κρεβάτι του, να μαζεύει τα ρούχα του, να βοηθάει στα γεύματα κ.ά. Η αίσθηση της ολοκλήρωσης μιας υποχρέωσης το βοηθάει να έχει αυτοπεποίθηση και να προσπαθεί δραστηριότητες που απαιτούν μεγαλύτερη υπευθυνότητα.

Κατά τη διάρκεια της μέσης παιδικής ηλικίας παρατηρείται σημαντική αύξηση στη δύναμη και βελτίωση στον **κινητικό συντονισμό**. Αυτές οι αλλαγές συνεισφέρουν ώστε το παιδί των 7–8 ετών να έχει μια αυξανόμενη αίσθηση ικανότητας σε σχέση με το σώμα του και να μπορεί να συμμετέχει σε αθλήματα, χορό, γυμναστική και άλλες φυσικές δραστηριότητες. Η βελτίωση της ισορροπίας και του συντονισμού έχουν σαν αποτέλεσμα να μπορεί να κάνει ποδήλατο με σταθερότητα.

Εδραιώνει υγιεινές συνήθειες σχετικά με τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την ασφάλεια, ενώ οι γονείς συνεχίζουν να αποτελούν το κύριο πρότυπο για τα παιδιά τους, σχετικά με τις παραπάνω υγιεινές συμπεριφορές.

Η τακτική παρακολούθηση στην ηλικία των 7–8 ετών, δίνει την ευκαιρία στον παιδίατρο να μιλήσει κατευθείαν με το παιδί και να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του. Καθώς το παιδί συνεχίζει να μεγαλώνει και να αναπτύσσεται, νιώθει την ανάγκη και το ίδιο να απευθύνει ερωτήσεις στον παιδίατρο και να συζητήσει μαζί του σχετικά με θέματα υγείας για τα οποία αρχίζει να αναλαμβάνει την ευθύνη.

Ζητήματα επικέντρωσης

Πρώτη προτεραιότητα αποτελούν πάντα οι **ανησυχίες των γονέων**. Επιπλέον θέματα για συζήτηση σε αυτή την επίσκεψη είναι:

- Προσαρμογή στο σχολείο και τυχόν προβλήματα όπως:
 - Μαθησιακές δυσκολίες.
 - Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).
 - Ψυχοκοινωνικά προβλήματα.
- Ενίσχυση της ανεξαρτησίας και της αυτοεκτίμησης του παιδιού.
- Φυσική δραστηριότητα.
- Συμβάντα στην οικογένεια.

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν οι γονείς με το παιδί.
- Τον τρόπο με τον οποίο το παιδί επικοινωνεί με τον παιδίατρο.
- Τις προσδοκίες των γονέων από το παιδί τους.
- Την αυτενέργεια, τον σεβασμό, την ευγένεια, την τήρηση κοινωνικών κανόνων, τη διαχείριση του άγχους.

Παρακολούθηση της ανάπτυξης

Στα πρώτα σχολικά χρόνια δεν υπάρχουν δραματικές αλλαγές στις κινητικές δεξιότητες του παιδιού, ενώ σταδιακά βελτιώνονται ο συντονισμός και οι λεπτές κινητικές δεξιότητες. Υπάρχουν όμως αλλαγές στις κοινωνικές δεξιότητες και στις νοητικές επεξεργασίες. Το παιδί τώρα χτίζει πάνω σε δεξιότητες που ανέπτυξε στη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας και κινείται προς την ανεξαρτησία, τόσο νοητικά όσο και συναισθηματικά.

Κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη

- Γίνεται περισσότερο ανεξάρτητο από τους γο-

νείς και την οικογένεια.

- Οι φιλίες γίνονται όλο και πιο σημαντικές. Επιλέγει φίλους από το ίδιο φύλο και χαίρεται τη συντροφιά τους. Οι γνώμες των φίλων του αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για το ίδιο.
- Αναγνωρίζει και ευαισθητοποιείται περισσότερο απέναντι στα συναισθήματα των άλλων (ενσυναίσθηση).
- Ξεπερνάει τους φόβους που είχε όταν ήταν μικρότερο, αλλά ακόμα μπορεί να το τρομάζει το άγνωστο.
- Συμμορφώνεται με τις οδηγίες και αναγνωρίζει απόλυτα τη διαφορά μεταξύ σωστού και λάθους.
- Αρχίζει να αισθάνεται ενοχή και ντροπή.
- Επιθυμεί να εκτελεί σωστά ότι του ανατίθεται και μπορεί να απογοητευτεί αν δεν τα καταφέρει, αν και μπορεί να διαχειρίζεται καλύτερα την ήττα.

Γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη

- Βρίσκεται στο **στάδιο της συγκεκριμένης λογικής σκέψης** και κατακτά τη **λογική σκέψη**. Λαμβάνει υπόψη τους άλλους –κατάργηση της εγωκεντρικής επικοινωνίας– ενώ εμφανίζει ακόμη ελλείμματα στην αφηρημένη σκέψη.
- Χρησιμοποιεί λεξιλόγιο μερικών χιλιάδων λέξεων, αφηγείται, διηγείται οργανώνοντας άρτια τον λόγο.
- Είναι ικανό να καταλάβει την αιτιολόγηση και να πάρει σωστές αποφάσεις.
- Γνωρίζει την ώρα, τις ημέρες, τους μήνες και τις εποχές.
- Συγκεντρώνεται ικανοποιητικά στις σχολικές εργασίες.
- Αναγνωρίζει σταθερά το δεξί και το αριστερό.
- Μπορεί να διαβάσει, να γράφει και να επιλύει πιο σύνθετα προβλήματα.
- Ο προσωπικός τρόπος μάθησης γίνεται εμφανής.

Κινητική ανάπτυξη

Αδρή κινητικότητα

- Κάνει ποδήλατο χωρίς βοηθητικές ρόδες.
- Αναπτύσσει κινητικές δεξιότητες, όπως να κάνει σχοινάκι, να τρέχει γρήγορα, να πιάνει την μπάλα, να κάνει τούμπες.
- Κολυμπάει
- Σκαρφαλώνει

Λεπτή κινητικότητα

- Γράφει καλά και με μεγαλύτερη ταχύτητα.
- Αντιγράφει ρόμβο κάθετα και οριζόντια.

- Δένει τα κορδόνια του.

Καθώς το παιδί προχωρά στη Β' Δημοτικού, θέματα **προσοχής, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας** μπορεί να παρεμβαίνουν στη μάθηση σύνθετων εννοιών, αλλά και στην προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον.

Η μέση παιδική ηλικία είναι συχνά η περίοδος που εμφανίζονται για πρώτη φορά **προβλήματα ψυχικής υγείας** (κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, διαταραχή διάθεσης, διαταραχή διαγωγής κ.ά.). Επιθετικές και εναντιωματικές συμπεριφορές μπορεί να δυσκολέψουν την προσαρμογή ως προς τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις του σχολείου, ενώ μια αγχώδης διαταραχή ή μια ήπια κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθούν με σχολική άρνηση. Καθώς οι απαιτήσεις στο σχολείο αυξάνουν, γίνονται εμφανείς και οι **μαθησιακές δυσκολίες**.

Κατά την επίσκεψη των 7 με 8 ετών, ο παιδίατρος μπορεί να ενθαρρύνει μια πιο αναλυτική συζήτηση σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού θέτοντας τις ακόλουθες ερωτήσεις:

Προς τους γονείς

- Έχετε κάποια ανησυχία σχετικά με την ανάπτυξη του παιδιού σας ή τη μαθησιακή του ικανότητα;
- Έχετε κάποιες ανησυχίες σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού ή τη διάθεσή του; π.χ. προσοχή/συγκέντρωση, επίπεδο δραστηριότητας, σχέσεις με τα άλλα παιδιά, αλλαγές διάθεσης, θυμός;
- Σας έχει αναφερθεί από το σχολικό πλαίσιο κάποιο πρόβλημα;
- Έχουν συμβεί αλλαγές στο σπίτι από την προηγούμενη επίσκεψη;

Προς το παιδί

- Πώς νοιώθεις;
- Πώς πάει το σχολείο;
- Πώς τα πας με τους φίλους σου;
- Τι θα ήθελες να συζητήσουμε σήμερα σχετικά με την υγεία σου;

Ενδείξεις παραπομπής

- Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ή απότομη πτώση στη σχολική επίδοση.
- Παιδιά με δυσκολίες συγκέντρωσης με ή χωρίς υπερκινητικότητα, εφόσον επηρεάζεται η μαθησιακή ικανότητα και η κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού.
- Παιδιά που δεν έχουν αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους ή είναι κοινωνικά απομονωμένα.
- Παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Υποστήριξη ανάπτυξης και οικογένειας

Σχολική ζωή

Το σχολείο αποτελεί τον πιο εύκολα παρατηρούμενο δείκτη της κοινωνικής, γλωσσικής και γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού. Η επιτυχία στο σχολείο συμβαίνει όταν η προσπάθεια του παιδιού ενθαρρύνεται από τους γονείς, οι οποίοι είναι απαραίτητο να παρακολουθούν και να συμμετέχουν σε αυτό το πολύ σημαντικό στοιχείο της ζωής του παιδιού τους. Οι οικογένειες, που υποστηρίζουν τα παιδιά σε αυτή την προσπάθεια συμβάλλουν στη σταθερή εκπαιδευτική τους πρόοδο και τα προετοιμάζουν να χρησιμοποιήσουν τις γνωστικές τους ικανότητες παραγωγικά. Είναι σκόπιμο να παροτρύνονται να μην παρεμβαίνουν με άγχος και να δίνουν ευθύνη και πρωτοβουλία στα παιδιά τους.

- Σε περίπτωση που το παιδί δεν τα καταφέρνει καλά στο σχολείο, οι γονείς θα πρέπει να συζητήσουν με τον δάσκαλο της τάξης και τον παιδίατρο σχετικά με την ανάγκη διαγνωστικής εκτίμησης του παιδιού για την αιτία της μειωμένης μαθησιακής ικανότητας.
- Εάν το παιδί αρνείται να πάει σχολείο, οι γονείς θα πρέπει να σκεφτούν πιθανό ακαδημαϊκό άγχος. Επίσης, την πιθανότητα το παιδί τους να εκφοβίζεται στο σχολείο (bullying), οπότε και παροτρύνονται να κουβεντιάσουν μαζί του προσαπλώνοντας να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα. Είναι σημαντικό, οι γονείς να ενημερώσουν τον δάσκαλο της τάξης σχετικά με τις ανησυχίες τους.
- Το παιδί που δυσκολεύεται να πάει στο σχολείο, συχνά παραπονείται για σωματικά συμπτώματα το πρωί όπως κοιλιακό άλγος, πονοκέφαλο ή πονόλαιμο. Οι γονείς θα πρέπει να καθησυχάζουν το παιδί τους και να ενημερώνουν τον παιδίατρο.
- Η σχολική άρνηση εκτός από τον σχολικό εκφοβισμό, μπορεί να οφείλεται σε κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή σε μια μαθησιακή δυσκολία που τώρα αρχίζει να γίνεται εμφανής. Είναι σημαντικό να διερευνηθούν τα αίτια που κάνουν το παιδί να μην θέλει να πάει σχολείο, ώστε να υπάρξει η σωστή αντιμετώπιση.

Ενίσχυση αυτοεκτίμησης

Η μέση παιδική ηλικία είναι μια σημαντική περίοδος για την ανάπτυξη της **αυτοεκτίμησης**. Η αυτοεκτίμηση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για μια ολοκληρωμένη ζωή και έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχική υγεία του παιδιού. Όλα τα παιδιά θέλουν να

νιώθουν ικανά και χαίρονται με την αναγνώριση των επιτευγμάτων τους. Επιπλέον, αναπτύσσουν θετική αίσθηση για τον εαυτό τους μέσα από τη συνεισφορά. Οι γονείς χρειάζεται να βοηθούν το παιδί τους να αποκτήσει αυτοεκτίμηση από τα πρώτα σχολικά χρόνια, καθώς έτσι θα αποφύγει συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλειά του στο μέλλον. Η σχολική επιτυχία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη αυτοεκτίμησης στο παιδί.

Τα παιδιά που έχουν επαρκείς και ήπιους γονείς είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση. Γονείς που είναι πολύ επικριτικοί και έχουν υψηλές προσδοκίες, πολλές φορές μη ρεαλιστικές, όπως και γονείς που είναι αμέτοχοι και δεν ενθαρρύνουν το παιδί τους να πετύχει και να δοκιμάσει νέες εμπειρίες, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση του παιδιού τους.

Ο παιδίατρος υποστηρίζει τους γονείς, ώστε να:

- Ενθαρρύνουν το παιδί τους να νιώθει ικανό, ανεξάρτητο και υπεύθυνο σε όλους τους χώρους, βοηθώντας το να κάνει διάφορα πράγματα μόνο του. Επιπλέον, θα πρέπει να του διδάξουν ότι η αποτυχία και τα λάθη είναι αναπόφευκτα αλλά και χρήσιμα στην πορεία της ζωής.
- Αποτελούν θετικό πρότυπο για το παιδί τους με το ήθος και τις αξίες τους καθώς και τη στάση τους στα διάφορα θέματα.
- Βοηθήσουν το παιδί τους να διατηρήσει μια **ισορροπία** ανάμεσα στις υποχρεώσεις στο σχολείο και στο σπίτι, στον χρόνο που ξοδεύει στην οικογένεια και στους φίλους, στις εξωσχολικές δραστηριότητες και στον ελεύθερο χρόνο του. Η επίτευξη αυτής της ισορροπίας είναι πολύ σημαντική για την υγιή ανάπτυξη. Στην Ελλάδα τα παιδιά κατακλύζονται από εξωσχολικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να βιώνουν την καθημερινότητα με άγχος, χωρίς προσωπικό χρόνο, χωρίς παιχνίδι, σκέψη και δημιουργία και χωρίς χρόνο που να μπορεί να μοιράζεται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.
- Μην αποδοκιμάζουν λεκτικά το παιδί τους, ούτε να επιβάλλουν σωματική τιμωρία. Αντίθετα, θα πρέπει να κουβεντιάζουν με το παιδί τους σχετικά με την ανάγκη να υπάρχουν κάποιοι κανόνες και να ακολουθούν τις συμφωνημένες συνέπειες κάθε φορά που ο κανόνας παραβιάζεται.

Φυσική δραστηριότητα

Τα παιδιά, ιδίως των πόλεων, καλό είναι να συμμετέχουν σε κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας μερικές μέρες την εβδομάδα. Στην ηλικία των 7–8 ετών μπορούν να συμμετέχουν σε οργανωμένα αθλήματα. Είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται ο ασφαλής εξοπλισμός

όταν το παιδί συμμετέχει σε κάποιες φυσικές δραστηριότητες (όπως ποδήλατο, πατίνια, ποδόσφαιρο κ.ά.).

Ο παιδίατρος προτείνει στους γονείς να:

- Ενθαρρύνουν το παιδί τους να είναι σωματικά δραστήριο –**όχι απαραίτητα οργανωμένη άθληση**– για τουλάχιστον **μία ώρα κάθε μέρα**. Ο χρόνος αυτός δεν χρειάζεται να είναι συνεχόμενος. Οι γονείς μπορούν να βρουν δραστηριότητες που να αρέσουν σε όλα τα μέλη της οικογένειας και να τις ενσωματώσουν στην καθημερινότητά τους.
- Ενθαρρύνουν το παιδί τους όταν συμμετέχει σε ένα άθλημα, να μην εστιάζει στη νίκη αλλά στη χαρά της συμμετοχής.

Ο χρόνος που το παιδί παρακολουθεί τηλεόραση και παίζει ηλεκτρονικά παιχνίδια ή είναι στον υπολογιστή θα πρέπει να περιορίζεται **σε λιγότερο από 2 ώρες την ημέρα**.

Τα παιδιά καλό είναι να μην έχουν τηλεόραση ή υπολογιστή στο δωμάτιό τους.

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Ο ρόλος του παιδίατρου στο παιδί με μαθησιακές δυσκολίες

Εισαγωγή

Είναι σημαντικό ο παιδίατρος να μπορεί να προσεγγίσει τη διαδικασία της σχολικής και μαθησιακής ικανότητας και να βοηθήσει τους γονείς.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι το 20–30% του μαθητικού πληθυσμού δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σχολικής εργασίας και τις διαδικασίες της μάθησης. Οι καταστάσεις που ευθύνονται είναι ποικίλες και συχνά συνυπάρχουν στο ίδιο παιδί περισσότερες από μία αιτίες. **Όταν ένα παιδί παρουσιάζει δυσκολίες στη μάθηση και/ή προβλήματα συμπεριφοράς στις πρώτες δύο ή και τρεις τάξεις της σχολικής εκπαίδευσης, ο παιδίατρος θα πρέπει να σκεφτεί αναπτυξιακές, νευρολογικές, αισθητηριακές, οργανικές ή ψυχοκοινωνικές διαταραχές, όπως:**

- Ειδικές μαθησιακές διαταραχές.
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).
- Νοητική Υστέρηση ή οριακή νοημοσύνη.
- Συναισθηματικές Διαταραχές.
- Χρόνια προβλήματα υγείας.
- Αισθητηριακά προβλήματα.
- Αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον.
- Φτωχό γνωστικό περιβάλλον.

- Στερητικό κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον.
- Αρνητικές εμπειρίες του παιδιού από τη μάθηση.
- Συχνή αλλαγή σχολείου ή δασκάλων.

Υποστηρίζεται ότι τα παιδιά με μαθησιακή δυσκολία βιώνουν πολύ περισσότερο άγχος από τους συμμαθητές τους, το οποίο συχνά εκφράζεται είτε σαν φόβος αποτυχίας, είτε με ποικιλία σωματικών ενοχλημάτων. Ακόμη, έχουν εντονότερο το συναίσθημα της μοναξιάς και του θυμού και παρουσιάζουν μικρότερη “αντοχή στη ματαιώση”.

Συχνά τα μαθησιακά προβλήματα συνοδεύονται από διαταραχές στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα και στην ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης.

Αν υπάρχουν δυσκολίες, ανάλογα με τη σοβαρότητά τους, μπορεί να χρειαστεί να γίνει παραπομπή για διαγνωστική εκτίμηση, ώστε να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και με καλύτερο αποτέλεσμα στους τομείς που το παιδί δυσκολεύεται.

Επιπλέον, οι ακαδημαϊκές δυσκολίες στην Α' και Β' Δημοτικού μπορεί να μειώσουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού, να επηρεάσουν αρνητικά τη μελλοντική του στάση προς το σχολείο και να προκαλέσουν αρκετό άγχος στους γονείς.

Σχολική αποτυχία στο τέλος της Α' Δημοτικού θεωρείται όταν το παιδί δεν έχει κατακτήσει την ικανότητα αποκωδικοποίησης που απαιτείται για την ανάγνωση, δεν μπορεί να γράψει απλές προτάσεις και δεν μπορεί να επιλύσει απλά προβλήματα πρόσθεσης και αφαίρεσης. Παρόλο που αυτές οι δεξιότητες γενικά διδάσκονται σε όλα τα παιδιά περίπου στην ίδια ηλικία, το εύρος της κατάκτησης αυτών των δεξιοτήτων ποικίλει σημαντικά.

Σημαντικός αριθμός παιδιών με σχολική αποτυχία παρουσιάζει **ειδικές μαθησιακές διαταραχές**, δηλαδή αποτυχία λόγω εγγενούς δυσκολίας στην πρόσκτηση των ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη σχολική μάθηση ενώ η νοημοσύνη τους είναι φυσιολογική και δεν εμφανίζουν μείζονα αισθητηριακά προ-

βλήματα ή άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Η ιατρική και νευροαναπτυξιακή βάση των ειδικών μαθησιακών διαταραχών, οι επιδράσεις τους στη λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία του παιδιού, καθώς και η χρόνια εφόρου ζωής φύση τους δείχνει τον σημαντικό ρόλο του παιδίατρον στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή τους κατά την άσκηση της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας.

Εάν υπάρχουν ανησυχίες από τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς, σχετικά με την πρόοδο στο σχολείο ή τη συμπεριφορά, ο παιδίατρος θα πρέπει να προχωρήσει σε μια πιο αναλυτική ιατρική εκτίμηση που θα περιλαμβάνει ανασκόπηση του ιστορικού (ατομικού, αναπτυξιακού, σχολικού και οικογενειακού) καθώς και προσεκτική φυσική εξέταση για αναγνώριση σχετικών παραγόντων κινδύνου για μαθησιακές δυσκολίες. Εάν παρατηρούνται σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς, ο παιδίατρος θα πρέπει να διερευνήσει αν οφείλονται σε διαταραχές που σχετίζονται με μαθησιακές δυσκολίες, ΔΕΠ-Υ ή συναισθηματικές δυσκολίες.

Ενδεικτικά, νευροαναπτυξιακές δοκιμασίες, που μπορεί να συμπεριλάβει ο παιδίατρος ως μέρος της κλινικής εξέτασης, κατά την τακτική παιδιατρική παρακολούθηση στη σχολική ηλικία, αναφέρονται στον Πίνακα 3.1.

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συχνά δυσκολεύονται στις αλληλουχίες και στην εκτέλεση σύνθετων οδηγιών. Αρκετά παρουσιάζουν ανώριμη κινητικότητα και περιορισμένη προσοχή και συγκέντρωση. Μπορεί να παρουσιάζουν δυσκολίες στην **ανάγνωση-οπτική ικανότητα** όπως να:

- Κομπιάζουν, χάνουν τη σειρά, σταματούν χωρίς λόγο ή επαναλαμβάνουν αυτό που διάβασαν. Έτσι, η ανάγνωση είναι κοπιώδης και δεν έχει ροή.
- Διαβάζουν αργά, ακόμη και κείμενα στα οποία έχουν εξασκηθεί και σε κάθε επανάληψη κάνουν νέα λάθη. Δεν τηρούν τα σημεία στίξης.

Πίνακας 3.1

Νευροαναπτυξιακές δοκιμασίες για την εκτίμηση της μαθησιακής ικανότητας στο ιατρείο.

Δοκιμασία	Λειτουργία που εκτιμάται
Ζητείται από το παιδί να διαβάσει μια παράγραφο κατάλληλη για την ηλικία του.	Αναγνωστική ικανότητα και κατανόηση
Ζητείται να γράψει μία πρόταση (τέλος Α' Δημοτικού) ή μια μικρή παράγραφο (τέλος Β' Δημοτικού).	Γραπτή έκφραση
Ζητείται να περιγράψει μια ταινία ή ένα βίντεο που είδε πρόσφατα.	Προφορική έκφραση, μνήμη, αλληλουχίες
Ζητείται να αντιγράψει γεωμετρικά σχήματα.	Λεπτή κινητικότητα και οπτικο-χωρικές δεξιότητες
Ζητείται να επαναλάβει μια σειρά από τυχαίους αριθμούς (τόσους, όση η ηλικία του μείον 1).	Βραχύχρονη μνήμη και αλληλουχίες
Ζητείται να εκτελέσει μια σύνθετη εντολή στη σειρά που δόθηκε.	Ακουστική επεξεργασία και μνήμη

- Δυσκολεύονται στη διάκριση διαφορετικών λέξεων, οι οποίες όμως περιλαμβάνουν τα ίδια γράμματα π.χ. διαβάζουν *της* αντί *στη*, διαβάζουν *νόμος* αντί *μόνος*.
- Συγχέουν γράμματα με οπτική ομοιότητα όπως «α» με «ο», ή «ξ» με «ζ», ή ακουστική ομοιότητα όπως «φ» με «θ», «σ» με «ζ».
- Διαβάζουν καθρεπτικά π.χ. διαβάζουν *σάκα* αντί *κάσα*.
- Παρεμβάλλουν άσχετα φωνήματα.
- Αντικαθιστούν μια λέξη με άλλη που έχει παρόμοια σημασία π.χ. σκοτεινός/μαύρος, κοντός/χαμηλός.
- Δυσκολεύονται στην ανάγνωση και προφορά πολυσύλλαβων ή ασυνήθιστων λέξεων.

Πολλές φορές δεν κατανοούν το κείμενο που διαβάζουν και επέρχεται γρήγορα κούραση.

Όταν υπάρχουν δυσκολίες στη **γραφή**, τα παιδιά μπορεί να:

- Αντικαθιστούν γράμματα που έχουν παρόμοιο σχήμα π.χ. *πλέγω* αντί *πλένω*.
- Δυσκολεύονται στην ακουστική διαφοροποίηση των φθόγγων π.χ. *μάσπε* αντί *μάζεψε*.
- Αντικαθιστούν γράμματα π.χ. *χαρογράφησαν* αντί *χορογράφησαν*.
- Αντικαθιστούν το γράμμα «ρ» με τον αριθμό «9» ή το «ε» με το «3».
- Παραλείπουν, προσθέτουν και αντιμεταθέτουν γράμματα μέσα στην ίδια λέξη π.χ. *πότι* ή *πι* αντί *τόπι*, *σήμαινα* αντί *σημαία*, *γωεργός* αντί *γεωργός*.
- Παραλείπουν, προσθέτουν και αντιμεταθέτουν συλλαβές π.χ. *διαζουμε* αντί *διαβάζουμε*, *μάθηθημα* αντί *μάθημα*, *νάμα* αντί *μάννα*.
- Συγχέουν συμφωνικά συμπλέγματα π.χ. *πάτρι* αντί *πάρτυ*.
- Αντικαθιστούν λέξεις π.χ. *πρόγραμμα* αντί *πράγματα*.
- Κάνουν συντακτικά λάθη.

Επιπλέον, συχνά η αυθόρμητη γραφή τους είναι δυσανάγνωστη, καθώς κόβουν τις λέξεις και καταργούν τα μεταξύ τους όρια, μεταφέροντας στοιχεία της μίας λέξης στην άλλη. Τα ορθογραφικά τους λάθη είναι πολλά και διαφορετικά κάθε φορά στις ίδιες λέξεις π.χ. η λέξη *τιρί* μπορεί να γράφεται ως *τιρί*, *τηρί*, *τιρεί*, κ.ά.

Τέλος, υπάρχουν παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες στα μαθηματικά με ή χωρίς δυσκολίες στη γραφή και την ανάγνωση.

Αν ο παιδίατρος, ολοκληρώνοντας την εξέταση του παιδιού, έχει ισχυρές ενδείξεις για μαθησιακές δυσκο-

λίες, θα πρέπει να παραπέμψει το παιδί για διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση.

Αφού επιβεβαιωθεί η διάγνωση, το παιδί θα χρειαστεί να ακολουθήσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης βάσει των αναγκών του.

Συχνά ο παιδίατρος είναι απαραίτητο να απαντήσει σε ερωτήματα των γονέων που αφορούν στη μαθησιακή ικανότητα του παιδιού τους και τη διαχείριση των δυσκολιών του, με δεδομένο ότι είναι το πρόσωπο εμπιστοσύνης για την οικογένεια. Για παράδειγμα, θα πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν ότι η δυσλεξία είναι μία εγγενής διαταραχή με νευροβιολογικό υπόστρωμα, αρκετά συχνή στην παιδική ηλικία, για την οποία δεν ευθύνεται το παιδί τους.

Προσέγγιση των μαθησιακών δυσκολιών από τον παιδίατρο

Ο παιδίατρος πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος ώστε να μπορέσει να αναγνωρίσει τα σημεία και τα συμπτώματα των μαθησιακών δυσκολιών, πριν αυτά εξελιχθούν σε σχολική αποτυχία.

Κατά την εκτίμηση ενός παιδιού με υποψία μαθησιακών δυσκολιών, ο παιδίατρος θα χρειαστεί να αξιολογήσει τα ακόλουθα στοιχεία ιστορικού:

Ιατρικό ιστορικό

Το ιστορικό προηγούμενων αποβολών, προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης ή του τοκετού και της περιγεννητικής περιόδου μπορεί να σχετίζονται με μαθησιακές δυσκολίες.

Είναι σημαντικό ο παιδίατρος να διερευνήσει προηγούμενο ιστορικό σπασμών ή αισθητηριακά ελλείμματα, όπως διαταραχή της ακοής ή της όρασης. Μερικές φορές, μια χρόνια νόσος που δεν ελέγχεται καλά, π.χ. βρογχικό άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικό ή νεφρολογικό νόσημα, μπορεί να επηρεάσει την παρακολούθηση του σχολείου, όπως και την ικανότητα του παιδιού να συγκεντρώνεται. Είναι σημαντικό να ερωτηθεί εάν το παιδί λαμβάνει φάρμακα, καθώς μερικά φάρμακα έχουν αρνητική επίδραση στην προσοχή και στη γνωστική λειτουργία.

Αναπτυξιακό ιστορικό

Ο παιδίατρος θα πρέπει να διερευνήσει την εμφάνιση των σημαντικών οροσήμων για κάθε τομέα της ανάπτυξης: αδρή-λεπτή κινητικότητα (συμπεριλαμβανομένου του ντυσίματος και της σίτισης), γλωσσική ανάπτυξη και έλεγχο των σφιγκτήρων. Άλλα σημαντικά στοιχεία από το αναπτυξιακό ιστορικό περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού, όπως διατήρηση διαλόγου, φιλίας, σχέση με αδέρφια, ενήλικες και συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες. Επιπλέον, ενδιαφέρει πώς το παιδί συ-

περιφέρεται σε κοινωνικούς χώρους εκτός σπιτιού ή σχολείου.

Οικογενειακό ιστορικό

Ο παιδίατρος θα πρέπει να ρωτήσει εάν υπάρχει ιστορικό κάποιου είδους μαθησιακής δυσκολίας ή δυσλεξίας στα μέλη της ευρύτερης οικογένειας.

Φυσική εξέταση

Αν και δεν υπάρχει εύρημα από τη φυσική εξέταση που να είναι παθογνωμονικό για τις μαθησιακές δυσκολίες, κάποια ευρήματα μπορεί να βοηθήσουν ενισχύοντας τη διάγνωση ή δίνοντας πληροφορίες για την αιτία. Είναι σημαντικό να γίνει επισκόπηση του δέρματος για στίγματα που συνδέονται με νευροδερματικά νοσήματα. Συγκεκριμένα, παιδιά που έχουν νευροϊνωμάτωση τύπου 1, που χαρακτηρίζεται μεταξύ άλλων και από αρκετές café-au-lait κηλίδες στο δέρμα, έχουν περίπου 50% πιθανότητα για μαθησιακές δυσκολίες ή Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ).

Πρέπει να εξετάζεται η μυϊκή ισχύς, ο μυϊκός τόνος καθώς και η ακεραιότητα της λειτουργίας των κρανικών νευρών.

Ήπια νευρολογικά ευρήματα –που συχνά ονομάζονται «soft signs»– μπορεί να δώσουν ερμηνείες σε σχέση με τη σχολική επίδοση μέσα στο πλαίσιο άλλων νευρολογικών ή αναπτυξιακών διαταραχών. Τα νευρολογικά «soft signs», αν και από μόνα τους αποτελούν μικρής σημασίας ευρήματα, υποδηλώνουν νευρολογική δυσλειτουργία που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις σχολικές δεξιότητες.

Σχολικό ιστορικό

Ένα λεπτομερές ιστορικό θα πρέπει να αρχίζει από την προσχολική αγωγή (παιδικός σταθμός, νηπιαγωγείο) και να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την προσαρμογή του παιδιού και το εάν υπήρχαν θέματα που απασχόλησαν τις νηπιαγωγούς. Είναι σημαντικό να ερωτηθεί, αν τέθηκε θέμα σχολικής ετοιμότητας ή αν το παιδί επανέλαβε το νηπιαγωγείο.

Για το παιδί 7,5-8 ετών που τελειώνει τη Β' Δημοτικού, ενδιαφέρει η πορεία του στην Α' Δημοτικού, αν δυσκολεύτηκε στις δεξιότητες της ανάγνωσης, της γραφής ή των μαθηματικών και αν αυτή η δυσκολία συνεχίστηκε και στη διάρκεια της Β' τάξης. Για τα μεγαλύτερα παιδιά χρειάζεται να ερωτηθεί πόσο επιτυχής ήταν η κάθε σχολική χρονιά και να διερευνηθεί αν υπήρξε αλλαγή στην επίδοση κατά τη διάρκεια των χρόνων. Τέλος, χρειάζεται να αναφερθεί εάν τέθηκε ποτέ θέμα επανάληψης τάξης, ενώ ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το εάν έχει εκφραστεί ανησυχία σχετικά με τη μαθησιακή ικανότητα του παιδιού.

Καθημερινό πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ο παιδίατρος να γνωρίζει πληροφορίες σχετικά με το καθημερινό πρόγραμμα του παιδιού. Στο ιστορικό που θα πάρει είναι σημαντικό να υπάρχουν πληροφορίες όπως:

- Τι ώρα ξυπνάει το πρωί;
- Πόσο εύκολο είναι να σηκωθεί από το κρεβάτι;
- Χρειάζεται αρκετή επίβλεψη για να ντυθεί και να ετοιμαστεί για το σχολείο;
- Πόσες ώρες είναι η παρακολούθηση του σχολείου;
- Κάνει δραστηριότητες μετά το σχολείο; Εάν ναι, πρόκειται για δομημένες δραστηριότητες ή για ελεύθερο παιχνίδι;
- Τι ώρα ξεκινάει τη μελέτη για το σχολείο;
- Σε καθημερινή βάση, πόσες ώρες μελετά και πόση επίβλεψη χρειάζεται;
- Τι ώρα πέφτει για ύπνο;
- Γενικά κοιμάται εύκολα και ο ύπνος του είναι συνεχόμενος στη διάρκεια της νύχτας;
- Τρώει ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο;
- Η διάθεσή του για φαγητό επηρεάζεται από τα σχολικά προβλήματα;

Ιστορικό προηγούμενων εκτιμήσεων

Εάν το παιδί είχε χρειαστεί να εκτιμηθεί αναπτυξιακά στο παρελθόν και είχε κάνει πρόγραμμα παρέμβασης, όπως λογοθεραπεία ή εργοθεραπεία, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Επιπλέον, ο παιδίατρος θα πρέπει να ρωτήσει εάν το σχολείο ζήτησε εκτίμηση του παιδιού από τα ΚΕ.Δ.Δ.Υ. (Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης Ειδικών Εκπαιδευτικών Αναγκών) και αν το παιδί παρακολουθεί το τμήμα ένταξης.

Εργαστηριακός έλεγχος

Εξετάσεις αίματος, ούρων ή απεικονιστικός έλεγχος, γενικά δεν χρειάζονται στην εκτίμηση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών, εφόσον η κλινική εικόνα και η φυσική εξέταση είναι φυσιολογικά.

Η οπτική και ακουστική ικανότητα θα πρέπει να έχουν ελεγχθεί.

Επί υποψίας νευρολογικού, γενετικού ή μεταβολικού νοσήματος, συνιστάται περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος.

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και μαθησιακές δυσκολίες

Πρόκειται για νευροβιολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από εγγενή ανεπάρκεια στη διατήρηση επιλεκτικής προσοχής. Είναι κληρονομική στο 70%

των περιπτώσεων, όμως στην εκδήλωσή της συμβάλλουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από:

- **Υπερβολική κινητικότητα** που είναι περισσότερο εμφανής σε δομημένες και οργανωμένες καταστάσεις που απαιτούν υψηλό βαθμό αυτοελέγχου. Το παιδί φαίνεται ιδιαίτερα δραστήριο αλλά η ενεργητικότητά του είναι πολλές φορές άσκοπη. Μεταπηδά από τη μία δραστηριότητα στην άλλη, χωρίς ποτέ να τελειώνει κάτι που έχει αρχίσει. Δεν μπορεί να μείνει καθιστό περισσότερο από μερικά λεπτά, τρέχει, χοροπηδάει, είναι υπερβολικά ομιλητικό και θορυβώδες, κουνά ένα μέρος του σώματος του ή στριφογυρίζει ακόμη και σε καταστάσεις υποθετικής ηρεμίας. Είναι ανυπόμονο, απαιτητικό και δεν αντέχει τις ματαιώσεις. Δυσκολεύεται να δεχθεί κανόνες και να σεβαστεί την επιβαλλόμενη πειθαρχία. Το βασικό κριτήριο είναι η υπερβολική δραστηριότητα, σε σχέση με την αναμενόμενη για τις εκάστοτε συνθήκες και σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας και του ίδιου δείκτη νοημοσύνης.
- **Έντονη παρορμητικότητα**, που το κάνει να εμπλέκεται σε επικίνδυνες καταστάσεις και μερικές φορές δείχνει να ενεργεί χωρίς να σκέφτεται. Έχει βρεθεί αυξημένο ποσοστό ατυχημάτων και δηλητηριάσεων στα υπερκινητικά παιδιά, τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη επίβλεψη.
- **Ελλειμματική προσοχή**, που καθιστά τα παιδιά να αδυνατούν να συγκεντρωθούν και να εκτελέσουν καθήκοντα που απαιτούν προσήλωση προσοχής.

Κατά συνέπεια παρουσιάζουν μαθησιακές διαταραχές και η εν γένει συμπεριφορά τους τα κάνει ανεπιθύμητα στην τάξη. Παρουσιάζουν γρήγορες και ξαφνικές αλλαγές της ψυχικής διάθεσης και έλλειψη αναστολών στις κοινωνικές σχέσεις. Το υπερκινητικό παιδί έχει άσχημη εικόνα για τον εαυτό του και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Συχνά, οι σχέσεις του με τους ενηλίκους χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών αναστολών και από έλλειψη τυπικότητας και συστολής, ενώ δεν είναι αγαπητό στα άλλα παιδιά και μπορεί να απομονώνεται. Συχνή είναι η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, ενώ είναι δυσανάλογα συχνές οι ειδικές καθυστερήσεις στην κινητική και τη γλωσσική ανάπτυξη.

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν **χαμηλή μαθησιακή ικανότητα**, όπως επίσης, ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν συχνά και συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η προσοχή και η συγκέντρωση είναι βασικές προϋποθέσεις για τη διαδικασία της μάθησης.

Στο αναπτυξιακό ιστορικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αναφέρονται συχνά **δυσκολίες συμπεριφοράς** από πολύ νωρίς, π.χ. ευερέθιστα βρέφη, πιο αργά στην προσαρμογή, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις ή αρνητική διάθεση, διαταραχές ύπνου και/ή περιγεννητικά στρεσογόνα γεγονότα. Πολλές φορές υπάρχει πρόωμη ανάπτυξη των κινητικών λειτουργιών. Αν και τα συμπτώματα πρωτοεμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών, η μέγιστη έντασή τους παρατηρείται στη σχολική ηλικία.

Μερικά παιδιά με προβλήματα προσοχής μπορεί να παρουσιάζουν **ήπια νευρολογικά σημεία** (soft signs). Πρόκειται για μη εστιακά νευρολογικά ευρήματα, όπως είναι η κινητική αστάθεια, συνκινησίες (κίνηση ενός μέρους του σώματος χωρίς πρόθεση, ενώ το παιδί εστιάζει στην κίνηση άλλου μέρους σώματος), ελλιπής αντίληψη δεξιού-αριστερού και φτωχή βραχύχρονη μνήμη.

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό και στο ιστορικό συμπεριφοράς και θα πρέπει να περιλαμβάνει αναφορές τόσο από τους γονείς όσο και από τους δασκάλους. Οι δάσκαλοι, καθώς έχουν τη δυνατότητα να παρατηρούν τη συμπεριφορά των παιδιών μέσα στην τάξη καθ' όλη τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, συχνά είναι οι πρώτοι που αναγνωρίζουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Η ελλειμματική προσοχή που σχετίζεται με φτωχές δεξιότητες ακρόασης, μειωμένη μνήμη, παρορμητικότητα και έλλειψη οργάνωσης μπορεί να μην γίνει εμφανής στο ήρεμο και χωρίς πολλά διασπαστικά ερεθίσματα περιβάλλον του παιδιατρικού ιατρείου. Επιπλέον, η φυσική εξέταση είναι συνήθως χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού, για να τα καταφέρει ένας μαθητής θα πρέπει να μπορεί να εστιάσει και να διατηρήσει την προσοχή του μέσα στην τάξη για χρονικό διάστημα από μισή έως μία ώρα. Οι μαθητές πρέπει σε ένα σταθερό πλαίσιο να μην διασπώνται εύκολα, να είναι επιλεκτικοί στο τι παρακολουθούν και να μπορούν να μετατοπίσουν την εστία της προσοχής τους γρήγορα. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διασπώνται εύκολα μέσα στην τάξη, δυσκολεύονται να αρχίσουν και να ολοκληρώσουν τη σχολική εργασία και κάνουν λάθη απροσεξίας. Επιπλέον, αγνοούν τις οδηγίες και τους κανόνες και οι εργασίες τους είναι συνήθως ημιτελείς και ανοργάνωτες. Δεν μπορούν να συμμορφωθούν, κάνουν συνεχώς θόρυβο, πειράζουν τα άλλα παιδιά και διακόπτουν συνεχώς το μάθημα.

Αν και οι νοητικές τους δυνατότητες είναι στο εύρος της τυπικής ανάπτυξης, η μαθησιακή τους ικανότητα είναι κατώτερη και χαρακτηριστικά έχει διακυμάνσεις.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Παι-

διατρικής Εταιρίας, για την εκτίμηση και διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τον πρωτοβάθμιο παιδίατρο, περιλαμβάνουν τις ακόλουθες συστάσεις:

- Σε κάθε παιδί ηλικίας 4 με 18 ετών στο οποίο αναφέρονται θέματα έλλειψης προσοχής, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, δυσκολίες στο σχολείο ή προβλήματα συμπεριφοράς, ο παιδίατρος πρέπει να διερευνά την πιθανή παρουσία ΔΕΠ-Υ.
- Για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, το παιδί πρέπει να πληροί τα κριτήρια που περιλαμβάνονται στο «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV-TR*»:
- Παρουσία τουλάχιστον 6 από τα 9 συμπεριφορικά συμπτώματα στον τομέα της απροσεξίας και/ή στον τομέα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο.
- Κάποια έκπτωση λόγω των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερους χώρους, π.χ. σχολείο και σπίτι.
- Παρουσία κάποιων από τα συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας πριν από την ηλικία των 7 ετών.
- Σημαντική έκπτωση στη μαθησιακή ικανότητα και/ή στην κοινωνική αλληλεπίδραση.
- Η διαγνωστική εκτίμηση για ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να περιλαμβάνει και εκτίμηση για συνυπάρχουσες καταστάσεις. Έτσι, η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ περιλαμβάνει προβλήματα ψυχικής υγείας, π.χ. εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή, κατάθλιψη, διαταραχή διαγωγής και μαθησιακές δυσκολίες.
- Δεν υπάρχει επιστημονική ένδειξη που να υποστηρίζει την ανάγκη για εργαστηριακό έλεγχο, όπως γενική αίματος, μύλυβδο αίματος, επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών, απεικονιστικό έλεγχο εγκεφάλου, ή ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

* Στο πρόσφατα αναθεωρημένο DSM-V ως προς τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ υπάρχουν οι εξής τροποποιήσεις: 1) Απαιτείται η παρουσία αρκετών συμπτωμάτων σε δύο ή περισσότερους χώρους. 2) Απαιτείται η παρουσία κάποιων από τα συμπτώματα πριν από την ηλικία των 12 ετών.

Περίπου 6% με 9% των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν συμπεριφορά συμβατή με ΔΕΠ-Υ.

Όπως συμβαίνει και με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές, η ακριβής διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να περιπλέκεται από το γεγονός ότι αρκετά από τα κεντρικά συμπτώματα της διαταραχής παρατηρούνται και στα φυσιολογικά παιδιά κατά την πορεία της τυπικής ανάπτυξης.

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες

Η συναισθηματική υγεία του παιδιού, το οικογενειακό περιβάλλον, το σχολείο και η ευρύτερη κοινότητα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που ο παιδί-ατρός θα πρέπει να λάβει υπόψη του, όταν υπάρχουν μαθησιακές δυσκολίες.

Η μέση παιδική ηλικία είναι συχνά η περίοδος που εμφανίζονται για πρώτη φορά προβλήματα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, διαταραχή διάθεσης, διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική διαταραχή). Σε σημαντικό ποσοστό τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν ακαδημαϊκές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς μέσα στην τάξη.

Η χρόνια οικογενειακή δυσλειτουργία ή μια αλλαγή στη ζωή της οικογένειας, ακόμα και προσωρινή, μπορεί σε ένα ευάλωτο παιδί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τη σχολική αποτυχία. Έτσι, αποχωρισμός, διαζύγιο, μια αρρώστια σε ένα μέλος της οικογένειας, κακοποίηση ή παραμέληση είναι μερικές από τις καταστάσεις που μπορεί να βιώνουν παιδιά σχολικής ηλικίας και να εμφανίζονται με κυρίαρχη δυσκολία τη σχολική απόδοση.

Τέλος, το ευρύτερο περιβάλλον του παιδιού στο σχολείο και στην κοινότητα μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία της μάθησης. Ένα πρόγραμμα σπουδών που δεν ανταποκρίνεται στις εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού, ένας δάσκαλος που δεν παρέχει κίνητρο για μάθηση ή έχει απαιτήσεις δυσανάλογες με τις ικανότητες του παιδιού ή μια κοινωνία όπου η σχολική επιτυχία δεν είναι βασικός στόχος, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μειωμένη μαθησιακή ικανότητα.

Ο βαθμός αναγνώρισης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και των διαταραχών ψυχικής υγείας κατά την άσκηση της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας είναι σχετικά χαμηλός. Μελέτες αναφέρουν ότι μόνο 15% των παιδιών σχολικής ηλικίας με σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος αναγνωρίζονται από τους παιδίατρος. Είναι εφικτή η χρήση ενός ανιχνευτικού ερωτηματολογίου. Το Pediatric Symptom Checklist (PSC) είναι ένα ψυχοκοινωνικό ανιχνευτικό ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για να διευκολύνει την αναγνώριση γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους (ηλικίας 4–16 ετών) με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση δυσκολιών και την κατάλληλη παρέμβαση. Παρά τον περιορισμό που θέτει η έλλειψη στάθμισής του στην Ελλάδα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την τακτική παιδιατρική εξέταση, καθώς η χορήγησή του είναι σύντομη και δεν απαιτεί εκπαίδευση.

3.3. Θέματα ειδικού παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος

Κατά τη σχολική περίοδο εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με τη μάθηση μπορεί να παρουσιαστούν και ψυχιατρικές διαταραχές που αφορούν το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά του παιδιού.

Αγχώδεις διαταραχές

Οι ανγχώδεις διαταραχές σε αυτή την ηλικία συνήθως εκφράζονται με την εκδήλωση φοβιών, γενικευμένου άγχους και ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων. Ιδιαίτερη μορφή αποτελεί η **σχολική φοβία**, η οποία συνδέεται με το άγχος αποχωρισμού της νηπιακής ηλικίας.

Σαν σχολική φοβία περιγράφεται ο παράλογος φόβος του παιδιού να πάει σχολείο. Το παιδί λέει ότι φοβάται, αλλά δεν ξέρει γιατί. Συχνά δίνει λογικοφανείς εξηγήσεις, όπως η άσχημη συμπεριφορά ενός δασκάλου απέναντί του, κλπ. Σωματικά συμπτώματα όπως έμετος, διάρροια, ταχυκαρδία, πονοκέφαλος, κοιλιακό άλγος, αποτελούν τις αιτίες τις οποίες το παιδί προβάλλει για να μην πάει σχολείο. Συνήθως τα συμπτώματα επιδεινώνονται όταν πλησιάζει η ώρα του σχολείου, ενώ δεν υπάρχουν τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Ακόμη και αν καταφέρει το παιδί να πάει σχολείο, φαίνεται αξιολύπητο, φοβισμένο, παραπονείται στον δάσκαλο και με την παραμικρή ευκαιρία ζητάει να γυρίσει σπίτι.

Η σχολική φοβία μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και παρουσιάζεται στο 2–3% του σχολικού πληθυσμού. Κυρίως όμως συμβαίνει κατά την έναρξη της σχολικής περιόδου ή σε περιόδους σχολικής αλλαγής. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία εμφάνισης, τόσο βαρύτερη είναι η μορφή της σχολικής φοβίας.

Η φοβία όταν το παιδί πάει για πρώτη φορά σχολείο είναι συνδεδεμένη με το άγχος αποχωρισμού. Εκφράζει τη δυσκολία του παιδιού να αφήσει τη μητέρα του και να βρεθεί σε ένα νέο περιβάλλον με άγνωστα πρόσωπα.

Η διάγνωση δικαιολογείται μόνο όταν ο φόβος του αποχωρισμού αποτελεί το επίκεντρο του άγχους και εμφανίζεται με ασυνήθιστη βαρύτητα για την ηλικία του παιδιού ή εμμένει και πέραν της συνήθους ηλικίας και προκαλεί προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας.

Η σχολική φοβία συνδεδεμένη με το άγχος αποχωρισμού έχει καλή πρόγνωση. Με την πάροδο των ημερών γίνονται συναισθηματικές επενδύσεις στο διδακτικό προσωπικό και η φοβία υποχωρεί.

Παιδική κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι δύσκολο να αναγνωριστεί στην παιδική ηλικία λόγω της αδυναμίας του παιδιού να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα θλίψης, απελπισίας και απόγνωσης. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκφράζεται κυρίως με σωματικά συμπτώματα (κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, ανορεξία, αϋπνία) και διαταραχές της συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος, απόσυρση).

Η επίπτωση της κατάθλιψης στα παιδιά υπολογίζεται από 0,4 έως 2,5%.

Η κλινική εικόνα της παιδικής κατάθλιψης παρουσιάζει αρκετές διαφορές από εκείνη των ενηλίκων.

Η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων θλίψης, απόγνωσης, απελπισίας σπάνια συναντάται στα παιδιά.

Μελαγχολικά ή ψυχωτικά συμπτώματα, υπολειμματική λειτουργικότητα, απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες, συναντώνται συχνότερα όσο αυξάνει η ηλικία. Αντίθετα, είναι συχνότερα στην παιδική ηλικία άγχος αποχωρισμού, φοβίες, σωματικά συμπτώματα και διαταραχές συμπεριφοράς. Ακόμη και κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης αλλάζει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.

Στη **σχολική ηλικία**, η κατάθλιψη αναγνωρίζεται κυρίως σαν αλλαγή συμπεριφοράς, πτώση στη σχολική απόδοση, διακοπή των σχέσεων με συνομηλίκους, απώλεια της ευχαρίστησης του παιχνιδιού, απομόνωση. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας μπορούν να εκφράσουν απαισιόδοξες σκέψεις, ιδέες αυτο-υποτίμησης και αυτομομφής.

Οι μαθησιακές δυσκολίες προέρχονται από τη διανοητική αναστολή που εκδηλώνεται με επιβράδυνση της κρίσης, απώλεια συγκέντρωσης και προσοχής, φτωχή φαντασία και προβλήματα μνήμης. Παρουσιάζεται επίσης, επιβράδυνση της δραστηριότητας με φυσική αδυναμία και κούραση, άρνηση συμμετοχής σε ομαδικά παιχνίδια, δυσκολία εκτέλεσης καθηκόντων που του επιβάλλονται.

Τα σωματικά συμπτώματα όπως ζάλη, κεφαλαλγία, ημικρανίες, διαταραχές ύπνου (αϋπνία, εφιάλτες) και διατροφής (ανορεξία, φοβίες τροφών) είναι τις περισσότερες φορές παρόντα.

Το παιδί δείχνει λυπημένο, δυστυχισμένο. Τίποτα δεν το ευχαριστεί και δεν καταφέρνει τίποτα. Πιστεύει ότι δεν το αγαπούν και δεν το θέλουν. Έχει μια φτωχή μιμική, με βλέμμα χωρίς έκφραση και μονότονη φωνή.

Σ' αυτή την ηλικία μπορεί να εκφραστούν ιδέες αυτοκτονίας αλλά οι απόπειρες είναι σπανιότερες απ' ό,τι στην εφηβεία.

Η παιδική κατάθλιψη είναι συνδεδεμένη με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικών συμπεριφορών, χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.

Τέλος, υπάρχει ο κίνδυνος εγκατάστασης μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής. Παράγοντας κινδύνου για μία τέτοια εξέλιξη είναι η μικρή ηλικία έναρξης του καταθλιπτικού επεισοδίου, το οικογενειακό ιστορικό διπολικής ή άλλης συναισθηματικής διαταραχής και η συνύπαρξη ψυχοκινητικής καθυστέρησης ή ψυχωτικών χαρακτηριστικών.

Ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία ή ο συνδυασμός των δύο φαίνεται να είναι οι αποτελεσματικότεροι τρόποι αντιμετώπισης της παιδικής κατάθλιψης.

Η επιλογή του πλαισίου και της διαδικασίας θα εξαρτηθούν από την κλινική εικόνα του μικρού ασθενή, την οικογενειακή υποστήριξη, τα κίνητρα και τη συμμόρφωση προς την προτεινόμενη θεραπεία. Η ψυχοθεραπεία φαίνεται να είναι κατάλληλη για ελαφριάς και μεσαίας βαρύτητας μορφές κατάθλιψης. Σε κάθε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση απαιτείται η συμμετοχή των γονέων.

Γενικά, είναι αποδεκτό ότι για την υγιή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού καλό είναι να αποφεύγονται οι πρώιμοι αποχωρισμοί, π.χ. μακροχρόνια απουσία της μητέρας, ταξίδια, νοσηλεία. Στην περίπτωση θανάτου της μητέρας, οι φροντίδες πρέπει να παρέχονται από ένα άλλο σταθερό πρόσωπο και να μην υπάρχει συχνή εναλλαγή πλαισίου διαμονής και φροντιστών.

Προβλήματα συμπεριφοράς

Επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για να περιγράψουν τα παιδιά με την προβληματική συμπεριφορά, οι επικρατέστεροι από τους οποίους είναι: **συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, συναισθηματικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές διαταραχές** (emotional, social and behavior problems) και **προβλήματα συμπεριφοράς**. Όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει ένα συνεχές (continuum) συμπεριφοράς, ο χαρακτηρισμός της οποίας ως «προβληματική» ή «μη προβληματική» εξαρτάται από το πού ορίζεται από το συγκεκριμένο περιβάλλον (σχολικό, οικογενειακό, κοινωνικό) το σημείο τομής ανάμεσα στο αποδεκτό και στο μη αποδεκτό. Έχει επανειλημμένα άλλωστε τονιστεί ότι δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ προβληματικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς, δεν παίρνει η προβληματική συμπεριφορά τις ίδιες μορφές στις διάφορες ηλικίες, δεν είναι προβληματική κάθε ενοχλητική συμπεριφορά, ενώ δεν μπορεί να αξιολογηθεί και να

κατανοηθεί η προβληματική συμπεριφορά έξω από το πολιτισμικό πλαίσιο όπου ζει και κινείται το παιδί.

Ο παιδίατρος, ως ο υπ' αριθμόν πρώτος επαγγελματίας επιστήμονας που έρχεται σε επαφή με το παιδί, αποτελεί βασικό πρόσωπο στην ανίχνευση προβληματικών συμπεριφορών, στην παραπομπή του παιδιού σε ψυχολόγο ή και ψυχίατρο και στην παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στην οικογένεια.

Η αναφορά σε διαταραχή συμπεριφοράς, προϋποθέτει το εξεταζόμενο πρότυπο συμπεριφοράς του παιδιού να:

- Επαναλαμβάνεται συστηματικά σε μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Παραβιάζει τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή τους κοινωνικούς κανόνες που έχουν τεθεί για κάθε στάδιο της ηλικίας.
- Είναι πολύ πιο σοβαρό από τις συνήθεις αταξίες της ηλικίας.

Αυτό σημαίνει ότι πολλά παιδιά κατά την ανάπτυξη τους παρουσιάζουν παραπτωματικά συμπτώματα, αλλά πολύ λιγότερα εμφανίζουν σαφή διαταραχή συμπεριφοράς.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι πιο συχνές και εμφανίζονται νωρίτερα στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια. Οι δείκτες παραπτωματικότητας είναι υψηλότεροι στις μεγαλουπόλεις απ' ό,τι στις μικρότερες πόλεις, που με τη σειρά τους εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες από τις αγροτικές περιοχές.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία. Στη δημιουργία τους ενοχοποιούνται:

- Ιδιοσυστατικοί νευροφυσιολογικοί και ορμονικοί παράγοντες.
- Γενετικοί παράγοντες.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.
- Ατομικοί ενδοψυχικοί παράγοντες.

Υποστηρίζεται ότι χρειάζεται συνέργεια περισσοτέρων του ενός παραγόντων για την εμφάνισή τους.

Θεωρείται ότι η υγιής ανάπτυξη του παιδιού και η φυσιολογική του προσαρμογή στην κοινωνία εξαρτάται από την ύπαρξη, κατά τα πρώιμα στάδια της ζωής του, ικανοποιητικών σχέσεων με τους γονείς (ή τα υποκατάστατά τους), που του προσφέρουν αγάπη και ασφάλεια. Γι' αυτό δίνεται μεγάλη παθολογική σημασία σε ό,τι διαταράσσει την ανάπτυξη υγιούς «δεσμού» ανάμεσά τους. Η ανυπαρξία σταθερού οικογενειακού περιβάλλοντος, η ανατροφή σε απρόσωπα ιδρύματα ή η ασυμβατότητα της ιδιοσυγκρασίας παιδιού και γονέων, θέτουν το παιδί σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη παραπτωματικής συμπεριφοράς.

Η έλλειψη του πατέρα, η αντικοινωνική συμπεριφορά του, ο αλκοολισμός ή η ανυπαρξία ικανοποιητικού υποκατάστατου, έχει συσχετισθεί με την παραπρωματικότητα των αγοριών. Οι αρνητικές σχέσεις των γονέων μεταξύ τους που οδηγούν σε ανεπαρκή επίβλεψη της ανατροφής των παιδιών ή σε παραμέληση και πολλές φορές σε κακοποίησή τους, έχει τεκμηριωθεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διαταραχών της συμπεριφοράς.

Για τη διάγνωση χρειάζεται να λαμβάνονται υπ' όψιν τα παρακάτω:

- Η διάρκεια των συμπτωμάτων να είναι συνεχής και όχι μικρότερη των έξι μηνών.
- Τα συμπτώματα να είναι ανάλογα με την ηλικία.
- Τα συμπτώματα να εντάσσονται σε μία από τις ακόλουθες συμπεριφορές:
 - Καθ' υπερβολή διενέξεις και εκφοβισμοί.
 - Ασυνήθιστα συχνές και έντονες εκρήξεις θυμού.
 - Προκλητική συμπεριφορά.
 - Επίμονη και σοβαρή ανυπακοή, σκληρότητα προς τα ζώα ή τους άλλους ανθρώπους.
 - Σοβαρή καταστροφική δραστηριότητα.
 - Εμπρησμοί, κλοπές, συνεχείς ψευδολογίες.
 - Συχνές απουσίες από το σχολείο και φυγές από το σπίτι.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά συμβαδίζουν με τις αναπτυξιακές φάσεις. Στην προσχολική ηλικία κυριαρχούν οι εκρήξεις θυμού, η επιθετικότητα στα άλλα παιδιά, η ανυπακοή, το πείσμα, η άσκοπη κινητική δραστηριότητα και η διάσπαση προσοχής. Στη λανθάνουσα περίοδο (Δημοτικό) προστίθεται η λεκτική επιθετικότητα, ενώ εμφανίζεται βίαιη συμπεριφορά απέναντι στους άλλους και τα ζώα, κλοπές (συνήθως από το σπίτι), ψευδολογίες, ανυπακοή στην τάξη, καταστρατήγηση των σχολικών κανόνων και καταστροφική συμπεριφορά συνήθως απέναντι στο σχολείο.

Θεραπευτικά έχουν δοκιμασθεί όλες οι δυνατές ψυχιατρικές θεραπείες, χωρίς σαφείς ενδείξεις υπερσχής καμίας. Χρειάζεται εξατομίκευση της περίπτωσης και συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση στο παιδί, στους γονείς και στο περιβάλλον π.χ. σχολείο.

Στις περιπτώσεις όπου η προβληματική συμπεριφορά του παιδιού ή του εφήβου, εκδηλώνεται συστηματικά και διαρκεί για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών, είναι απαραίτητο να κατευθύνει ο παιδίατρος την οικογένεια στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας.

Η παραπομπή του παιδιού στον ψυχίατρο ή ψυχολόγο, είναι αναγκαία εφόσον ο ειδικός θα καθορίσει την ύπαρξη ή μη της διαταραχής, τη σοβαρότητα των

συμπτωμάτων, τους παράγοντες που επηρεάζουν την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού και τη θεραπεία που απαιτείται για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Παιδικές ψυχώσεις

Οι παιδικές ψυχώσεις αποτελούν τις βαρύτερες ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Έχουν πολύπλοκη κλινική εικόνα εκφραζόμενη με σοβαρές διαταραχές της σκέψης και της αντίληψης και αλλαγή της συμπεριφοράς που τις συνοδεύει. Χαρακτηρίζονται από τη βαθιά διαταραχή της αντίληψης που έχει το παιδί για τον εαυτό του και των σχέσεων που κάνει με το περιβάλλον του. Η εκτίμηση της απώλειας επαφής με την πραγματικότητα και η εναισθησία ή μη του παθολογικού, γίνεται σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Οι επιπτώσεις τους είναι σοβαρές, τόσο στη δόμηση της προσωπικότητας του παιδιού όσο και στη ζωή της οικογένειας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση διαφοροποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας, την οξεία ή προοδευτική έναρξη και την ηλικία του παιδιού. Απευθύνεται τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένεια και απαιτεί τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας.

Στα ταξινομητικά συστήματα ICD-10 και DSM-V υπάρχει μόνο η κλινική περιγραφή της σχιζοφρένειας ενηλίκων. Η παιδική σχιζοφρένεια διαφοροποιείται μόνο από την ηλικία έναρξης. Ο αυτισμός διαχωρίζεται και τοποθετείται στο κεφάλαιο των αναπτυξιακών διαταραχών. Δεν υπάρχει καμία αναφορά στον όρο παιδική ψύχωση, ούτε στις ιδιαίτερες συμπεριφερειακές διαταραχές που εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία.

Η κλινική εικόνα των παιδικών ψυχώσεων χαρακτηρίζεται από τη βαρύτητα αλλά και την πολυμορφία της παθολογίας. Τα συμπτώματα είναι ποικίλα με σωματική, συμπεριφορική ή καθαρά ψυχική έκφραση. Κανένα σύμπτωμα δεν είναι παθognωμικό. Ο συνδυασμός τους όμως δείχνει τη βαθιά διαταραχή των σχέσεων του παιδιού με το περιβάλλον του. Δείχνει επίσης την αλλοίωση της εικόνας εαυτού και την αστάθεια των ορίων του Εγώ.

Η συμπτωματολογία διαφέρει ανάλογα με την ηλικία έναρξης.

Οι **ψυχώσεις στη λανθάνουσα περίοδο** προσδιορίζονται από το γεγονός ότι αυτά τα παιδιά μπόρεσαν να κατακτήσουν τρόπους επικοινωνίας κυρίως μέσω του λόγου. Οι νοητικές τους ικανότητες είναι φυσιολογικές και η προσαρμογή τους μέχρι την εκδήλωση της ψύχωσης σχετικά ικανοποιητική. Κυριαρχεί η δυσκολία σύνταξης διαπροσωπικών σχέσεων.

Η απομόνωση δεν φτάνει στην ένταση της αυτιστικής απόσυρσης, αλλά είναι μάλλον αποτέλεσμα συναισθηματικής αναστολής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το συναίσθημα είναι ασταθές και κυμαίνεται από την κατάθλιψη μέχρι την υπερδιέγερση με μανιακή χροιά. Το παιδί γίνεται υπερκινητικό, με ακατάπαυστες και διάσπαρτες δραστηριότητες.

Η επίμονη εναλλαγή φάσεων, απόσυρσης με καταθλιπτικά συναισθήματα και μη ελεγχόμενης διέγερσης, εκλαμβάνεται ως η κλινική έκφραση των συναισθηματικών ψυχώσεων που πολύ σπάνια συναντώνται στην παιδική ηλικία.

Η πλήρης διακοπή της λεκτικής επικοινωνίας μπορεί να σηματοδοτήσει την έναρξη της ψύχωσης. Συχνότερα παρατηρείται εξαφάνιση λέξεων, που το παιδί είχε μάθει και χρησιμοποιούσε, παραγωγή λέξεων χωρίς σημασία και ιδιόζουσα χρήση του λόγου. Η κινητικότητα είναι διαταραγμένη με χαρακτηριστικό περπάτημα, άκαμπτη στάση του σώματος και δυσκολία στις λεπτές κινήσεις.

Η επιθετικότητα είναι κυρίαρχη σε όλες τις εκδηλώσεις του ψυχωτικού παιδιού. Καταστρέφει αντικείμενα, τα παιχνίδια του, τις ζωγραφιές του ή στρέφεται εναντίον προσώπων του περιβάλλοντός του (δαγκώνει, κλωτσάει, χτυπάει) ακόμη και εναντίον του εαυτού του.

Στο σχολείο η προσαρμογή είναι δύσκολη λόγω των διαταραχών συμπεριφοράς. Η μάθηση είναι ανισομερής, ορισμένοι τομείς ενδιαφέροντος υπερεπενδύονται, με αποτέλεσμα να σημειώνονται επιλεκτικές επιδόσεις, ενώ άλλοι τομείς υπολείπονται και παρουσιάζουν κενά. Ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές κυρίως τελετουργίες και άτυπες φοβίες συνυπάρχουν, χωρίς να παραπέμπουν σε νευρωτικούς μηχανισμούς.

Σ' αυτήν την ηλικία μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων, που δεν θεωρούνται όμως στοιχεία απαραίτητα για τη διάγνωση της παιδικής ψύχωσης.

Η **παιδική σχιζοφρένεια** είναι πολύ σπάνια. Η επίπτωση της διαταραχής είναι σταθερή κατά τη λανθάνουσα περίοδο και παρουσιάζει έξαρση στην εφηβεία.

Οι τυπικές σχιζοφρενικές διαταραχές εμφανίζονται από την ηλικία των 6–7 ετών και μέχρι την εφηβεία αποκτούν βαθμιαία την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας των ενηλίκων.

Η εξέλιξη διαφέρει αν πρόκειται για παιδική ψύχωση ή αν υπάρχει η δομημένη κλινική εικόνα της παιδικής σχιζοφρένειας.

Οι έρευνες για τη συνέχεια της παιδικής ψύχωσης δείχνουν ότι τα ψυχωτικά παιδιά δεν γίνονται πάντα σχιζοφρενείς ενήλικες. Συχνά η παιδική ψύχωση μπο-

ρεί να δώσει στην ενήλικη ζωή την εικόνα της διαταραχής της προσωπικότητας ή της ελλειμματικότητας, αν συνυπάρχει νοητική καθυστέρηση.

Όσον αφορά την παιδική σχιζοφρένεια, οι έρευνες έχουν αποδείξει τη συνέχειά της από την παιδική στην ενήλικη ζωή.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται από την ένταση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, από την οξεία ή μη έναρξη και από την ηλικία του παιδιού.

Νοσηλεία σε εξειδικευμένο παιδοψυχιατρικό πλαίσιο απαιτείται στην οξεία έναρξη, που συνήθως συμβαίνει στην εφηβεία και σπανιότερα στη λανθάνουσα περίοδο (6–12 ετών). Σε περίπτωση μακροχρόνιας νοσηλείας απαιτείται η θεραπευτική αντιμετώπιση να καλύπτει και τις κοινωνικές και τις εκπαιδευτικές ανάγκες του παιδιού.

Όταν η έναρξη είναι προοδευτική και η συμπτωματολογία ανιχνεύεται κυρίως στις διαταραχές συμπεριφοράς και τις δυσκολίες προσαρμογής, καταλληλότερο είναι το νοσοκομείο ημέρας. Το παιδί δεν απομακρύνεται από το οικογενειακό πλαίσιο και ταυτόχρονα του παρέχεται μακροχρόνια εξειδικευμένη θεραπευτική αγωγή.

Η διαφορετική διαγνωστική εκτίμηση καθορίζει εν μέρει και τη θεραπευτική προσέγγιση. Η παιδική σχιζοφρένεια απαιτεί φαρμακοθεραπεία και πιθανόν νοσηλεία. Αντίθετα, οι παιδικές ψυχώσεις με την ευρύτερη έννοια αντιμετωπίζονται κυρίως ψυχοθεραπευτικά.

Pediatric Symptom Checklist (PSC)

Συναισθηματική και σωματική υγεία συμβαδίζουν στα παιδιά. Επειδή οι γονείς συχνά είναι οι πρώτοι που παρατηρούν κάποιο πρόβλημα σχετικά με τη συμπεριφορά του παιδιού τους, τα συναισθήματα ή τη μάθηση, μπορείτε να βοηθήσετε το παιδί σας να έχει την καλύτερη πιθανή φροντίδα απαντώντας αυτές τις ερωτήσεις.

Παρακαλώ υποδείξτε ποια δήλωση περιγράφει καλύτερα το παιδί σας.

	ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ
1. Παραπονιέται για πόνους.	☐	☐	☐
2. Περνάει τον περισσότερο χρόνο μόνο του.	☐	☐	☐
3. Κουράζεται εύκολα, λίγη ενέργεια.	☐	☐	☐
4. Δεν μπορεί να καθίσει ήσυχο για πολύ ώρα.	☐	☐	☐
5. Έχει προβλήματα με τον/τη δάσκαλο/α.	☐	☐	☐
6. Δεν ενδιαφέρεται πολύ για το σχολείο.	☐	☐	☐
7. Ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».	☐	☐	☐
8. Ονειροπολεί πολύ.	☐	☐	☐
9. Διασπάται πολύ εύκολα.	☐	☐	☐
10. Το φοβίζονται οι νέες καταστάσεις.	☐	☐	☐
11. Νιώθει λυπημένο, δυστυχισμένο.	☐	☐	☐
12. Είναι ευερέθιστο, θυμωμένο.	☐	☐	☐
13. Αισθάνεται απελπισμένο.	☐	☐	☐
14. Έχει προβλήματα συγκέντρωσης.	☐	☐	☐
15. Δείχνει λίγο ενδιαφέρον για φίλους.	☐	☐	☐
16. Μαλώνει με τα άλλα παιδιά.	☐	☐	☐
17. Απουσιάζει από το σχολείο.	☐	☐	☐
18. Παρουσιάζει πτώση βαθμών στο σχολείο.	☐	☐	☐
19. Είναι στεναχωρημένο.	☐	☐	☐
20. Επισκέπτεται το γιατρό χωρίς ο γιατρός να βρίσκει κάτι παθολογικό.	☐	☐	☐
21. Έχει προβλήματα ύπνου.	☐	☐	☐
22. Ανησυχεί πολύ.	☐	☐	☐
23. Θέλει να είναι μαζί σας περισσότερο απ' ό,τι παλιότερα.	☐	☐	☐
24. Αισθάνεται ότι είναι κακό.	☐	☐	☐
25. Κάνει ριποκίνδυνα πράγματα.	☐	☐	☐
26. Τραυματίζεται εύκολα.	☐	☐	☐
27. Φαίνεται να διασκεδάζει λιγότερο.	☐	☐	☐
28. Συμπεριφέρεται πιο ανώριμα από τα παιδιά της ηλικίας του.	☐	☐	☐
29. Δεν υπακούει σε κανόνες.	☐	☐	☐
30. Δεν δείχνει τα συναισθήματά του.	☐	☐	☐
31. Δεν αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων.	☐	☐	☐
32. Κοροϊδεύει τους άλλους.	☐	☐	☐
33. Κατηγορεί τους άλλους για τα προβλήματά του.	☐	☐	☐
34. Παίρνει αντικείμενα που δεν του ανήκουν.	☐	☐	☐
35. Αρνείται να μοιράζεται.	☐	☐	☐

Συνολική βαθμολογία

Τι είναι το Pediatric Symptom Checklist (PSC)

Το PSC είναι ένα ψυχοκοινωνικό ανιχνευτικό εργαλείο που σχεδιάστηκε για να διευκολύνει την αναγνώριση γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά και εφήβους (ηλικίας 4–16 ετών) με σκοπό την έγκαιρη και κατάλληλη παρέμβαση.

Οδηγίες για τη βαθμολόγηση

Αποτελείται από 35 ερωτήσεις που απαντώνται από τους γονείς ως «Ποτέ», «Μερικές φορές», ή «Συχνά» ανάλογα με το ποιο περιγράφει καλύτερα το παιδί τους. Η βαθμολόγηση στη συνέχεια γίνεται χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

0=Ποτέ

1=Μερικές φορές

2=Συχνά

Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται προσθέτοντας τους βαθμούς από κάθε μία από τις 35 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που έχουν μείνει κενές δεν λαμβάνονται υπόψη (δηλ. βαθμολογούνται με 0). Εάν 4 ή περισσότερες ερωτήσεις έχουν μείνει κενές, το ερωτηματολόγιο δεν θεωρείται έγκυρο.

Για τα παιδιά 4–5 χρόνων οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 5,6,17 και 18 δεν υπολογίζονται διότι δίνουν έμφαση σε σχολικά θέματα που δεν τα αφορούν.

Για τα παιδιά και τους εφήβους ηλικίας 6–16 χρόνων συνολικό άθροισμα ≥ 28 θεωρείται σημαντική ένδειξη ψυχοκοινωνικής διαταραχής. Για τα παιδιά 4–5 χρόνων ως διαχωριστικό όριο ορίζεται το ≥ 24 .

Πώς να ερμηνεύσετε το PSC

Θετική βαθμολόγηση στο PSC (δηλαδή συνολική βαθμολογία ≥ 28 ή 24 ανάλογα με την ηλικία του παιδιού), υποδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω εκτίμηση από τον επαγγελματία υγείας. Ανασκοπώντας τις κύριες λειτουργίες του παιδιού (σχολείο, οικογένεια, δραστηριότητες, φίλοι, διάθεση), ο επαγγελματίας υγείας θα αποφασίσει αν θα παραπέμψει το παιδί ή αν θα το επανεκτιμήσει ο ίδιος σε μια επόμενη συνάντηση. Στοιχεία από προηγούμενες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το PSC, δείχνουν ότι δύο στα τρία παιδιά και εφήβους που έχουν ανιχνευθεί θετικά στο PSC πράγματι έχουν μέτρια ή σοβαρή διαταραχή στην ψυχοκοινωνική λειτουργία. Το ένα στα τρία παιδιά ή εφήβους που «λανθασμένα» ανιχνεύεται συχνά έχει μια ήπια διαταραχή, αν και ένα μικρό ποσοστό συμβαίνει να έχει πολύ μικρή ή και καθόλου διαταραχή (για παράδειγμα ένα παιδί ή έφηβος που λειτουργεί ικανοποιητικά αλλά έχει έναν εξαιρετικά αγχώδη γονέα).

Στοιχεία σχετικά με το αρνητικό αποτέλεσμα του ανιχνευτικού ελέγχου με το PSC δείχνουν ακρίβεια 95%, που αν και στατιστικά είναι επαρκής, σημαίνει ότι 1 στα 20 παιδιά και εφήβους που κατατάσσονται ότι λειτουργούν ικανοποιητικά, μπορεί πραγματικά να έχουν κάποιου είδους διαταραχή.

Συμπερασματικά, η παρουσία τόσο ψευδώς θετικών όσο και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων σε ένα ανιχνευτικό εργαλείο όπως το PSC είναι αναπόφευκτη και υπογραμμίζει τη σημασία της κλινικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της βαθμολόγησής του από τον επαγγελματία πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας.

Για να καθορίσετε τον τύπο των προβλημάτων ψυχικής υγείας που υπάρχουν, προσδιορίστε τις βαθμολογίες στις 3 υποκλίμακες του PSC:

PSC: Υποκλίμακα προσοχής	PSC: Υποκλίμακα εξωτερικευμένων προβλημάτων
Αποτελείται από 5 ερωτήσεις: 4. Δεν μπορεί να καθίσει ήσυχο για πολύ ώρα 7. Ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή» 8. Ονειροπολεί πολύ 9. Διασπάται πολύ εύκολα 14. Έχει δυσκολίες συγκέντρωσης Παιδιά που λαμβάνουν ≥ 7 βαθμούς στις παραπάνω 5 ερωτήσεις μπορεί να χρειάζονται έλεγχο για ΔΕΠ-Υ.	Αποτελείται από 7 ερωτήσεις: 16. Μαλώνει με τα άλλα παιδιά 29. Δεν υπακούει σε κανόνες 31. Δεν αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων 32. Κοροϊδεύει τους άλλους 33. Κατηγορεί τους άλλους για τα προβλήματά του 34. Παίρνει πράγματα που δεν του ανήκουν 35. Αρνείται να μοιράζεται Η υποκλίμακα αυτή ανιχνεύει διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική προκλητική διαταραχή κλπ. Παιδιά που λαμβάνουν ≥ 7 βαθμούς στις παραπάνω 7 ερωτήσεις μπορεί να χρειάζονται παρέμβαση.
PSC: Υποκλίμακα εσωτερικευμένων προβλημάτων	PSC: Διερεύνηση αναπτυξιακών/μαθησιακών δυσκολιών
Αποτελείται από 5 ερωτήσεις: 11. Νιώθει λυπημένο, δυστυχισμένο 13. Αισθάνεται απελπισμένο 19. Είναι στεναχωρημένο 22. Ανησυχεί πολύ 27. Φαίνεται να διασκεδάζει λιγότερο Η υποκλίμακα αυτή ανιχνεύει κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Παιδιά που λαμβάνουν ≥ 5 βαθμούς στις παραπάνω ερωτήσεις μπορεί να χρειάζεται να παραπεμφθούν.	Εάν ένα παιδί αποτύχει σε ολόκληρη τη δοκιμασία μπορεί να χρειάζεται να παραπεμφθεί για μαθησιακή/αναπτυξιακή εκτίμηση. Τα παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν σχεδόν σταθερά μαθησιακά προβλήματα και παιδιά με αναπτυξιακά ή μαθησιακά προβλήματα είναι υψηλού κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) American Academy of Pediatrics. Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Tools for Professionals. Διαθέσιμο στο: www.brightfutures.org
- 2) Jellinek MS, Murphy JM, Little M, et al. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1999; 153:254–60.
- 3) Little M, Murphy JM, Jellinek MS, et al. 1994. Screening 4-and 5-year old children for psychosocial dysfunction: A preliminary study with the Pediatric Symptom Checklist. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994; 15:191–7.
- 4) Gardner W. et al. The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist psychosocial problem subscales: A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*. 1999; 5:225–36.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Middle childhood: 7 and 8 Year Visits. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 2) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Promoting Child Development. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 3) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Promoting Mental Health. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 4) Dixon S., Stein M. Encounters with children. Pediatric behavior and development. 4th edition. 2006, Mosby, Elsevier.
- 5) Rimrod S, Lipkin P. Learning Disabilities and School Failure. Pediatrics in Review 2011; 32:315–324.
- 6) Νίκος Τομαράς. Μαθησιακές Δυσκολίες. Ισοτίμιες ευκαιρίες στην εκπαίδευση. εκδόσεις Πατάκη, 2008.
- 7) Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder, steering committee on quality improvement and management. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics; 2011; 128:1007–22.
- 8) American Psychiatric Publishing; 5 edition (May 27, 2013). Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-V).
- 9) Hall D., Elliman D. Health for all children. Revised fourth edition. 2006, Reprinted 2007, 2008. Oxford university press.
- 10) Rourke Baby Record: Evidence-Based Infant/Child Health Maintenance Guide. Canadian Paediatric Society. Διαθέσιμο στο www.rourkebabyrecord.ca
- 11) Centers for Disease Control and Prevention. Middle childhood (6–8 years of age). Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/middle.html

Βιβλιογραφικές πηγές ειδικών παιδοψυχιατρικών θεμάτων

- 1) Μπεράτη Σ. (1987) Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη της λανθάνουσας περιόδου στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987:31–42.
- 2) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Ρότσικα Β. (2007): «Γενική ψυχοπαθολογία και συναφείς διαταραχές της παιδικής ηλικίας» στο Σολδάτος Κ. και Λύκουρας Α. «Σύγγραμμα Ψυχιατρικής» Δεύτερος Τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 491–536.
- 3) Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 3–18.
- 4) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (2001), Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων στο Ν. Βαϊδάκης, Β. Αλεβίζος, Κ. Ευθυμίου, Επιμ., Σεξουαλική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, σελ. 21–316.
- 5) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2000), Διαταραχές Πρώιμης Έναρξης στο Γ. Ν. Χριστοδούλου και συν., Ψυχιατρική, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, τομ. 2^{ος}, σελ. 644–658.
- 6) Γιαννοπούλου Ι, Γιαννάκη Ρ, Παπανικολάου Α. (2013) Διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές πρόσληψης τροφής, ύπνου και απέκκρισης στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:730–744.
- 7) Κολαΐτης Γ, Χριστογιώργος Σ, Λαζαράτου Ε. (2013) Διαταραχές άγχους και διάθεσης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:717–729.
- 8) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2001), Παιδικές Ψυχώσεις στο Κ. Σολδάτος, Επιμ., Ψυχώσεις: Διάγνωση και Αντιμετώπιση, Έκδοση Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, σελ. 191–204.
- 9) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2005) «Πρόληψη στα διάφορα στάδια ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 359–372.
- 10) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ.Ι. (2005) «Παιδική κατάθλιψη» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 455–465.
- 11) Τσιάντης Γ, Αναγνωστόπουλος Δ. (2000), Νοητική Καθυστέρηση στο Γ. Ν. Χριστοδούλου και συν., Ψυχιατρική, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, τομ. 2^{ος}, σελ. 618–626.
- 12) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (2000), Μαθησιακές Δυσκολίες στο Γ. Ν. Χριστοδούλου και συν., Ψυχιατρική, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, τομ. 2^{ος}, σελ. 627–633.
- 13) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2001), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, Υπερκινητικότητα, στο Γ. Τσιάντης, Επιμ., Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, Κεφ. VII, σελ. 135–147.
- 14) Αναγνωστόπουλος Δ. (2001), Μαθησιακές Διαταραχές, στο Γ. Τσιάντης, Επιμ., Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, Κεφ. XVI, σελ. 315–342.
- 15) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Σίνη Α, Ρότσικα Β. (2005) «Διαταραχές της Σχολικής Μάθησης: Κλινικές εικόνες και πρόληψη» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 419–428.
- 16) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2005) «Πρόληψη και Σχολείο» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 409–418.
- 17) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (2008) «Εκπαίδευση και Πρόληψη-Προαγωγή Ψυχικής Υγείας» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 18) Αναγνωστόπουλος Δ, Ρότσικα Β, Σίνη Α (2008) «Οι μαθησιακές διαταραχές: ένα παράδειγμα έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 19) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2008) «Η επίδραση των ψυχικά ασθενών μητέρων στην ανάπτυξη των

- παιδιών» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 20) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (2008) «Οι ψυχοσωματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
 - 21) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (2008) «Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας και της αναπηρίας στα παιδιά» στο Αναγνωστόπουλος Δ. Λαζαράτου Ε (επιμ) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
 - 22) Σακελλαρίου Αικ., Βλασσοπούλου Μ., Αναγνωστόπουλος Δ., Πλουμπίδης Δ. (2007): «Η αναγνωριστική ικανότητα παιδιών ηλικίας 7–8 ετών, μαθητών της Β' τάξης του Δημοτικού, που εμφανίζουν δυσκολίες στη σχολική μάθηση» στο Βλασσοπούλου Μ., Γιαννετοπούλου Α., Διαμαντή Μ., Κιρπότην Λ., Λεβαντή Ε., Λευθήρη Κ. και Σακελλαρίου Γ. «Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης». Εκδόσεις: Γρηγόρη, Αθήνα, σελ. 211–220.
 - 23) Αναγνωστόπουλος Δ. (2008): «Η παραπρωματικότητα των παιδιών και των εφήβων» στο Αθ. Δουζένης και Λ. Λύκουρας «Ψυχιατροδικαστική». Έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα, σελ. 173–183.
 - 24) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Λαζαράτου Ε. (2010): «Το παιδί και η οικογένεια απέναντι στην ασθένεια και τη νοσηλεία» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 35–44.
 - 25) Ρότσικα Β., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Νοητική καθυστέρηση» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 243–250.
 - 26) Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 309–320.
 - 27) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Παραπρωματικότητα στο παιδί και τον έφηβο» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 345–354.
 - 28) Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 381–396.
 - 29) Αναγνωστόπουλος Δ. (1989) Ψυχοδυναμική της Κακοποίησης-Παραμέλησης του παιδιού και ο ρόλος του Παιδοψυχιάτρου στο Πρακτικά Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας για την Κακοποίηση-Παραμέληση του Παιδιού. Έκδοση Εκπαιδευτικό Κέντρο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, σελ. 42–44.
 - 30) Αναγνωστόπουλος Δ. (1993) Η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της παραπρωματικότητας στο «Παιδιά με Υπερκινητικό Σύνδρομο και Διαταραχές διαγωγής : Πρόκληση για τους ειδικούς και το Σχολείο».
 - Έκδοση Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδας, Αθήνα, σελ. 60–66.
 - 31) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (1998) Υποτροπιάζων κοιλιακός πόνος στα παιδιά. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 15, τεύχος 5, σελ. 420–423.
 - 32) Βλασσοπούλου Μ., Ρότσικα Β., Τσίπρα Ι., Λεγάκη Λ., Αναγνωστόπουλος Δ. (2010), «Η μακροχρόνια εξέλιξη των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών του λόγου» στο Κουλιεράκης Γ., Πασχάλη Α., Ρότσικα Β., Τζινιέρη-Κοκκώση Μ. (επιμ.) «Κλινική Ψυχολογία και Ψυχολογία της Υγείας», Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 104.
 - 33) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2003) Παιδιά υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας. Ψυχιατρική, τόμος 14, τεύχος 2, σελ. 86–89.
 - 34) Αναγνωστόπουλος Δ. (2000) Η αιτιοπαθογένεια των μαθησιακών διαταραχών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 17, τεύχος 5, σελ. 506–517.
 - 35) Αναγνωστόπουλος Δ, Σίνη Α, Σμπώκος Ο, Πεχλιβανίδου Ε, Μαδιανός Μ. (2000) Η επίδραση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης στην εξέλιξη των μαθησιακών διαταραχών. Ψυχιατρική, τόμος 11, τεύχος 3, σελ. 184–196.
 - 36) Αναγνωστόπουλος Δ. (2001) Η συννοσηρότητα των μαθησιακών διαταραχών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 18, τεύχος 5, σελ. 457–465.
 - 37) Αναγνωστόπουλος Δ, Ρότσικα Β, Σίνη Α, Τσίτουρα Σ. (2000) Η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης των εξελκτικών μαθησιακών διαταραχών στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα. Ψυχιατρική, τόμος 11, τεύχος 2, σελ. 105–112.
 - 38) Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Θ. Σίνη. «Διαταραχές σχολικής μάθησης και ψυχοπαθολογία». Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2005.
 - 39) Φρανσίσ Κ, Βλασσοπούλου Μ, Αναγνωστόπουλος Δ. (2013) Αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:700–711.
 - 40) Έρικ Έρικσον. Η παιδική ηλικία και η κοινωνία, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1990.
 - 41) Nospitz Joseph, Basic Handbook of Child Psychiatry, Normal Development. Basic Books Inc., New York, 1979, Vol. 1:3–233.
 - 42) Andres Martin, Fred R. Volkmar, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th Edition, Development of school-aged children, Wolters Klower, Lippincott, Williams and Wilkins, USA 2007, 267–278.
 - 43) Loeber R, Burke J.D, Lahey B.B, Winters A, Zera D.M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2000, 39:12, 1468–1484.
 - 44) Burke J.D, Loeber R, Birmaher B. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2002, 41:11, 1275–1293.
 - 45) King N.J., Bernstein G.A. School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2001, 40:2, 197–205.
 - 46) Mikkelsen E.J., M.D Enuresis and Encopresis: Ten Years of Progress. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2001, 40:1146–1158.
 - 47) Pavuluri M.N., Birmaher B, Naylor M.W. Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. J. Am.

- Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2005, 44:9, 846–871.
- 48) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007, 46:107–125.
- 49) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2004, 43:1540–1550.
- 50) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007, 46:1503–1526.
- 51) McClellan J, Stock S, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2013, 52:976–990.
- 52) Thiago Botter Maio Rocha, Cristian Patrick Zeni, Sheila Cavalcante Caetano, Christian Kieling. Mood disorders in childhood and adolescence. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013, 35:S22–S31.

4. ΕΦΗΒΕΙΑ

Εισαγωγή

Η εφηβική ηλικία είναι μία μεταβατική περίοδος από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία και αυτοδιαχείριση, με χαρακτηριστικά που θυμίζουν την παιδική ηλικία αλλά και την ενήλικη ζωή. Παρά τον μεταβατικό της χαρακτήρα η εφηβική ηλικία αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο με ειδικά γνωρίσματα και στόχους.

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωσή του. Η ενηλικίωση κοινωνικά γίνεται αποδεκτή με άλλο τρόπο και σε διαφορετικό χρόνο, σύμφωνα με τις πολιτισμικές αξίες της κάθε κοινωνίας. Έτσι, η εφηβεία αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήβης, δια μέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από ταχύτατες σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές. Ο όρος **ενηβωση** αναφέρεται μόνο στις σωματικές μεταβολές. Η έναρξή της στα αγόρια σηματοδοτείται από την αύξηση του όγκου των όρχεων και συμβαίνει το νωρίτερο στην ηλικία των εννέα χρόνων και το αργότερο στην ηλικία των δεκατεσσάρων χρόνων. Στα κορίτσια σηματοδοτείται από τη διόγκωση και ανάπτυξη των μαζικών αδένων και αρχίζει ανάμεσα στα οκτώ και τα δεκατρία χρόνια.

Σωματική ανάπτυξη

Κατά την ήβη επιταχύνεται η αύξηση του μεγέθους του σώματος και μεταβάλλεται το σχήμα και η σύνθεσή του. Η επιτάχυνση της αύξησης κατά την ήβη χαρακτηρίζεται ως **εφηβική αυξητική έκρηξη**. Επέρχονται αλλαγές στο μυοσκελετικό σύστημα και στην κατανομή του λίπους. Το δέρμα γίνεται λιπαρό, αυξάνεται το έκκριμα των ιδρωτοποιών αδένων και αλλάζει η οσμή του. Η τριχοφυΐα αυξάνεται, ενώ η κατανομή και ποσότητα διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Η φωνή των αγοριών αρχίζει να αλλάζει. Αυτές οι ραγδαίες και απότομες βιοσωματικές αλλαγές μεταβάλλουν δραματικά την εξωτερική του εμφάνιση και προκαλούν στον έφηβο ψυχικές εντάσεις. Καλείται να ενσωματώσει τις αλλαγές της εμφάνισής του στην καινούρια εικόνα του εαυτού του και να προσαρμοστεί σε αυτήν.

Οι περισσότερες από αυτές τις σωματικές αλλαγές σχετίζονται κυρίως με το στάδιο της σεξουαλικής ωρίμανσης και όχι με τη χρονολογική ηλικία. Δεν υπάρχει πάντα συγχρονισμός μεταξύ βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανάπτυξης, γι' αυτό και είναι επιτακτικό να εκτιμάται η ψυχοκοινωνική ωρίμανση παράλληλα με τη βιολογική.

Σεξουαλικότητα

Σαν αποτέλεσμα των ορμονικών αλλαγών, τα παιδιά αρχίζουν να δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για τη σεξουαλικότητα. Παρακολουθούν προσεκτικά τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, το εξερευνούν. Συχνά αυτή η εξερεύνηση γίνεται από κοινού σε παιδιά του ίδιου φύλου.

Το ενδιαφέρον δεν περιορίζεται μόνον στην εξερεύνηση του σώματος. Η θέα γενικά του γυμνού σώματος τα διεγείρει, φαντασιώνονται, ονειροπολούν και συζητάνε για το σεξ. Αγοράζουν πορνογραφικά περιοδικά, κατασκοπεύουν ερωτικές περιπτώσεις ζευγαριών, αναζητούν κινηματογραφικά έργα με ερωτικές σκηνές. Η υπεραπασχόληση με το σώμα και το σεξ οδηγεί στον αυνανισμό. Η εκσπερμάτωση συμβαίνει κατά τον αυνανισμό ή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα κορίτσια αντίστοιχα, εμφανίζουν βλεννώδεις κολπικές εκκρίσεις περίπου έξι μήνες πριν την εμμηναρχή. Ο αυνανισμός είναι φυσιολογικός και για τα κορίτσια. Προοδευτικά αναπτύσσεται η σεξουαλική ταυτότητα, κυρίως μέσα από πειραματισμούς. Στα πλαίσια αυτά μερικοί έφηβοι αναπτύσσουν ενδιαφέρον για τους ομόφυλους τους, χωρίς αυτό να σημαίνει υποχρεωτικά ομοφυλοφιλία. Τα αγόρια σε ομάδες αγγίζονται, τσακώνονται, παλεύουν με θέματα συχνά αθλητικά ή κυριαρχίας. Τα κορίτσια αντίστοιχα σε ομάδες συζητούν μεταξύ τους και πειραματίζονται σε θέματα εμφάνισης και σεξ.

Αργότερα αρχίζουν οι σεξουαλικές επαφές, κυρίως με τη μορφή των σεξουαλικών παιχνιδιών που μερικές φορές ολοκληρώνονται.

Προς το τέλος της εφηβείας, έχοντας πετύχει την αποκρυστάλλωση της σεξουαλικής ταυτότητας, αναζητούν ερωτικό σύντροφο για ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή και δημιουργία δεσμού.

Συναισθηματική ανάπτυξη

Η σχετικά ήρεμη περίοδος της παιδικής ηλικίας δίνει τη θέση της σε μία περίοδο έντονης εσωτερικής αναταραχής, την εφηβεία. Αυτός ο συναισθηματικός αναβρασμός οφείλεται στην έκρηξη των γενετήσιων

αναγκών. Η αφύπνιση της σεξουαλικότητας προκαλεί αναβίωση των πρώιμων συγκρούσεων της ηλικίας 3–4 χρόνων. Τότε, το παιδί είχε εκτονώσει την ένταση που του προκαλούσε η ερωτική έλξη προς τον γονέα του αντίθετου φύλου, με την ταύτιση με τον γονέα του ίδιου φύλου.

Σε αυτή τη φάση καλείται να επεξεργαστεί τις νέες συγκρούσεις που του προκαλεί η έκρηξη των γενετήσιων αναγκών και τελικά να αναζητήσει ένα νέο ερωτικό αντικείμενο έξω από την οικογένεια. Μπροστά σε αυτή την αλλαγή, ο έφηβος θα πρέπει να ανατρέξει, να παλινδρομήσει, σε προηγούμενα στάδια της ζωής του και να επεξεργαστεί τα συναισθήματα της παιδικής και βρεφικής ηλικίας. Το ερωτικό ενδιαφέρον για τον ετερόφυλο γονέα τώρα τον γεμίζει ενοχές, συγκρούσεις και θυμό γι' αυτόν και αντιδρά με έντονες συγκρούσεις απέναντι στους γονείς. Αρχίζει να θέλει να ντύνεται και να φέρεται με διαφορετική αισθητική, με βάση την έκφραση της ομάδας των παιδιών της εποχής του και συχνά αυτό είναι αιτία συγκρούσεων και ματαίωσης των γονέων. Η εξιδανίκευση δημοφιλών αστέρων και αθλητικών ινδαλμάτων μπορεί να θεωρηθεί σαν παλινδρόμηση στον εξιδανικευμένο γονέα της παιδικής ηλικίας, από τον οποίο ο έφηβος προσπαθεί να αποκοπεί. Η αμφιθυμία απέναντι στους γονείς αποτελεί και αυτή παλινδρόμηση στις αντιδράσεις αγάπης-μίσους της βρεφικής ηλικίας.

Σε αυτή την περίοδο (11–14 χρόνων) συχνά έχουμε ως αποτέλεσμα αυτής της σύγκρουσης:

- Απόσυρση, κακοκεφιά, ξαφνικές αλλαγές στο συναισθήμα.
- Λαιμαργία, βρωμιά, αταξία.
- Διαταραχές σίτισης και διατροφής.
- Διαταραχές εικόνας σώματος.
- Διαταραχές ύπνου (αργή επέλευση, αργό και δύσκολο πρωινό ξύπνημα).
- Φόβους για αρρώστεια και θάνατο δικό του ή των αγαπημένων του.

Σύμφωνα με την Anna Freud (1968), οι συγκρούσεις αυτές οδηγούν σε έντονες αλλαγές της διάθεσης του εφήβου, από τη χαρά στην άγρια απελπισία, μέχρι και την κατάθλιψη και αυτοκτονία.

Στη συνέχεια (14–16 χρόνων) και με την πρόοδο της λύσης αυτής της σύγκρουσης, αποεπενδύουν από τη σχέση με τους γονείς και στρέφονται προς το άλλο φύλο. Τώρα οι έφηβοι:

- Αποεξιδανικεύουν τους γονείς.
- Απορρίπτουν τις αξίες της οικογένειας.
- Απορρίπτουν κοινωνικές αξίες.
- Καυγαδίζουν και είναι απείθαρχοι.
- Είναι αντάρτες και καμιά φορά παραπρωματικοί.

- Ενστερνίζονται απόλυτα τις αξίες της εφηβικής παρέας και κουλτούρας.

Αυτή η περίοδος είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους γονείς που ανησυχούν βλέποντας το παιδί τους να έχει μεταμορφωθεί σε ένα έφηβο αντιδραστικό, “κακοντυμένο”, αγενή κοινωνικά, παραπρωματικό και αντιδραστικό ακόμη και στο σχολείο, συχνά με πτώση στη σχολική επίδοση. Ο φόβος είναι το κυρίαρχο συναίσθημα των γονέων, που προσπαθώντας με την υπενθύμιση ή την επιβολή του αξιακού συστήματος της οικογένειας συγκρούονται όλο και περισσότερο, σπρώχνοντας τον έφηβο ακόμη πιο μακριά.

Η οδηγία για αυτή την περίοδο είναι να μην χάσουν την οριοθέτηση και τους κανόνες της οικογένειας αλλά να επιτρέπουν στον έφηβο να κάνει τις δικές του επιλογές, να ακούνε και να σέβονται τις θέσεις του και την αισθητική του.

Ας θυμηθούν τις δικές τους ανοιχτές ή όχι συγκρούσεις με τους γονείς τους και ας κάνουν υπομονή, γιατί αυτή η περίοδος θα τελειώσει και μόνο τότε ο έφηβος θα μπορεί να οδηγηθεί στην αυτονομία που του ζητείται.

Στην επόμενη φάση θα αποκρυσταλλώσει την ταυτότητά του –σεξουαλική και προσωπική– και θα προχωρήσει στη δημιουργία δεσμού. Τώρα θα μπορεί ήρεμος να ενδιαφερθεί για το μέλλον του και τα κοινωνικά δεδομένα.

Τελειώνοντας, θα αποδεχθεί τους γονείς του ως συνηθισμένους ανθρώπους και θα προχωρήσει με ώριμο ηθικό και κοινωνικό εαυτό στην εκπλήρωση των στόχων του.

Γνωστική-γλωσσική ανάπτυξη

Οι αλλαγές στη σκέψη και τις γνωστικές λειτουργίες ερμηνεύονται από την αυξανόμενη ωρίμανση και μυελίνωση του εφηβικού εγκεφάλου και την αφομοίωση των νέων πληροφοριών και δεδομένων.

Έρευνες δείχνουν ότι οι δομές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη λήψη αποφάσεων (προμετωπιαίος φλοιός), συνεχίζουν να ωριμάζουν με αργό ρυθμό στην εφηβεία, σε αντίθεση με τα συστήματα επιβράβευσης (μεταιχμακό) που είναι υπερευαίσθητα σε αυτή τη φάση. Αυτή η αναπτυξιακή ετερογένεια στην ωρίμανση αυτών των περιοχών του εγκεφάλου ερμηνεύει τις γνωστές συμπεριφορές της εφηβείας, όπως η υιοθέτηση του καινούριου και ίσως επικίνδυνου, η συναισθηματική αστάθεια και η εξάρτηση των αποφάσεων από συναισθηματικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η πίεση της ομάδας των συνομηλίκων. Βέβαια αυτό μπορεί κανείς να το διαβάσει και αντίστροφα, δηλ. θεωρώντας ότι το περιβάλλον δίνει την ετερογένεια στην εγκεφαλική ωρίμανση.

Από την ηλικία των 12 χρόνων κατακτάται η αφηρημένη σκέψη, η ικανότητα διαχείρισης ιδεών αντί συγκεκριμένων εννοιών. Ο έφηβος μπορεί να εκτελέσει όλες τις μορφές πράξεων και συλλογισμών που εκτελούν οι ενήλικοι. Μπορεί να διαχειρίζεται αφηρημένες έννοιες όπως η άλγεβρα, να αιτιολογεί με βάση γνωστές αρχές, να συμπεριλαμβάνει και να σταθμίζει πολλές απόψεις με βάση πλήθος κριτηρίων. Δεν σκέφτεται πια με βάση συγκεκριμένα αντικείμενα και γεγονότα, αλλά σχηματίζει υποθέσεις, χρησιμοποιεί επαγωγική σκέψη, αναπτύσσει κριτική στάση στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Μπορεί πια να φαντάζεται το μέλλον και τις πολλές δυνατότητες και επιλογές.

Η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη τον εισάγει στον κόσμο των ιδεών. Αναπτύσσει απόψεις για διάφορα ζητήματα της καθημερινότητας, εμπλέκεται σε φιλοσοφικές συζητήσεις και αναπτύσσει θεωρίες.

Το λεξιλόγιο του εφήβου παρουσιάζει μεγάλη αύξηση αλλά και ποιοτική διαφοροποίηση. Οι λέξεις που χρησιμοποιεί είναι πιο ακριβείς και έχουν αφηρημένο περιεχόμενο. Ο λόγος του αποκτά συναισθηματική φόρτιση. Κατανοεί και χρησιμοποιεί σωστά τα αφηρημένα ουσιαστικά (δικαιοσύνη, δημοκρατία, ελευθερία), καθώς επίσης επιστημονικούς και εξειδικευμένους επαγγελματικούς όρους. Συχνά εκφράζεται μέσα από εσωτερικούς μονολόγους ή διαλόγους, γράφει ημερολόγια και ποιήματα. Τέλος, χρησιμοποιεί ένα γλωσσικό ιδίωμα, ένα είδος *αργκό*, που τονίζει την ιδιαιτερότητα της εφηβείας και την ταύτισή του με την κουλτούρα της ομάδας.

Κοινωνική ανάπτυξη

Ο έφηβος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις διαφορές από τους γονείς του και νοιώθει την ανάγκη να αποκοπεί από αυτούς και να αυτοπροσδιοριστεί. Αυτός ο αγώνας για αυτονομία αποτελεί αναβίωση της μετάβασης από τη βρεφική ηλικία στη νηπιακή που συμβαίνει σε ηλικία δύο ετών.

Ο Erikson θεωρεί ως κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου την **«κρίση ταυτότητας»**. Καθώς ο έφηβος απομακρύνεται προοδευτικά από την οικογένεια, βρίσκεται αντιμέτωπος με μεγάλα ερωτήματα: «ποιός είμαι», «τι θέλω από τη ζωή μου», «πού πηγαίνω». Η διαμόρφωση μιας νέας προσωπικής ταυτότητας βασίζεται στη σύνθεση των προηγούμενων εμπειριών με τις καινούριες προσδοκίες και απαιτήσεις. Είναι μια επώδυνη διαδικασία και συχνά κυριαρχείται από αισθήματα ανασφάλειας και φόβου που οδηγούν σε αντιδραστική συμπεριφορά.

Το κοινωνικό πλαίσιο όπου ζει ο έφηβος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαχείριση της κρίσης της

εφηβείας. Στις δυτικές κοινωνίες τα τελευταία χρόνια, η εφηβεία γίνεται αποδεκτή σαν μια ξεχωριστή και αναπόφευκτη περίοδος ψυχικών εντάσεων, μια αναπτυξιακή κρίση απέναντι στην οποία υπάρχει ανοχή και η οποία αναμένεται να οδηγήσει τελικά στην προσαρμογή του εφήβου σε νέους ρόλους. Σε κλειστές παραδοσιακές κοινωνίες που αλλάζουν με πολύ αργό ρυθμό, οι έφηβοι βρίσκουν στο περιβάλλον τους πρότυπα ρόλων που πρόκειται να υιοθετήσουν. Στη σύγχρονη κοινωνία όμως, η φύση της εργασίας, ο ελεύθερος χρόνος και οι κοινωνικές απαιτήσεις μεταβάλλονται γρήγορα και έτσι οι γονείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν ως πρότυπα ρόλων για τα παιδιά τους, που στρέφονται προς τους συνομηλίκους και τα μέσα ενημέρωσης για να αναζητήσουν πρότυπα (M.Mead 1972).

Η ασάφεια και η σύγχυση που υπάρχει στις δυτικές κοινωνίες γύρω από τον χρόνο ενηλικίωσης, καθώς και τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των εφήβων, επιτείνουν το άγχος τους και τις εντάσεις που βιώνουν.

Σε πολλά παιδιά η μετάβαση αυτή προς την αυτονομία γίνεται ήρεμα χωρίς ανοικτή εξέγερση. Σε αυταρχικές οικογένειες, οι προστριβές μπορεί να οδηγήσουν σε διακοπή της επικοινωνίας ανάμεσα στον έφηβο και τους γονείς του.

Σε αυτό το μεταβατικό στάδιο, η ομάδα των συνομηλίκων αποτελεί μια σημαντική υποστηρικτική δομή. Το παιδί μεταβιβάζει την ψυχολογική εξάρτηση από τους γονείς στους συνομηλίκους του και ταυτίζεται μαζί τους. Μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα, περνούν πολύ χρόνο μαζί. Μέσα σε αυτές τις ομάδες δημιουργούνται σχέσεις που το υποστηρίζουν στον αγώνα του για ανεξαρτησία από τους γονείς και κατευνάζουν το άγχος του. Οι εφηβικές ομάδες αποτελούν ένα είδος κλειστής κοινωνίας με ειδικούς κώδικες συμπεριφοράς, τη λεγόμενη **εφηβική κουλτούρα**. Ο έφηβος συμμορφώνεται απόλυτα με τους κανόνες της ομάδας και υιοθετεί συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς (ντύσιμο, αργκό). Στην αναζήτηση της περιπέτειας και κάτω από την πίεση της ομάδας, συχνά υιοθετεί επικίνδυνες συμπεριφορές.

Γιατί απαιτείται ειδική προσέγγιση των εφήβων από τον παιδίατρο;

- Οι έφηβοι εμφανίζουν ιδιαίτερη επιδημιολογία και κινδύνους υγείας. Συνήθη προβλήματα στην εφηβεία είναι:
 - διαταραχές της ενήβωσης
 - εφηβική ιδιοπαθής σκολίωση
 - ιδιοπαθής νεανική αρθρίτιδα
 - ακμή της εφηβείας
 - διαταραχές διατροφής (νευρογενής ανορεξία, βουλιμία)

- ψυχιατρικές διαταραχές (διαταραχή αγωγής, ψύχωση)
- χρόνια νοσήματα π.χ. άσθμα, διαβήτης, νεοπλασμάτα, συγγενείς παθήσεις, που στην εφηβεία εμφανίζουν ιδιαίτερη συμπτωματολογία και η διαχείριση των οποίων συνδυάζει με μοναδικό τρόπο τη βιολογική και ψυχοκοινωνική σκοπιά.
- Οι έφηβοι εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα ψυχοκοινωνικής αιτιολογίας, όπως:
 - ατυχήματα
 - αυτοκτονίες
 - επιβάρυνση στα καρδιαγγειακά νοσήματα λόγω παχυσαρκίας ή καπνίσματος.
- Οι έφηβοι εξερευνούν και υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (κάπνισμα, χρήση ουσιών, βία, οδήγηση χωρίς τήρηση κανόνων, σεξ χωρίς προφύλαξη).
- Ο παιδίατρος πλέον επικοινωνεί και προσωπικά με τον έφηβο.

Στάδια εφηβείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η εφηβεία καλύπτει τις ηλικίες από 11–19 ετών, ενώ η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία ανεβάζει τα όρια ως τα 21 έτη. Η εφηβεία διαχωρίζεται ηλικιακά σε επιμέρους φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες η μετα-εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερη φάση της ζωής, μετά το συμβατικό τέλος της εφηβείας.

4.1. Πρώιμη εφηβεία (11–14 ετών)

Χαρακτηρίζεται από την έναρξη της ενήβωσης και τη σταδιακή ανάπτυξη της ανεξαρτησίας από την οικογένεια. Τα παιδιά προσαρμόζονται σιγά-σιγά στις σωματικές αλλαγές, αναπτύσσουν περιέργεια γύρω από το σεξ, αποστασιοποιούνται συναισθηματικά από τους γονείς και αντικαθιστούν τη σχέση τους με την οικογένεια με τη σχέση με τους συνομηλίκους, κυρίως του ίδιου φύλου.

Ο έφηβος βιώνει με αγωνία τις ραγδαίες σωματικές αλλαγές. Η ασύγχρονη ανάπτυξη των διαφόρων μερών του σώματος, η αδεξιότητα στις κινήσεις, οι σωματικές οσμές και τα σιδεράκια που συχνά φοράει στα δόντια του, δημιουργούν αισθήματα αμηχανίας και ντροπής.

Η σεξουαλικότητα αφυπνίζεται. Αναζωπυρώνονται οι αιμομικτικές, σεξουαλικές και επιθετικές ενορμήσεις. Αναβιώνει η σεξουαλικότητα προς τον γονέα του αντίθετου φύλου. Οι έφηβοι κατακλύζονται από σεξουαλικές και επιθετικές φαντασιώσεις. Δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για σεξουαλικά ζητήματα, αλλά συνήθως είναι σεξουαλικά ανενεργοί. Κουβεντιάζουν γύρω από σεξουαλικά θέματα, εκτονώνονται μέσα από πειράγματα προς το άλλο φύλο και βωμολοχίες, συγκρίνουν τα γεννητικά τους όργανα, αυνανίζονται. Η αδυναμία να λύσουν τις εσωτερικές συγκρούσεις που βιώνουν, συχνά οδηγεί σε εξιδανίκευση του άλλου φύλου και πλατωνικούς έρωτες.

Εκτός όμως από τη σεξουαλικότητα, οι ορμόνες, σε συνδυασμό με τις λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο, επηρεάζουν και τη γενικότερη συμπεριφορά και κάνουν τον έφηβο ευσυγκίνητο, υπερευαίσθητο, νευρικό, με μεγάλη συναισθηματική αστάθεια. Άλλοτε είναι εκρηκτικά χαρούμενος και άλλοτε κακόκεφος, νωθρός, στα όρια της κατάθλιψης. Συχνά αποσύρεται στον εαυτό του, μένει ώρες κλειδωμένος στο δωμάτιό του. Άλλοτε είναι ανήσυχος, εύθικτος, ευέξαπτος, ζηλότυπος και εριστικός με τα αδέρφια του. Αυτές οι συνεχείς και απότομες αλλαγές στη διάθεση, του απορροφούν την ενεργητικότητα. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και νοιώθει κουρασμένος και απρόθυμος να ολοκληρώσει τις σχολικές εργασίες, με αποτέλεσμα απότομη πτώση στη σχολική επίδοση και συχνά σχολική αποτυχία.

Η ονειροπόληση, μια από τις πιο προσφιλείς ενασχολήσεις του εφήβου, δίνει διέξοδο στις έντονες συναισθηματικές εντάσεις. Ταυτίζεται με πρότυπα ηρώων που μάχονται με τις αντιξοότητες και νικάνε.

Το ενδιαφέρον του μετατοπίζεται από τους γονείς προς τους φίλους. Οι παρέες είναι συνήθως του ίδιου φύλου. Μπορεί να ανήκει ταυτόχρονα σε πολλές διαφορετικές ομάδες. Κάποια παιδιά, κυρίως κορίτσια, υιοθετούν αντιδραστική και συχνά ανοιχτά εχθρική στάση προς το αντίθετο φύλο.

Στις προσωπικές φιλίες, τα κορίτσια διαφέρουν από τα αγόρια. Οι κοριτσιστικές φιλίες επικεντρώνονται στην ανταλλαγή εξομολογήσεων ενώ οι αγορίστικες εστιάζουν κυρίως σε κοινές δραστηριότητες και στην άμιλλα.

Παρότι οι φίλοι παίζουν όλο και σημαντικότερο ρόλο, τα παιδιά εξακολουθούν να περιμένουν από τους γονείς επιβεβαίωση, τρυφερότητα, βοήθεια στις σχολικές εργασίες και εξακολουθούν να απολαμβάνουν τις κοινές οικογενειακές εκδηλώσεις, τις εξόδους και τα παιχνίδια με την οικογένεια.

Η αλλαγή από το Δημοτικό σχολείο στο Γυμνάσιο, με πολλούς και εναλλασσόμενους καθηγητές, διαφορετικούς τρόπους διδασκαλίας, μεγάλο όγκο στη σχολική εργασία, νέους συμμαθητές, είναι δύσκολη και προκαλεί άγχος.

Η ανάγκη του εφήβου για εναντίωση στην εξουσία οδηγεί σε αρνητικές συμπεριφορές μέσα στην τάξη. Μιλάει με τους διπλανούς του, αδιαφορεί για το μάθημα, είναι αμελής, συχνά αγενής και δυσανασχετεί στην επιβολή περιορισμών.

Η ανάγκη του για εξερεύνηση μπορεί να οδηγήσει σε επιλογές που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία του (κάπνισμα, αλκοόλ, βία).

Η μετάβαση από τη συγκεκριμένη σκέψη του παιδιού της σχολικής ηλικίας στην τυπική αφηρημένη σκέψη του εφήβου αρχίζει μετά το 12^ο έτος και κατατάσσεται σταδιακά.

Ζητήματα επικέντρωσης

- Ανησυχίες γονέων και εφήβων.
- Σωματική ανάπτυξη (υγεία, εικόνα σώματος, υγιεινή διατροφή, σωματική δραστηριότητα).
- Συναισθηματική ωρίμανση (διαχείριση συναισθημάτων, σεξουαλικότητα).
- Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (κάπνισμα, αλκοόλ, παράνομες ουσίες, σχολικός εκφοβισμός, ατυχήματα).
- Σχολική επίδοση.

Εξέταση στο ιατρείο

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Αλληλεπίδραση γονέων-εφήβου.

- Ενδιαφέρον του εφήβου για τα ζητήματα υγείας που τον αφορούν.

Υποστήριξη της οικογένειας

- Ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές που επιφέρει η εφηβεία στη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική, σεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού.
- Σεβασμός της ανάγκης προσωπικού χώρου του εφήβου.
- Αποφυγή πειραγμάτων σχετικά με την αλλαγή στην εμφάνιση του εφήβου.
- Ενημέρωση σχετικά με την ανάγκη του εφήβου για σταδιακό αποχωρισμό από τους γονείς.
- Ενθάρρυνση των γονέων να συζητούν με τα παιδιά για τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, τις ανησυχίες τους γύρω από το σεξ και προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν στο σχολείο.
- Προτροπή για συμμετοχή στις οικογενειακές αποφάσεις και στην ανάληψη ευθυνών.
- Γεγονότα ζωής, όπως το διαζύγιο ή η μετακίνηση της οικογένειας, επιβαρύνουν τα παιδιά που ήδη υφίστανται συναισθηματικές, κοινωνικές και ακαδημαϊκές πιέσεις. Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και υποστηρικτικοί προς τα παιδιά.
- Οι γονείς πρέπει να παρακολουθούν τις έντονες μεταπτώσεις στη διάθεση του παιδιού και να τις αναφέρουν στον παιδίατρο. Η έντονη ανία και ευερεθιστότητα μπορεί να υποκρύπτουν κατάθλιψη.

Υποστήριξη του εφήβου

Βασικός παράγοντας για τη σωστή τοποθέτηση του εφήβου απέναντι στις αλλαγές που του συμβαίνουν και τις προκλήσεις που δέχεται είναι η έγκαιρη και υπεύθυνη ενημέρωση από τον παιδίατρο.

- Ενημέρωση και συζήτηση σχετικά με τις σωματικές αλλαγές:
 - ανάπτυξη μαστών, εμμηναρχή
 - διόγκωση μαστών στα αγόρια
 - αυνανισμός και νυχτερινή εκσπερμάτιση
 - ενημέρωση για τις αλλαγές που συμβαίνουν στο άλλο φύλο
- Αγωγή υγείας για την πρόληψη επικίνδυνων συμπεριφορών:
 - κάπνισμα
 - αλκοόλ, χρήση ουσιών
 - χρήση κράνους (ποδήλατο και σκέιτ)
 - χρήση ζώνης ασφαλείας

- Ενημέρωση για την ευεργετική επίδραση του αθλητισμού στην υγεία και την εμφάνιση.
- Ενημέρωση για τη βλαπτική επίδραση τηλεόρασης και ηλεκτρονικών μέσων:
 - παχυσαρκία
 - κατάχρηση, εξάρτηση
- Διαχείριση προβλημάτων όπως ο εκφοβισμός στο σχολείο.

Σημεία επαγρύπνησης

- Παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα στην ενήβωση ή στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη.
- Διαταραχή στην ενήβωση απαιτεί ενδοκρινολογικό έλεγχο.
- Παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας χρειάζονται συμβουλευτική και υποστήριξη.
- Η φτωχή σχολική προσαρμογή απαιτεί ψυχολογική και εκπαιδευτική αξιολόγηση (παιδιά με ΔΕΠ-Υ που ήταν λειτουργικά στο Δημοτικό σχολείο, με την αύξηση των απαιτήσεων μπορεί να παρουσιάσουν μαθησιακές δυσκολίες ή έξαρση της ΔΕΠ-Υ).
- Παιδιά που δεν έχουν αναπτύξει σχέσεις με συνομηλίκους τους ή είναι κοινωνικά απομονωμένα πρέπει να αξιολογηθούν.

4.2. Μέση εφηβεία (14–17 ετών)

Ο ανταγωνισμός με τους γονείς οξύνεται. Οι έφηβοι αντιδρούν σε κάθε μορφή εξουσία. Αρχίζουν οι πρώτες σεξουαλικές επαφές.

Οι έφηβοι σε αυτήν τη φάση αποσύρουν τα αισθήματα θαυμασμού από τους γονείς. Αμφισβητούν την κρίση τους και τις αξίες τους. Στρέφονται προς τους συνομηλίκους οι οποίοι παίζουν τον ρόλο του υποκατάστατου της οικογένειας στην αναζήτηση ασφάλειας, αξιών και πηγών πληροφόρησης. Συχνά εκδηλώνουν θαυμασμό για κάποιον άλλο σημαντικό ενήλικα π.χ. έναν καθηγητή που λειτουργεί σαν γονεϊκό υποκατάστατο.

Οι παρέες έχουν γίνει πιο μεικτές. Δημιουργούνται φιλίες ανάμεσα στα δύο φύλα. Ανταγωνίζονται τις αξίες και συνήθειες των μεγάλων αλλά υιοθετούν νέες συμβατικές συνήθειες όπως π.χ. το ίδιο ντύσιμο και κούρεμα, και γενικά συμμορφώνονται στην «εφηβική κουλτούρα». Οι ομάδες των συνομηλίκων ασκούν πιέσεις και συχνά οδηγούν τον έφηβο σε επικίνδυνες επιλογές (βίαιες ενέργειες, μη ασφαλές σεξ, σκασιάρχειο, παραβατικότητα).

Στρέφονται προς το άλλο φύλο για να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους. Συχνά οι επαφές τους είναι αδέξιες, χωρίς τρυφερότητα και σε πολλές περιπτώσεις φτάνουν στην ολοκλήρωση.

Ζητήματα επικέντρωσης

- Ανησυχίες γονέων και εφήβων.
- Σωματική ανάπτυξη (μεγάλες αλλαγές στο σωματικό βάρος, συνήθειες ύπνου).
- Συναισθηματική κατάσταση (ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, πλήξη, ανασφάλεια).
- Σεξουαλικότητα (ενημέρωση, ασφάλεια).
- Συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και την ασφάλεια (χρήση παράνομων ουσιών, αλκοόλ, κάπνισμα, επικίνδυνη οδήγηση, μη ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα, κατάχρηση διαδικτύου, ενδοοικογενειακή και ενδοσχολική βία).

Εξέταση στο ιατρείο

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο παιδίατρος :

- Μπορεί να παρατηρήσει την αλληλεπίδραση γονέων και εφήβων.
- Πρέπει να ζητήσει την άδεια των γονέων για εξατομικευμένη συνέντευξη με τον έφηβο, με εξασφάλιση της εχεμύθειας.

- Πρέπει να γίνει εξαρχής σαφές στον έφηβο ότι σε περίπτωση που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ή βάζει σε κίνδυνο κάποιον άλλον, ο παιδίατρος θα πρέπει να πάρει τα μέτρα που χρειάζονται.
- Για την κάλυψη του ψυχοκοινωνικού ιστορικού προτείνεται η χρήση του ακρωνυμίου **HEEADSSS** με βάση το οποίο μπορούν να ληφθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπεριφορά και τις δραστηριότητες του εφήβου, ξεκινώντας από λιγότερο ευαίσθητα και δύσκολα θέματα. Το **HEEADSSS** συνίσταται σε:
 - **H(HOME)** που αφορά την οικογένεια (την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι, το πώς επιλύονται οι διαφωνίες στο σπίτι, τα άτομα με τα οποία συγκατοικεί ο έφηβος, οικεία πρόσωπα με τα οποία επικοινωνεί καλύτερα, τον ρόλο του στην οικογένεια, κ.ο.κ.).
 - **E(EDUCATION)** που αφορά την εκπαίδευση (αγαπημένα μαθήματα και καθηγητές, σχολική επίδοση, φίλοι, εξωσχολικές δραστηριότητες).
 - **E(EATING)** που αφορά τη διατροφή.
 - **A(ACTIVITIES)** που αφορά τις δραστηριότητες.
 - **D(DRUGS)** που αφορά τη χρήση ουσιών.
 - **S(SEX/SEXUALITY)** που αφορά τη σεξουαλικότητα.
 - **S(SUICIDE/DEPRESSION)** που αφορά την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.
 - **S(SAFETY)** που αφορά την ασφάλεια. Κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς περιλαμβάνει και τα αντίστοιχα ερωτήματα που ολοκληρώνουν το ψυχοκοινωνικό ιστορικό.

Διαθέσιμο στο: (www2.aap.org/pubserv/psvpreview/pages/files/headss.pdf).

Υποστήριξη της οικογένειας

Οι γονείς αποϊδανικοποιούνται από τον έφηβο και χάνουν τον ρόλο τους, την ικανοποίηση που τους προσφέρει η εξάρτηση του παιδιού από αυτούς. Είναι σημαντικό όμως να παραμείνουν κοντά του και να τον βοηθήσουν να αποκαταστήσει τη συναισθηματική του ισορροπία. Ο έφηβος έχει απόλυτη ανάγκη από ένα σταθερό πλαίσιο με σαφή όρια που να μην καταλύεται από τη δική του αντίδραση και επιθετικότητα (Winnicott 1965).

Υποστήριξη του εφήβου

Ο ίδιος ο έφηβος πρέπει να έχει ιδιωτικό χρόνο με τον παιδίατρο με στόχους:

- Ενημέρωση γύρω από την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.
- Συζήτηση σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης του άγχους.
- Διαβεβαίωση ότι ο παιδίατρος θα είναι παρών όταν εκφράσει την ανάγκη για βοήθεια.
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε εξωσχολικές δραστηριότητες, για ανακάλυψη των ενδιαφερόντων και των κλίσεών του.
- Προτροπή για σωστή διατροφή και άσκηση.

Σημεία επαγρύπνησης

- Μεγάλες και απότομες μεταβολές του σωματικού βάρους.
- Αδιαφορία για την προσωπική εμφάνιση και καθαριότητα.
- Αλλαγές και δυσκολίες στις συνήθειες του ύπνου (αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος).
- Απότομη πτώση σχολικής επίδοσης απαιτεί ψυχολογική αξιολόγηση.
- Κοινωνική απομόνωση, πολλοί ερωτικοί σύντροφοι ταυτόχρονα.
- Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές στη συμπεριφορά (ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, πλήξη, έντονη θλίψη).
- Ο αυτοκτονικός ιδεασμός απαιτεί παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες.
- Παραβατική συμπεριφορά.

4.3. Όψιμη εφηβεία (17–21 ετών)

Στο τελικό στάδιο της εφηβείας, στην όψιμη εφηβεία, ο νεαρός «ενήλικας» έχει διαγράψει μια πορεία 18 ολόκληρων ετών και έχει συσσωρεύσει γνώσεις και εμπειρίες που τον προετοιμάζουν για την τελική μετάβαση στην ενηλικίωση.

Οι βιολογικές αλλαγές της ήβης και η σωματική ωρίμανση έχουν, σε μεγάλο βαθμό, ολοκληρωθεί. Οι έντονες συγκρούσεις με το οικογενειακό περιβάλλον περιορίζονται και επέρχεται συμφιλίωση με τους γονείς. Γι' αυτό και πολλοί χαρακτηρίζουν την όψιμη εφηβεία ως τη δεύτερη, μετά την παιδική ηλικία, λανθάνουσα περίοδο της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης.

Η όψιμη εφηβεία θεωρείται το στάδιο της αποκρυστάλλωσης της προσωπικής και σεξουαλικής ταυτότητας.

Ο νεαρός ενήλικας είναι λιγότερο επικεντρωμένος στην εμφάνισή του. Στηρίζεται περισσότερο στον εαυτό του και λιγότερο στην οικογένεια ή στην ομάδα των συνομηλίκων. Αποκτά συναισθηματική αυτονομία. Δείχνει ενδιαφέρον και ανησυχία για τους άλλους και αναπτύσσει στενές σχέσεις που χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα και τρυφερότητα.

Η ένταξή του σε οργανώσεις ή πολιτικές ομάδες αποτελεί εισαγωγή στο κοινωνικό σύνολο.

Οι γνωστικές αλλαγές σε αυτήν την ηλικία συμβάλλουν στη σταθεροποίηση της εικόνας του εαυτού του. Η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη τον βοηθά να μπει στη θέση των άλλων, να κατανοήσει την κατάστασή τους ώστε να μπορεί να αναπτύξει ώριμη σχέση μαζί τους. Φαντάζεται τις πολλές επιλογές και δυνατότητες του μέλλοντος. Συνειδητοποιεί τις μελλοντικές επιπτώσεις των πράξεών του. Αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση της παρορμητικότητας σε αυτήν την ηλικία οδηγεί σε περιορισμό των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Αποκτά λογική και ρεαλιστική σκέψη, σταθερές αξίες, μπορεί να διαπραγματευτεί και να συμβιβαστεί αν χρειάζεται, να θέσει όρια, να πάρει ώριμες αποφάσεις.

Οι σχέσεις του με το άλλο φύλο συνήθως ολοκληρώνονται σεξουαλικά, διαρκούν περισσότερο και χαρακτηρίζονται από αισθήματα αγάπης και τρυφερότητας.

Οι επιλογές και τα ενδιαφέροντα σταθεροποιούνται. Ο νεαρός ενήλικας αντιμετωπίζει πια το μέλλον. Στοχεύει στην απόκτηση κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών δεξιοτήτων που θα του εξασφαλίσουν οικονομική ανεξαρτησία και αίσθηση πληρότητας.

Μερικοί έφηβοι αρχίζουν να εργάζονται στην ηλικία των 16–17 ετών ενώ άλλοι σπουδάζουν και καθυστερούν την ένταξή τους στην παραγωγική απασχόληση μέχρι τα 23 ή και αργότερα.

Δυστυχώς, στην ηλικία αυτή, έχοντας κατακτήσει μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας, έχουν ευκολότερη πρόσβαση και περισσότερες ευκαιρίες να εκτίθενται σε κινδύνους. Γι' αυτό και η επαγρύπνηση από τον παιδίατρο και την οικογένεια εξακολουθεί να είναι σημαντική και απαραίτητη.

Ζητήματα επικέντρωσης

- Σωματική ανάπτυξη (εικόνα σώματος, διατροφικές συνήθειες).
- Κοινωνικότητα (σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους).
- Ακαδημαϊκή επίδοση, απόδοση στην εργασία.
- Ψυχοσυναισθηματική ισορροπία, σεξουαλικότητα.
- Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (κάπνισμα, αλκοόλ, παράνομες ουσίες, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οδήγηση).

Εξέταση στο ιατρείο

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ο παιδίατρος έχει τη δυνατότητα να παρατηρήσει:

- Πόσο άνετα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ο έφηβος και ο γονέας.
- Κατά πόσον ενθαρρύνονται οι έφηβοι, και κυρίως τα νεαρά άτομα με ειδικές ανάγκες, να διαχειρίζονται αυτόνομα τα θέματα υγείας και να παίρνουν αποφάσεις.
- Την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του εφήβου. Στις περισσότερες επισκέψεις ενδέχεται ο νεαρός ενήλικας να έρχεται μόνος χωρίς τον γονέα. Ο παιδίατρος μπορεί να χρησιμοποιήσει, στην προσωπική συνέντευξη με τον έφηβο, το **HEEADSSS** (οδηγίες στο κεφάλαιο της μέσης εφηβείας) ή να κάνει μια ανοιχτή συζήτηση μαζί του. Είναι απαραίτητο να γίνεται ευθέως ερώτηση σχετικά με αυτοκτονικό ιδεασμό ή προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας με την προϋπόθεση ότι ο παιδίατρος μπορεί να υποστηρίξει αυτήν τη συζήτηση.

Υποστήριξη της ανάπτυξης

- Υποστήριξη των επιλογών τους για σπουδές ή εργασία.
- Διαχείριση του άγχους (αθλητισμός, κοινωνική δικτύωση).

- Ενθάρρυνση ώστε να απευθυνθούν για βοήθεια σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας όταν οι συναισθηματικές δυσκολίες επηρεάζουν την καθημερινότητα και την απόδοσή τους.
- Ενημέρωση και υποστήριξη σε προβληματισμούς σχετικούς με τη σεξουαλική ωριμότητα και τον σεξουαλικό προσανατολισμό.

Σημεία επαγρύπνησης

- Απότομη πτώση της ακαδημαϊκής επίδοσης ή απόδοσης στην εργασία.
- Συχνές απουσίες από την εργασία ή τις σπουδές.
- Κοινωνική απομόνωση, πολλοί ερωτικοί σύντροφοι ταυτόχρονα.
- Αυτοκτονικός ιδεασμός.
- Παραβατική συμπεριφορά.

4.4. Μετα-εφηβεία

Η μετεφηβική ηλικία αποτελεί φαινόμενο της σύγχρονης δυτικής κοινωνίας και αναφέρεται σε νεαρούς ενήλικες που λόγω συνθηκών όπως μακροχρόνιες σπουδές παραμένουν εξαρτημένοι από την οικογένεια. Έτσι διανύουν μια παρατεταμένη μεταβατική φάση που για άλλους είναι δημιουργική και για άλλους συγχυτική εφόσον τα όρια και οι ρόλοι δεν είναι ξεκαθαρισμένοι.

Στις περισσότερες περιπτώσεις σε αυτήν την ηλικία αποδέχονται πλέον τους γονείς σαν συνηθισμένους ανθρώπους. Η σεξουαλική τους ζωή είναι ολοκληρωμένη και τους δίνει ικανοποίηση. Οι επιλογές τους στις φιλίες, τον τρόπο ζωής και τις διαπροσωπικές σχέσεις έχουν σε μεγάλο βαθμό σταθεροποιηθεί. Η διαμόρφωση της ηθικής τους προσωπικότητας εξαρτάται πια από τον κοινωνικό περίγυρο.

4.5. Θέματα ειδικού παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος

Υποστηρίζεται ότι ένας στους πέντε εφήβους παρουσιάζει στη διάρκεια της εφηβείας προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική του υγεία. Η επίπτωση ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία ανέρχεται σε 13% από συνεντεύξεις με τους γονείς και 21% από τις συνεντεύξεις με τους ίδιους τους εφήβους. Οι γονείς και οι δάσκαλοι συνήθως παρατηρούν τις διαταραχές της συμπεριφοράς των εφήβων, ενώ δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το πώς νοιώθουν. Το αντίθετο συμβαίνει με τους ίδιους τους εφήβους.

Συνολικά παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στην επίπτωση των ψυχικών διαταραχών από την παιδική ηλικία στην εφηβεία (από 15,8% σε ηλικία 4–11 ετών, στο 20,2% σε ηλικία 12–16 ετών). Επίσης, η επίπτωση αυξάνει όσο ο έφηβος προχωρά προς την ενήλικη ζωή (10–15% στο πρώτο στάδιο εφηβείας και 20% τελικό).

Ο μακρύς χρονικός προσδιορισμός της εφηβείας (από 11 έως 20 χρόνων) έχει το πλεονέκτημα να περιλαμβάνει τόσο την περίοδο των αναπτυξιακών μεταβολών από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, όσο και την περίοδο των αναπτυξιακών μεταβολών από την εφηβεία στην πρώιμη ενήλικη ζωή.

Φυσιολογικά ο έφηβος διέρχεται από συναισθηματικά επώδυνες διεργασίες που σηματοδοτούν το πέρασμα από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Οι κύριες ψυχολογικές διεργασίες της εφηβείας είναι:

- **Η αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας.** Με την είσοδο στην εφηβεία κάτω από την επίδραση των ορμονικών μεταβολών ενεργοποιούνται οι σεξουαλικές ενορμήσεις με αποτέλεσμα την αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας. Έτσι, η οιδιπόδεια προβληματική έρχεται ξανά στο προσκήνιο με μεγάλη ένταση. Το νέο στοιχείο σε σχέση με την παιδική ηλικία είναι ότι ο έφηβος μπορεί να πραγματοποιήσει τις αιμομικτικές και επιθετικές του φαντασιώσεις προς το αντικείμενο-γονέα.
- **Η αίσθηση απώλειας του αντικειμένου.** Ο έφηβος αποεπενδύει τις αναπαραστάσεις των γονεϊκών αντικειμένων της παιδικής ηλικίας, απορρίπτει την αυθεντία τους. Χάνεται έτσι ο στηρικτικός ρόλος των γονέων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη συναισθημάτων μοναξιάς, πλήξης, κενού. Ο έφηβος χρειάζεται να περάσει μέσα απ' τις διεργασίες του πένθους

για να μπορέσει να αποχωριστεί συμβολικά τους γονείς του.

- **Το συναισθηματικό εκκρεμές.** Ο έφηβος συμπεριφέρεται άλλοτε σαν ώριμος ενήλικας και άλλοτε σαν μικρό παιδί. Αυτό είναι το αποτέλεσμα της κίνησης των συναισθημάτων του ανάμεσα στην παλινδρόμηση και στην ανάπτυξη. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί και επαναδιαπραγματεύεται τα νέα δεδομένα.
- **Η διεργασία αποχωρισμού-εξατομίκησης.** Η εφηβεία ξεκινάει με την ανάγκη να εγκαταλείψει ο έφηβος τις εξαρτητικές σχέσεις που έχει με το γονεϊκό αντικείμενο. Αυτό γίνεται με τη διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων του εαυτού του από τα εσωτερικευμένα γονεϊκά αντικείμενα. Αυτή είναι η δεύτερη φάση αποχωρισμού-ατομικοποίησης. Έτσι, ερμηνεύεται η γνωστή “γεωγραφική” λύση που δίνει ο έφηβος, όταν δεν τα καταφέρνει να αντιμετωπίσει το άγχος που προκύπτει από τη σχέση του με τους γονείς. Τότε απομακρύνεται συναισθηματικά από το αντικείμενο και πολλές φορές και πραγματικά, π.χ. επιχειρεί φυγές από το σπίτι ή/και διαβιώνει σε κοινόβια.
- **Η διαδικασία αποϊδανικοποίησης.** Ο έφηβος θα πρέπει σιγά-σιγά να ξεφύγει από το παιδικό ιδεώδες του Εγώ που είχε, που όλα ήταν εξιδανικευμένα, τέλεια και να βάλει τα πραγματικά όρια. Πρέπει να προσαρμόσει το ιδεώδες του Εγώ σ' αυτό που είναι δυνατόν να γίνει κάθε φορά. Αυτή είναι μια επώδυνη διαδικασία, που προϋποθέτει την εγκατάλειψη των παιδικών αυταπατών και την αποδοχή της αρχής της πραγματικότητας.

Διαταραχές της εφηβείας

Οι ψυχικές διαταραχές της εφηβείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τις διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία και συνεχίζουν στην εφηβεία, η δεύτερη περιλαμβάνει τις διαταραχές που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα προβλήματα που έχει να επιλύσει ο έφηβος κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και η τρίτη περιλαμβάνει τις διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην εφηβεία και συνεχίζουν στην ενήλικη ζωή.

Η εφηβική ψυχοπαθολογία κυριαρχείται από την παθολογία της πράξης και την παθολογία της σωματικής έκφρασης.

Η παθολογία της πράξης αναφέρεται στην εκδραμάτιση (acting out) που υποδηλώνει ότι ο έφηβος αρνείται την εσωτερική του σύγκρουση και προβάλλει

προς τα έξω το άγχος που προκύπτει απ' αυτήν. Έτσι εξηγείται η συχνή εμφάνιση συμπεριφορών με ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά καθώς και οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Η παθολογία του σώματος εστιάζεται στο γεγονός ότι ο έφηβος δυσκολεύεται να αποδεχτεί το καινούργιο του σώμα και τον καινούργιο του εαυτό. Παρατηρείται αύξηση στην επίπτωση νοσολογικών οντοτήτων όπως η ανορεξία, η βουλιμία, ο αλκοολισμός, η τοξικομανία, οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις, οι ψυχοσωματικές διαταραχές. Ενώ η δυσμορφοβία που εκδηλώνεται στην εφηβεία μπορεί να σηματοδοτεί την έναρξη της σχιζοφρένειας.

Όσον αφορά την κατηγορία των ψυχικών διαταραχών με έναρξη στην παιδική ηλικία, διαπιστώνεται μεν η συνέχεια αλλά παρατηρείται μια διαφοροποίηση της κλινικής εικόνας. Οι ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, όπως η καθυστέρηση του λόγου, στην εφηβεία παρουσιάζονται σαν μαθησιακές διαταραχές. Η υπερκινητικότητα των πρώτων παιδικών χρόνων μπορεί να μετασχηματιστεί σε διαταραχή συμπεριφοράς. Οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές και οι μετατρεπτικές νευρώσεις διαγιγνώσκονται συχνότερα στην εφηβεία. Αντίθετα, συχνές φοβίες της παιδικής ηλικίας, όπως οι φοβίες ζώων, σπάνια ξεκινούν στην εφηβεία. Στην εφηβεία μπορούν να εμφανιστούν ή/και να επανεμφανιστούν οι κοινωνικές φοβίες, η αγοραφοβία και η σχολική φοβία.

Η κατάθλιψη στα παιδιά εκδηλώνεται κυρίως με αναστολή για το παιχνίδι ή/και αναστολή της μάθησης. Η κατάθλιψη στην εφηβεία παρουσιάζεται κυρίως με το νοσολογικό μοντέλο των ενηλίκων. Διαπιστώνεται καταθλιπτικό συναίσθημα, ιδέες ενοχής και αυτο-υποτίμησης που οδηγούν σε αύξηση των περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας, κυρίως μεταξύ 15–19 ετών. Συχνά οι τυπικές διπολικές συναισθηματικές διαταραχές ξεκινούν στην εφηβεία, ενώ η διάγνωσή τους στην παιδική ηλικία είναι εξαιρετικά σπάνια.

Οι ψυχοπαθητικές συμπεριφορές αυξάνονται ανάμεσα στις ηλικίες 14–17 ετών, ενώ σπάνια ξεκινούν στην ενήλικη ζωή. Εκδηλώνονται σαν βανδαλισμός στην αρχή, ενώ το αλκοόλ και τα ναρκωτικά προστίθενται αργότερα.

Όσον αφορά τα ναρκωτικά ο πειραματισμός μπορεί να ξεκινήσει από την προεφηβεία, ενώ η χρήση ουσιών και ο εθισμός παρατηρούνται στο τέλος της εφηβείας.

Η σχιζοφρένεια παρουσιάζεται με το μοντέλο των ενηλίκων, που διαφοροποιείται από την παιδική ψύχωση.

Οι δυσκολίες της εφηβείας συνιστούν πάντα μια επείγουσα κατάσταση. Έχουν συχνά άμεσες συνέπει-

ες στη σχολική ή επαγγελματική ζωή του εφήβου που μπορούν να τον αποκόψουν από τους συνομηλίκους του, αποκλείοντάς τον καθοριστικά από σειρά κοινωνικών εκδηλώσεων, αλλοιώνοντας την εικόνα του εαυτού του και συμβάλλοντας στο να κλειστεί μέσα σε μια παθολογία που έχει την τάση της αυτοδιατήρησής της. Εφόσον ο έφηβος βρει μια αυτόνομη πηγή ευχαρίστησης και προστασίας απέναντι στο άγχος, ακόμα κι αν είναι παθολογική, τότε θα είναι πολύ δύσκολο να τον κάνεις να την εγκαταλείψει για να δοκιμασθεί στις σχέσεις του με τους άλλους. Γι' αυτό η παρέμβαση πρέπει να γίνει πριν η διαταραχή οργανωθεί ως ένας τρόπος μόνιμης επένδυσης ή προτιμώμενης άμυνας.

Αυτό που διακυβεύεται δεν είναι μόνο η ψυχική υγεία του εφήβου, αλλά και ένας μέρος της σωματικής του υγείας.

Τέλος, έχει σημασία να τονισθεί ότι, κατά τη διάρκεια της εφηβείας όλες οι προηγηθείσες ψυχικές συγκρούσεις επανέρχονται στο προσκήνιο και υπόκεινται σε επαναχειρισμό πριν πάρουν την καθοριστική τους θέση στην οργάνωση της προσωπικότητας.

Εφηβική κατάθλιψη

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταιριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα. Στον λόγο τους διακρίνουμε αισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Ένα μεγάλο μέρος των διεργασιών της εφηβείας συνδέεται με τις διεργασίες του πένθους. Ο έφηβος είναι αναγκασμένος να αποχωρισθεί συμβολικά τους γονείς του, να διακόψει τους δεσμούς μαζί τους και να απομακρυνθεί από τον παράδεισο των παιδικών του χρόνων για να αντιμετωπίσει μόνος του μια νέα πραγματικότητα. Αυτή η διεργασία διακοπής των δεσμών και απώλειας του αντικειμένου, έχει ακριβώς τα ίδια στάδια, όπως η διεργασία αντιμετώπισης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Ταυτόχρονα, ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από τα αντικείμενα αγάπης της παιδικής του ηλικίας, περνάει μια περίοδο όπου η ενασχόλησή του είναι κυρίως στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό. Πρόκειται για μια ναρκισσιστική παλινδρόμηση, όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά στις φαντασιώσεις και τα προσωπικά σενάρια του εφήβου. Από εδώ πηγάζουν τα αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμη-

λής αυτοεκτίμησης και εκφράζουν την απόσταση από αυτό που θα ήθελε ο έφηβος να είναι και από αυτό που πραγματικά είναι.

Αυτή η κατάσταση μας οδηγεί στο να αναρωτηθούμε αν και τότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Παρ' όλες τις ομοιότητες όμως, η εφηβεία διαφοροποιείται από τη διεργασία πένθους, διότι υπάρχει μια πορεία δυναμική. Ο έφηβος περνάει σταδιακά από διεργασίες που θα τον οδηγήσουν μακριά από την επώδυνη κατάσταση.

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα της εφηβείας. Η επίπτωσή της ανέρχεται σε 2,8%–8,3%. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι, η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους. Υπάρχει μια δυσκολία εκ μέρους των εφήβων να μεταδώσουν τα υποκειμενικά συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης στους ενήλικους και προτιμούν να τα κρατήσουν για τον εαυτό τους ή να ζητήσουν βοήθεια από συνομηλίκους.

Ως προς το φύλο, υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει κοινά χαρακτηριστικά αλλά και διαφορές, από εκείνη των παιδιών ή των ενηλίκων. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομητικά συστήματα DSM-V και ICD-10, την τοποθετούν πλησιέστερα στην κλινική εικόνα των ενηλίκων τονίζοντας κάποιες διαφορές.

Η βασική διαφορά είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα, αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς, όλα του φταίνε, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις στην οικογένεια, αλλά και στο χώρο του σχολείου. Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και τις δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική ενέργεια. Παραπονείται για κούραση, αλλά κυρίως δείχνει μια αδιαφορία και βαρεμάρα που αποτελεί έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Τα σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι), αντικαθιστούν συχνά τα υποκειμενικά παράπονα που εκφράζουν μιξέρια, δυστυχία και θλίψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό τους του τύπου “είμαι ηλίθιος, χαζός, βλάκας, αντιπαθητικός”. Η απότομη και σημαντική μείωση των σχολικών επιδόσεων αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Η **σχολική φοβία** με έναρξη στην εφηβεία, θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο.

Οι **διαταραχές της διαγωγής**, επίσης με εικόνα ψυχοπαθητικής διαταραχής, μπορεί να αποτελούν καταθλιπτικό ισοδύναμο.

Η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στα πλαίσια της **διπολικής διαταραχής**, δηλαδή αποτελεί μέρος της μεικτής εικόνας της μανιοκατάθλιψης. Η διπολική διαταραχή συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προ-εφηβεία και κατά την εφηβεία εμφανίζεται η υπομανία ή μανία. Συνήθως παρουσιάζει μεικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα είναι αναμεμιγμένα ή εναλλάσσονται ταχύτατα κάθε λίγες μέρες ή μέσα στην ίδια μέρα. Εξαιρετικά μεγάλη ευερεθιστότητα ιδιαίτερα το πρωί και ξεσπάσματα θυμού που κρατάνε για μέρες είναι συχνότερα στους εφήβους, αντί για την κλασσική ευφορία. Υπάρχει επιβάρυνση στη σχολική επίδοση, στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και αύξηση του κινδύνου για χρήση ουσιών και αυτοκτονία.

Οι **αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας** εκλαμβάνονται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Η συνειδητή επιθυμία θανάτου αναφέρεται στην προβληματική της εφηβείας που αφορά το πέρασμα στην πράξη (acting-out), την επίθεση στο σώμα και τις διεργασίες αποχωρισμού. Συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση της κατάθλιψης. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία του πέρασματος στην πράξη και αποτελούν σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέλκυσης της προσχής του περιβάλλοντος. Στην εφηβεία επίσης, συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα **αυτοκτονικά ισοδύναμα**, συμπεριφορές που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου.

Έχει παρατηρηθεί ότι, η επίπτωση των αυτοκτονιών αυξάνει κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και αποτελούν, με 12% θνησιμότητα, τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία, ενώ ως προς το φύλο, στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι, σ' ένα μεγάλο ποσοστό (30–50%), ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών.

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει από μόνη της την αυτοκτονικότητα. Άλλοι παράγοντες, όπως δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, γεγονότα ζωής και οικογενειακά χαρακτηριστικά διακρίνουν τους αυτοκτονικούς εφήβους. Στα ατομικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού εφήβου περιλαμβάνονται η ψυχιατρική παθολογία, κυρίως κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, αλκοολισμός, τοξικο-

μανία και η σωματική ασθένεια. Γεγονότα ζωής, όπως μετανάστευση, κοινωνική απομόνωση, αλλαγή σχολείου, σχολική αποτυχία και ερωτική απογοήτευση, πυροδοτούν το πέρασμα στην αυτοκτονική πράξη. Η δυσλειτουργία της οικογένειας, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, οι χωρισμοί, η απουσία του πατέρα, η ψυχική παθολογία και ο αλκοολισμός των μελών αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων.

Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία, πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση με τους άλλους. Κρύβει φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός εφήβου, ο οποίος δεν έχει αποκτήσει αίσθημα ταυτότητας αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να διασχίσει επιτυχώς τα στάδια της εφηβείας.

Λόγω του αυξημένου κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας και της συνέχισης της παθολογίας στην ενήλικη ζωή, η κατάθλιψη στην εφηβεία χρήζει άμεσης και πολύπλευρης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η βασική αντιμετώπιση γίνεται κυρίως εξωνοσοκομειακά και συνδυάζει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Η νοσηλεία απαιτείται σπάνια, κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή/και όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να φροντίσει για τη θεραπεία του εφήβου ή/και όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες.

Παραπτωματικότητα

Η διάκριση ανάμεσα σ' έναν παραπτωματικό έφηβο και έναν μη, πολλές φορές έχει να κάνει με κοινωνικούς, οικονομικούς, αστυνομικούς λόγους και δεν παραπέμπει αναγκαστικά σε ψυχολογικές διαφορές ανάμεσά τους. Η παιδοψυχιατρική ενδιαφέρεται για εκείνες τις διαταραχές στην προσωπικότητα και στην ανάπτυξη του εφήβου, που έχουν ήδη οδηγήσει ή μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση μιας παραπτωματικής πράξης ή συμπεριφοράς και στην επανάληψή της. Αυτό που είναι απαραίτητο είναι να ακούσουμε τον έφηβο, να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε τη συμπεριφορά του και να σκεφτούμε πώς θα τον αντιμετωπίσουμε, με στόχο πάντα την ψυχική του υγεία. Δεν είναι δουλειά των επαγγελματιών υγείας η ηθική-δικαστική αθώωση ή καταδίκη του.

Η παραπτωματικότητα είναι βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπιστεί διαγνωστικά και θεραπευτικά. Ο κυριότερος βιολογικός παράγοντας είναι η επίδραση που υφίστανται οι σεξουαλικές και επιθετικές ενορμήσεις του εφήβου, κάτω από την πίεση της γρήγορης φυσικής ανάπτυξης και των ορμονικών μεταλλαγών, που είναι χαρακτηρι-

στικές αυτής της ηλικίας. Αφ' ετέρου ο σημαντικότερος ψυχολογικός παράγοντας σχετίζεται με την αναβίωση πρωιμότερων συναισθηματικών συγκρούσεων, που πυροδοτούνται από τις προαναφερθείσες βιολογικές αλλαγές και συνδέονται με σημαντικές ανακατατάξεις των οικογενειακών σχέσεων κύρια –αλλά όχι αποκλειστικά– ανάμεσα σε γονείς και έφηβο.

Η παραπτωματικότητα έχει τις ρίζες της στο παρελθόν του παιδιού. Εάν η βασική συναισθηματική σχέση που αναπτύσσει το παιδί με τους γονείς του είναι καλή και στηρίζεται στην αγάπη και στο αμοιβαίο “πάρε δώσε”, τότε μειώνεται κατά πολύ η εκτροπή του στην παραπτωματικότητα.

Στην περίπτωση της παραπτωματικότητας, αυτός που ζητά βοήθεια είναι συνήθως ο άλλος, είτε πρόκειται για γονείς, είτε για κοινωνικούς θεσμούς, αστυνομία, δικαστήρια, σχολείο κλπ. Με τη στάση που θα πάρουμε είναι σημαντικό να δείξουμε ότι δεν θεωρούμε τον έφηβο το *μαύρο πρόβατο*, ούτε από την άλλη ότι αδιαφορούμε για το πρόβλημά του. Πρώτα απ' όλα να αναγνωρίσουμε το αίτημα που έχει ο έφηβος για εμπιστευτικότητα και αποκλειστικότητα και στη συνέχεια να το αντιμετωπίσουμε. Πρέπει να δεχτούμε ότι στην αρχή της σχέσης μας θα δοκιμαστούμε. Ο γιατρός μπορεί να αντιμετωπίζεται από τον ίδιο έφηβο με διαφορετικό τρόπο κάθε φορά. Ο γιατρός παίρνει διάφορα πρόσωπα, τότε σαν γονέας, τότε σαν συνομήλικος και σύμμαχος, τότε σαν παππούς, άλλοτε σαν άνθρωπος της εξουσίας, άλλοτε σαν ο καλός “θεός” ή σαν εξωγήινος που δεν καταλαβαίνει τίποτα, κατά περιόδους με αυξημένο κύρος και άλλοτε σαν εχθρός που κάθε του αξία οδηγεί τον έφηβο να υιοθετήσει την αντίθετη.

Η στάση “δεν πειράζει, εφηβεία είναι θα περάσει”, που ουσιαστικά παραπέμπει στη θεωρία που υποστηρίζει ότι η εφηβεία δεν χρειάζεται θεραπεία, κάνει κακό στον έφηβο που θέλει να πάρουμε τη συμπεριφορά του και το μήνυμά της στα σοβαρά. Αφ' ετέρου στην προσπάθεια μας να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του, πρέπει να αποφύγουμε να του δείξουμε ότι τον καταλαβαίνουμε σαν θύμα των γονέων του ή της κοινωνίας, γιατί έτσι του στερούμε ασυνείδητα τη δυνατότητα να έχει την εμπειρία της εκλογής, μέσα από την απόκτηση της δικής του ξεχωριστής υπευθυνότητας.

Διαταραχές διαγωγής (συμπεριφοράς)

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση των διαταραχών συμπεριφοράς στην εφηβεία, χρειάζεται να πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις που περιγράφονται στο αντίστοιχο τμήμα για τις διαταραχές διαγωγής στα παιδιά (βλ. σχολική ηλικία).

Επιδημιολογικά δεδομένα από τις ΗΠΑ, τη Μ. Βρετανία και τις Σκανδιναβικές χώρες δείχνουν ότι, κατά τις τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα μέχρι σήμερα παρατηρούνται τα εξής:

- Μεγάλη και συνεχής αύξηση των παραπτωματικών συμπεριφορών, κυρίως κατά την εφηβεία.
- Σημαντική αύξηση των σοβαρότερων μορφών παραπτωματικότητας, π.χ. ανθρωποκτονίες.
- Σύνδεση της παραπτωματικότητας σε ποσοστά 30–40% των περιπτώσεων με την ύπαρξη ατομικής ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, τα δεδομένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη δεκαετία 1990–2000 δείχνουν παρόμοια αύξηση της παραπτωματικότητας. Είναι χαρακτηριστικό ότι η παραβατικότητα των ανηλίκων ξεπερνά το 20% της συνολικής, σε χώρες όπως είναι η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Μ. Βρετανία.

Όσον αφορά την Ελληνική πραγματικότητα, τα δεδομένα για τη χώρα μας δεν συμβαδίζουν με αυτά των άλλων Δυτικών χωρών. Η παραπτωματική συμπεριφορά των εφήβων παραμένει σταθερά χαμηλή και εστιάζεται στις πιο ήπιες μορφές, π.χ. παραβάσεις του Κ.Ο.Κ. Παρά ταύτα, και στη χώρα μας, έχουν κάνει την εμφάνισή τους μεμονωμένα κρούσματα σοβαρής παραπτωματικής συμπεριφοράς των εφήβων. Εν τούτοις, ο συνολικός αριθμός τους παραμένει μονοψήφιος και αφορά διάστημα μεγαλύτερο της τριακονταετίας.

Αυτή η κατάσταση όμως, δεν πρέπει να δημιουργεί εφησυχασμό, γιατί αυξάνουν συνεχώς και σε σημαντικό βαθμό οι δείκτες κοινωνικής παθολογίας που ευνοούν την εμφάνιση παραπτωματικότητας στους εφήβους. Για παράδειγμα αναφέρουμε την αύξηση πάνω από 200% της σεξουαλικής εκμετάλλευσης και κακοποίησης, τον υπερδιπλασιασμό των μονογονεϊκών οικογενειών και τον υπερτριπλασιασμό των διαζυγίων κατά τα τελευταία χρόνια.

Στην εφηβεία οι **εκδηλώσεις φυσικής επιθετικότητας** είναι πιο σπάνιες αλλά πιο σοβαρές. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει «σκασιαρχείο», εμπρησμούς, κλοπές, καταστροφές και βανδαλισμούς. Επίσης, κατάχρηση τοξικών ουσιών και δυσπροσαρμοστική σεξουαλική συμπεριφορά, κυρίως στα κορίτσια. Γενικά, τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια τα συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής διαγωγής είναι στην εφηβεία και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Η εμφάνιση παραπτωματικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή, σχεδόν πάντα, προϋποθέτει την ύπαρξη διαταραχής της διαγωγής στην παιδική ηλικία. Όμως, λιγότεροι από τους μισούς εφήβους με σοβαρή διαταραχή θα αναπτύξουν αντικοινωνική

διαταραχή της προσωπικότητας. Αυτή η ομάδα των εφήβων συγκρινόμενη με άλλες ομάδες, παρουσιάζει μεγαλύτερη κατάχρηση τοξικών ουσιών, οίνοπνεύματος, μαθησιακές δυσκολίες και αργότερα προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής π.χ. δυσκολίες στο γάμο, στη στρατιωτική θητεία κλπ.

Οι περισσότερες έρευνες που μελετούν τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές διαγωγής στην παιδική ηλικία με την αντικοινωνική συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή, υποστηρίζουν τη συνέχεια της ψυχοπαθολογίας από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή.

Ως παράγοντες που ευνοούν τη συνέχεια των διαταραχών συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή αναφέρεται το χαμηλό νοητικό πηλίκο (IQ), η κακή σχολική επίδοση, τα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η χρήση ουσιών στην εφηβεία και η πρώιμη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Επιπλέον παράγοντες είναι η δυσλειτουργία της οικογένειας και η αντικοινωνική συμπεριφορά των γονέων. Θεραπευτικά, έχουν δοκιμασθεί όλες οι δυνατές ψυχιατρικές θεραπείες, χωρίς σαφείς ενδείξεις υπεροχής καμίας. Η ψυχοδυναμική κατανόηση των διαταραχών διαγωγής επιτρέπει την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των διαφορετικών θεραπευτικών δυνατοτήτων στη στρατηγική της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι δύο κύριες νοσολογικές οντότητες είναι η **ψυχογενής ανορεξία** και η **ψυχογενής βουλιμία**.

Τα όρια μεταξύ των δύο διαταραχών δεν είναι πάντα σαφώς διακριτά. Από τη μελέτη της πορείας των διαταραχών διατροφής προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια μιας παρακολούθησης δέκα ετών, το 15% των περιπτώσεων ψυχογενούς ανορεξίας θα μεταπέσει στη διάγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας, ενώ το αντίστροφο θα συμβεί μόνο στο 1% των βουλιμικών.

Ένας μεγάλος αριθμός (έως και 60%) πασχόντων δεν πληροί όλα τα κριτήρια των ταξινομητικών συστημάτων (ICD-10, DSM-V). Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς αυτοί διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από **«άτυπη» ή «μη καθοριζόμενη αλλιώς» διαταραχή πρόσληψης τροφής**.

Ψυχογενής ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από μεγάλη απώλεια βάρους και από την άρνηση του εφήβου να διατηρήσει το ελάχιστο βάρος για το ύψος και την ηλικία του και συνοδεύεται από διαταραχή της εικόνας του σώματος.

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι μια συχνή πάθηση. Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η επικράτησή της είναι περίπου 0.3% και

εμφανίζεται κατά 90–95% σε γυναίκες κυρίως στην ηλικία μεταξύ 15 και 19 ετών. Το ερώτημα αν η ψυχογενής ανορεξία έχει γίνει συχνότερη τις τελευταίες δεκαετίες ή όχι παραμένει αναπάντητο.

Η ψυχογενής ανορεξία μπορεί να συνυπάρχει με μια σειρά από άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας και σπάνια με τη σχιζοφρένεια.

Η αιτιοπαθογένεια είναι πολυπαραγοντική και πολλές πλευρές της παραμένουν αδιευκρίνιστες έως σήμερα.

Η δομή της οικογένειας έχει μελετηθεί επισταμένα, με στόχο να καθοριστεί η επίδρασή της στην εμφάνιση της ανορεξίας. Ο S.Minuchin αναφέρθηκε σε τέσσερεις τύπους οικογένειας με ανορεκτικό μέλος: α) τον «υπερεμπλεγμένο», όπου τα όρια μεταξύ των μελών δεν είναι ευδιάκριτα, β) τον «αποφευκτικό» όπου κάθε σύγκρουση αποφεύγεται, γ) τον «άκαμπτο» που αντιδρά σε κάθε αλλαγή και τέλος δ) τον «υπερπροστατευτικό». Η M. Salvini-Palazzoni αναφέρθηκε στα δυσλειτουργικά φαινόμενα εντός της οικογένειας όπως είναι: η απόρριψη των μηνυμάτων του ενός μέλους προς το άλλο, η επιθυμία των γονέων για ένα τέλειο παιδί, η υποτίμηση των προσωπικών επιθυμιών και η υπερεκτίμηση των αναγκών των άλλων. Η H.Bruch από ψυχοδυναμική σκοπιά, εστίαστηκε στη συγκρουσιακή σχέση μητέρας και κόρης και ιδιαίτερα στην προσπάθεια της κόρης να αντισταθεί στην παρεμβατικότητα και στον έλεγχο που ασκεί η μητέρα της, μέσα από τον έλεγχο του σώματος. Η μητέρα πολλές φορές δεν βιώνει την κόρη ως ανεξάρτητο πρόσωπο αλλά σαν προέκταση του εαυτού της. Επίσης, έχει τονιστεί και η ανεπαρκής φυσιογνωμία του πατέρα, ο οποίος είναι «απών» είτε κυριολεκτικά είτε σε συμβολικό επίπεδο.

Το σύνδρομο της ψυχογενούς ανορεξίας στο DSM-IV-TR ορίζεται με τα ακόλουθα κριτήρια :

- Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο του ελάχιστου φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του.
- Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα παχύνει ακόμη και όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.
- Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους στην αυτοαξιολόγηση, άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.
- Σε γυναίκες αμηνόρροια, δηλ. απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων.

Προσδιορίζονται δυο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας:

α) **Περιοριστικός τύπος:** όταν υπάρχει μόνο περιορισμός λήψης τροφής.

β) **Υπερφαγικός-καθαρτικός τύπος:** όταν το άτομο έχει τακτικά επεισόδια υπερφαγίας και στη συνέχεια καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμέτους, χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

Το αδυνάτισμα είναι εντυπωσιακό και μπορεί να φθάσει μέχρι την απώλεια του 50% του αρχικού βάρους, δίνοντας την εικόνα μιας πραγματικής καχεξίας. Συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις, υποθερμία, επιβράδυνση καρδιακής λειτουργίας (50–60 σφυγμοί ανά λεπτό), υπογλυκαιμία και διαταραχές ηλεκτρολυτών (υπονατρίαμια, υποκαλιαιμία).

Η αμηνόρροια εκδηλώνεται συνήθως μετά την απώλεια βάρους, αν και μερικές φορές αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα της κλινικής εικόνας. Οι ορμονολογικές εξετάσεις δείχνουν την ανεπάρκεια του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Είναι μια εικόνα αντιστρέψιμη αν και πολλές φορές η αμηνόρροια επιμένει και μετά την επανάκτηση του φυσιολογικού βάρους.

Παράλληλα με την ανορεξία, παρατηρείται μια σειρά συχνών συμπεριφορών. Οι δραστηριότητες είναι πολυπληθείς και ακατάπαυστες. Περιλαμβάνουν κυρίως άθληση υψηλού επιπέδου (τρέξιμο, κολύμβηση, χορό). Η σχολική φοίτηση συνεχίζεται φυσιολογικά συνήθως με υψηλές επιδόσεις. Οι δραστηριότητες των ανορεκτικών είναι σπάνια δημιουργικές κι έχουν ένα στερεότυπο και ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα. Η εξυπνάδα τους είναι υποταγμένη στις σχολικές απαιτήσεις χωρίς καμία πρωτοτυπία. Η κοινωνική ένταξη είναι επιφανειακή και οι διαπροσωπικές σχέσεις περιορισμένες. Δεν εκδηλώνουν κανένα ενδιαφέρον για τη σεξουαλικότητα. Οι σωματικές αλλαγές της εφηβείας αποτελούν ενόχληση και ο τρόπος ντυσίματος που επιλέγεται (παντελόνια, φόρμες γυμναστικής) δεν επιτρέπει να διαφανεί κανένα ίχνος θηλυκότητας.

Η παθολογία δεν αναγνωρίζεται. Ακόμη και στα τελικά στάδια της ασθένειας οι ανορεκτικές αρνούνται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Ψυχογενής βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια ανεξέλεγκτης, υπερβολικής λήψης τροφής και αντιρροπιστικές συμπεριφορές για την αποφυγή αύξησης του βάρους.

Η ετήσια επίπτωσή της έχει υπολογιστεί στα 12 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους ετησίως, φτάνει όμως τα 300 όταν υπολογίζεται στην ηλικία 16 έως 20 χρόνων. Όπως και η ψυχογενής ανορεξία, έτσι και η βουλιμία εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες. Μόνο το 5–10% των πασχόντων είναι άρρενες. Αξίζει να σημειωθεί πως στις περισσότερες περιπτώσεις ψυχογενούς

βουλιμίας προηγείται η εμφάνιση αγχώδους διαταραχής. Επιπλέον, η ψυχογενής βουλιμία συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό (έως 46%) με την κατάθλιψη. Σε ποσοστό 30–50% οι βουλιμικοί ασθενείς αναφέρουν κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Το ποσοστό αυτό είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από το αναφερόμενο ποσοστό κακοποίησης στον γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό.

Η αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι επίσης πολυπαραγοντική.

Η οικογένεια περιγράφεται από τις ίδιες τις βουλιμικές ασθενείς σαν συγκρουσιακή, με κακή οργάνωση και ελλείμματα στη φροντίδα των γονέων προς τις ίδιες. Η εξωτερική παρατήρηση των οικογενειών με μέλος που πάσχει από βουλιμία, εμφανίζει τις ασθενείς ως «οργισμένα υποταγμένες» απέναντι σε εχθρικούς γονείς που τις παραμελούν. Οι περιγραφές των δύο γονέων από την ασθενή σκιαγραφούν τη μητέρα ως απόμακρη, που παραμελεί κυρίως συναισθηματικά την κόρη της και τον πατέρα ως υπερπροστατευτικό που ασκεί όμως έλεγχο χωρίς συναισθήματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV-TR είναι:

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας.
- Επαναλαμβανόμενη αντιρροπιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση του σωματικού βάρους.
- Τα προηγούμενα πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.
- Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

Η υπερφαγία εκδηλώνεται με αλλοπρόσαλλη, παρορμητική κατανάλωση τροφών. Συνήθως έχει προηγηθεί μια περίοδος «αποτυχημένης» δίαιτας και εξαντλητικής άσκησης προκειμένου να ελέγξουν την εξωτερική τους εμφάνιση και διαμέσου αυτής την εσωτερική τους εικόνα.

Η συνηθέστερη αντιρροπιστική συμπεριφορά είναι η πρόκληση εμέτου αμέσως μετά την υπερφαγία. Επίσης, χρησιμοποιούνται και η λήψη καθαρτικών και διουρητικών σκευασμάτων μαζί με νηστεία και εντατική άσκηση κατά το ενδιάμεσο των υπερφαγικών επεισοδίων διάστημα. Η συμπεριφορά αυτή ευθύνεται και για τις ιατρικές επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν.

Παρακολούθηση των διαταραχών πρόσληψης τροφής από τον παιδίατρο

Είναι σημαντικό όταν αναφερόμαστε στην κλινική εικόνα της **ψυχογενούς ανορεξίας**, να γνωρίζουμε

ότι η διαταραχή, τουλάχιστον αρχικά, δεν εκδηλώνεται με απώλεια της όρεξης αλλά με εκούσιο περιορισμό της προσλαμβανόμενης τροφής. Η ψυχογενής ανορεξία αναπτύσσεται πολύ συχνά σε κορίτσια που έχουν αρκετές ικανότητες και είναι ιδιαίτερα πειθαρχημένα, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν εξαιρετικές επιδόσεις τόσο στο σχολείο όσο και σε άλλες δραστηριότητες (όπως ο αθλητισμός, η μουσική και ο χορός). Πολλές φορές οι γονείς αιφνιδιάζονται καθώς η κόρη τους ήταν «τέλεια σε όλα της».

Οι εκλυτικοί παράγοντες σχετίζονται με το στρες και διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία έναρξης. Στα κορίτσια που εμφανίζουν τη διαταραχή στην έναρξη της εφηβείας, παρατηρούμε συχνά φόβους ψυχολογικής ωρίμανσης που εκδηλώνονται με έντονη δυσφορία προς το σώμα και ιδιαίτερα προς τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου. Η εμφάνιση της διαταραχής γίνεται στο πλαίσιο μιας αγωνιώδους προσπάθειας του κοριτσιού να επιστρέψει ψυχολογικά και σωματικά στην παιδική ηλικία. Σε μεγαλύτερη ηλικία οι εκλυτικοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με την ανεξαρτητοποίηση της εφήβου ή/και με τον καθορισμό της ταυτότητάς της καθώς και με συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια. Η παιδική/εφηβική παχυσαρκία, επίσης, προηγείται στο 7–20% των περιπτώσεων και οδηγεί συχνά σε αγωνιώδεις προσπάθειες δίαιτας.

Στα αρχικά στάδια του περιοριστικού τύπου, η ασθενής περιορίζει είτε σταδιακά είτε απότομα την πρόσληψη τροφής. Ο περιορισμός γίνεται συνήθως με γνώμονα του ποια τροφή θεωρείται διαιτητική, επομένως και υγιεινή και ποια μη διαιτητική άρα απαγορευμένη. Στον καθαρτικό/υπερφαγικό τύπο, η ασθενής εκτός από τον περιορισμό της διατροφής μπορεί να υποκύπτει σε υπερφαγικά επεισόδια, τα οποία ακολουθεί προκλητός έμετος. Οι **ιατρικές επιπλοκές** της ψυχογενούς ανορεξίας σχετίζονται κυρίως με τον υποσιτισμό και είναι ηπιότερες από αυτές που παρατηρούμε σε περιπτώσεις πλήρους διακοπής της σίτισης.

Στον Πίνακα 4.1 αναγράφονται οι συχνότερες επιπλοκές της νευρογενούς ανορεξίας.

Η ασθενής χρειάζεται τακτικό ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο και μέτρηση των ηλεκτρολυτών και των λευκωμάτων για να αποφευχθεί η επιδείνωση της καρδιαγγειακής της λειτουργίας. Να σημειωθεί ότι όλες οι επιπλοκές που αναφέρθηκαν, με εξαίρεση την οστεοπόρωση, υποχωρούν όταν αντιμετωπιστεί ο υποσιτισμός.

Αν δεν υπάρχουν πληροφορίες για εκούσιο περιορισμό της πρόσληψης τροφής, η **διαφορική διάγνωση** της νευρογενούς ανορεξίας, θα γίνει αρχικά από σωματικές παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν ανορεξία ή/και αδικαιολόγητη απώλεια βάρους. Τέ-

τορες παθήσεις είναι οι όγκοι του εγκεφάλου, ο καρκίνος, η φυματίωση, ο υπερθυροειδισμός, η νόσος του Addison και διάφορες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος π.χ. σύνδρομο δυσαπορρόφησης, νόσος του Crohn.

Αν ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος αποκλείσει τα οργανικά αίτια των συμπτωμάτων, στη συνέχεια πρέπει να αποκλειστούν άλλες, πλην της ψυχογενούς ανορεξίας, ψυχικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη, οι φοβίες, οι σωματοποιητικές διαταραχές και η σχιζοφρένεια.

Στην **ψυχογενή βουλιμία** το βάρος του σώματος και το σχήμα συγκεκριμένων μερών του, όπως είναι το στήθος ή οι γοφοί, αποτελεί τον μοναδικό τρόπο αξιολόγησης της ελκυστικότητας. Για ορισμένες ασθενείς είναι ο κεντρικός άξονας αξιολόγησης του εαυτού

τους. Καθώς όμως η «τελειότητα» απαιτεί θυσίες, η αυστηρή δίαιτα και πολλές φορές η εξαντλητική άσκηση είναι μονόδρομος για την επίτευξη του στόχου. Η ασθενής προσπαθεί να τρώει όσο το δυνατόν λιγότερο έως τη στιγμή που οι αντιστάσεις της εξασθενούν και τότε είτε λόγω της πείνας, είτε λόγω κάποιας συναισθηματικής φόρτισης υποκύπτει στη βουλιμία.

Η δίαιτα σε συνδυασμό με προνοσηρή παχυσαρκία, η ερωτική απόρριψη ή επικριτικά σχόλια για το βάρος και το σχήμα του σώματος αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της ψυχογενούς βουλιμίας. Επίσης, διάφορα ψυχοπαιστικά γεγονότα, όπως ο θάνατος προσφιλούς προσώπου, αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της διαταραχής.

Το **βουλιμικό επεισόδιο** αρχικά είναι αιφνίδιο, αλλά με τον καιρό μπορεί να γίνεται και προγραμ-

Πίνακας 4.1

Συχνότερες επιπλοκές της νευρογενούς ανορεξίας.

Καρδιαγγειακό:	• υπόταση και ορθοστατική υπόταση • βραδυκαρδία • ακροκυάνωση • Η.Κ.Γ με χαμηλά δυναμικά, παράταση του QT διαστήματος και αρρυθμίες • καρδιακή ανακοπή
Νευρικό:	• δυσκολίες στη συγκέντρωση, την προσοχή, τη μνήμη • οργανικό ψυχροσύνδρομο και σπανιότερα επιληπτικές κρίσεις • εικόνα ψευδοατροφίας με αναστρέψιμη διεύρυνση των κοιλιών • “μυοπάθεια” λόγω έλλειψης μαγνησίου, ασβεστίου και φωσφόρου
Ενδοκρινικό:	• λόγω της μείωσης του λιπώδους ιστού διακόπτεται ο μεταβολικός κύκλος των οιστρογόνων με αποτέλεσμα ο ρυθμός έκκρισης των γοναδοτροπινών από την υπόφυση να επιστρέφει στα προεφηβικά επίπεδα και έτσι να εμφανίζεται αμηνόρροια • μείωση της μάζας του μαστού • μείωση των επιπέδων των ενεργών κλασμάτων των θυροειδικών ορμονών και αύξηση των ανενεργών • αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης • υπογλυκαιμία • υπερχοληστεριναίμια • υποθερμία • μείωση των επιπέδων της λεπτίνης
Πεπτικό:	• μείωση της γαστρικής και εντερικής κινητικότητας με αποτέλεσμα δυσπεψία και αίσθημα κορεσμού δυσανάλογο με το μέγεθος του γεύματος • δυσκοιλιότητα
Μυοσκελετικό:	• ο περιορισμός της τροφής σε συνδυασμό με τη χαμηλή συγκέντρωση των οιστρογόνων και την υπερκορτιζολαιμία οδηγεί σε μείωση της οστικής μάζας • αναστολή της αύξησης του ύψους στις νεαρές εφήβους και εμφάνιση οστεοπόρωσης
Δέρμα:	• ξηρότητα του δέρματος • υπέρχρωση λόγω υπερκαροτιναιμίας (οφειλόμενη στον μειωμένο ηπατικό καταβολισμό της καροτίνης) • υπερτρίχωση με λεπτές, άχρωμες τρίχες που εμφανίζονται κυρίως στην πλάτη, την κοιλιακή χώρα και τον πήχη (lanugo)
Αιμοποιητικό:	• λευκοπενία • ήπια αναιμία • θρομβοκυτοπενία
Ουροποιητικό:	• νυκτουρία • συχνουρία

ματισμένα, κυρίως τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Η ασθενής προτιμά να τρώει βουλιμικά μόνη της και συχνά οι γονείς αργούν να αντιληφθούν την ύπαρξη της διαταραχής. Κατά τη διάρκεια του βουλιμικού επεισοδίου η ασθενής νιώθει την ακατανίκητη επιθυμία να φάει πολύ, με συνέπεια να καταναλώνει τρώγοντας γρήγορα, σημαντικές ποσότητες τροφής. Συνήθως επιλέγονται τροφές που έχουν έντονη γεύση, πολλές θερμίδες και απαγορεύονται αυστηρά κατά τη διαιτητική φάση. Τα επεισόδια μπορεί να είναι καθημερινά ή σποραδικά μέσα στην εβδομάδα. Αν και πολλές ασθενείς περιγράφουν το βουλιμικό επεισόδιο με θετικό τρόπο, δηλαδή ως μια στιγμή της ζωής τους που δραστηρεύουν από την καθημερινότητα και τους περιορισμούς, ο έντονος φόβος της αύξησης του βάρους χαρακτηρίζει το σύνολο των ασθενών.

Οι **καθαρτικές συμπεριφορές** και κυρίως ο έμετος, ακολουθούν το τέλος της βουλιμίας ή γίνονται ακόμα και στα ενδιάμεσα του επεισοδίου για να κενωθεί το περιεχόμενο του στομάχου. Ο έμετος προκαλείται πολλές φορές με ερεθισμό της υπερώας με το δάκτυλο του χεριού ή κάποιο αντικείμενο μέχρι να βεβαιωθεί η ασθενής ότι έχει πλήρως απαλλαγεί από την «τοξική» τροφή. Ο έμετος, αν και καθησυχάζει την ασθενή προσωρινά από το φόβο της αύξησης του βάρους, μακροπρόθεσμα αυξάνει τη δυσφορία της

για τον εαυτό της, γιατί δεν κατάφερε να συγκρατηθεί, και έτσι ανανεώνει την απόφασή της να ξεκινήσει ξανά τη δίαιτα με την υπόσχεση στον εαυτό της ότι αυτή τη φορά θα τα καταφέρει.

Οι συχνότερες ιατρικές επιπλοκές της νευρογενούς βουλιμίας προέρχονται από τους εμέτους και συνοψίζονται στον Πίνακα 4.2.

Όπως και στην ψυχογενή ανορεξία, η τακτική παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών και κυρίως του καλίου και του νατρίου είναι αναγκαία για να αποφευχθούν επικίνδυνες καρδιολογικές επιπλοκές.

Η **διαφορική διάγνωση** θα γίνει αρχικά από σωματικές παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν βουλιμική συμπεριφορά, όπως είναι επιληπτικού τύπου ισοδύναμα και όγκοι του εγκεφάλου.

Αν ο κλινικός και παρακλινικός έλεγχος αποκλείσει τα οργανικά αίτια των συμπτωμάτων η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει επίσης τον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας όπου το σωματικό βάρος είναι χαμηλό και υπάρχει αμηνόρροια καθώς και την υπερφαγική διαταραχή όπου δεν υπάρχει αντιρροπιστική του βουλιμικού επεισοδίου συμπεριφορά. Τέλος, μη προκλητοί έμετοι ή άγχος στο να φάει κανείς σε δημόσιο χώρο μπορεί να συνοδεύουν αγχώδεις διαταραχές όπως η κοινωνική φοβία.

Πίνακας 4.2

Συχνότερες επιπλοκές της νευρογενούς βουλιμίας.

Ηλεκτρολύτες:	- υποκαλιαιμία - υπονατρίαμια - υποχλωραιμική αλκάλωση - υπομαγνησιαιμία - σπανιότερα υπερφωσφαταιμία
Μυϊκές:	οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν μυοπάθεια των σκελετικών μυών με συνοδό αύξηση της κρεατινίνης του ορού
Νεφρολογικές:	η αύξηση της κρεατινίνης λόγω της χρόνιας υποκαλιαιμίας μπορεί να οδηγήσει σε νεφροπάθεια ή ακόμα και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Καρδιολογικές:	- η υποκαλιαιμία προκαλεί παράταση του διαστήματος QT, αρρυθμία ή και αιφνίδιο θάνατο λόγω ανακοπής - σπανιότερα παρατηρείται καρδιομυοπάθεια από την κατάχρηση ιτεκακουάνας για την πρόκληση εμέτου
Γαστρεντερικές:	- διόγκωση των σιελογόνων αδένων και ειδικότερα των παρωτίδων λόγω των αυτοπροκαλούμενων εμέτων - λόγω της συχνής έκθεσης του οισοφάγου στο γαστρικό υγρό παρατηρείται οισοφαγίτιδα που μπορεί σπανιότερα να οδηγήσει σε ρήξη του οισοφάγου (σύνδρομο Boerhove) ή ακόμα και δημιουργία οισοφάγου Barrett - γαστρίτιδα και σπανιότερα γαστρορραγία - δυσκοιλιότητα έως και απώλεια του εντερικού περισταλτισμού λόγω της αφυδάτωσης, της υποκαλιαιμίας και κυρίως λόγω της χρόνιας κατάχρησης καθαρτικών
Δερματολογικές:	αλλοιώσεις του δέρματος και ειδικότερα ουλές στη ράχη της άκρας χειρός λόγω της χρήσης των δακτύλων για την πρόκληση του εμέτου (σημείο του Russel)
Οδοντιατρικές:	διαβρώσεις της οδοντικής επιφάνειας και προοδευτική καταστροφή τους λόγω της επαφής τους με τα γαστρικά υγρά
Γυναικολογικές:	- αυξημένη πιθανότητα για υπερέμεση κύησης (Hyperemesis gravidum) - διαταραχές στην έμμηνο ρύση έως και αμηνόρροια

Στον Πίνακα 4.3 αναγράφονται τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ψυχογενή ανορεξία από την ψυχογενή βουλιμία.

Παραπομπή για παιδοψυχιατρική αντιμετώπιση

Από τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία περίπου το 47% παρουσιάζει πλήρη ανάρρωση, το 33% μερική ύφεση, ενώ το 20% μεταπίπτει στη χρονιότητα. Το βάρος αποκαθίσταται στο 60% των ασθενών, η έμμηνη ρήση στο 57% και οι διατροφικές συνήθειες στο 47%. Αν και υπάρχουν δυσκολίες στον ακριβή καθορισμό της θνησιμότητας από την ψυχογενή ανορεξία, έχει υπολογιστεί ότι ανέρχεται στο 6–10% των ασθενών ανά δεκαετία διάρκειας της νόσου. Ο θάνατος προέρχεται κυρίως από τις καρδιολογικές επιπλοκές του υποσιτισμού, ενώ έως και 45% των θανάτων μπορούν να οφείλονται σε αυτοκτονία. Τα παραπάνω ποσοστά κατατάσσουν την ψυχογενή ανορεξία στις πλέον επικίνδυνες ψυχικές παθήσεις για τη ζωή.

Κακοί προγνωστικοί δείκτες είναι η παρουσία κατανγκαστικών στοιχείων στην προνοσηρή προσωπικότητα της ασθενούς, οι φόβοι ψυχολογικής ωρίμανσης, τα βουλιμικά επεισόδια, οι αυτοπροκαλούμενοι έμετοι καθώς και η χρόνια πορεία της διαταραχής. Ως καλοί προγνωστικοί δείκτες αναφέρονται η παρουσία οιστριονικών στοιχείων στην προσωπικότητα του ατόμου και η πρόωπη έναρξη της νόσου στην εφηβεία. Επίσης, καλός προγνωστικός δείκτης είναι η απουσία

έντονων ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Επιπλέον, το σύντομο χρονικό διάστημα μεταξύ της έναρξης της νόσου και της έναρξης της θεραπείας είναι από τους πλέον σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες, επομένως ο παιδίατρος πρέπει άμεσα να συμβουλεύει και να παραπέμπει την οικογένεια στην αναζήτηση βοήθειας από παιδοψυχίατρο.

Η πρόγνωση της ψυχογενούς βουλιμίας είναι καλύτερη από την αντίστοιχη της ανορεξίας. Το 70% των ασθενών αναρρώνουν από την πάθηση, το 20% παραμένουν με υποκλινικά συμπτώματα, ενώ στο 10% η συμπτωματολογία δεν υποχωρεί. Η θνησιμότητα της ψυχογενούς βουλιμίας είναι πολύ μικρή και υπολογίζεται στο 0.4% των ασθενών ανά δεκαετία νόσησης. Φαίνεται ότι η βραχύτερη διάρκεια της νόσου μέχρι την έναρξη της θεραπείας, η απουσία συννοσηρότητας με διαταραχή προσωπικότητας αποτελούν θετικούς προγνωστικούς παράγοντες.

Όταν αναφερόμαστε στις διαταραχές πρόσληψης τροφής, η παραπομπή της εφήβου και της οικογένειάς της σε θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού η ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία απειλούν άμεσα τη ζωή. Ο ρόλος του παιδίατρου είναι κρίσιμος στον αρχικό εντοπισμό και διευκρίνιση της παθολογίας και στη συνέχεια στην κατάλληλη παραπομπή στον παιδοψυχίατρο. Στη συνέχεια απαιτείται η στενή και σε συμφωνία συνεργασία τους για την αντιμετώπιση και παρακολούθηση.

Πίνακας 4.3

Χαρακτηριστικά ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας.

Χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας	Χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας
Η ασθενής προτιμά να προετοιμάζει μόνη της το φαγητό της έτσι ώστε να είναι σίγουρη ότι είναι διαιτητικός ο τρόπος μαγειρέματός του.	Η ασθενής προτιμά να τρώει βουλιμικά μόνη της.
Κόβει το φαγητό σε μικρά κομματάκια και πολλές φορές χρειάζεται ιδιαίτερα μεγάλο χρονικό διάστημα για να το καταναλώσει.	Καταναλώνει τρώγοντας γρήγορα, σημαντικές ποσότητες τροφής.
Κάποιες φορές μασά το φαγητό ώστε να υπάρχει η γευστική απόλαυση και στη συνέχεια το φτύνει ώστε να μην υπάρχει πρόσληψη θερμίδων.	Συνήθως επιλέγονται τροφές που έχουν έντονη γεύση, πολλές θερμίδες και απαγορεύονται αυστηρά κατά τη διαιτητική φάση.
Οι μερίδες είναι συνήθως μικρές, τα γεύματα αραιά και στα μεσοδιαστήματα καταναλώνονται ροφήματα χωρίς θερμίδες ή και τσιγλες σε μεγάλη ποσότητα.	Οι καθαρτικές συμπεριφορές και κυρίως ο έμετος ακολουθούν το τέλος της βουλιμίας ή γίνονται ακόμα και στα ενδιάμεσα του επεισοδίου.
Πολλές φορές παρατηρούμε υπερενασχόληση της ασθενούς με τη μαγειρική χωρίς όμως εκείνη να δοκιμάζει τα φαγητά που ετοιμάζει.	Ο έμετος προκαλείται πολλές φορές με ερεθισμό της υπερώας με το δάκτυλο του χεριού ή κάποιο αντικείμενο.
Πολύωρη γυμναστική και γενικότερα αυξημένη σωματική δραστηριότητα.	Προκλητός έμετος με τη λήψη κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος.
Στέρηση του ύπνου με τη λήψη ψυχοδιεγερτικών ή λήψη θυροειδικών ορμονών για να αυξηθεί η ημερήσια θερμιδική κατανάλωση.	Παρατηρείται κατάχρηση καθαρτικών και σπανιότερα διουρητικών.

Συμβουλευτική οικογένειας και θεραπευτική αντιμετώπιση

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, οι γονείς των εφήβων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία, να είναι ενήμεροι για τη φύση και τους κινδύνους των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η άμεση και έγκαιρη θεραπεία αποτελεί κλειδί για την αντιμετώπισή τους, ενώ κρίσιμο ρόλο παίζει και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσει η ασθενής, καθώς η κατάλληλη θεραπεία δεν είναι πάντα η ίδια για όλους.

Για τη θεραπεία των διαταραχών πρόσληψης τροφής έχουν προταθεί τρεις μορφές θεραπείας: η ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, η αντιμετώπιση σε κέντρα ημέρας και η εξωνοσοκομειακή θεραπεία, που είναι και η περισσότερο διαδεδομένη.

Τα θεραπευτικά μέσα περιλαμβάνουν τόσο τη φαρμακοθεραπεία όσο και τις ψυχολογικές θεραπείες.

Η φαρμακοθεραπεία των διαταραχών διατροφής αφορά στη χορήγηση *αντικαταθλιπτικών*. Αν και τα αντικαταθλιπτικά έχουν δοκιμαστεί εκτεταμένα, δεν έχει βρεθεί να έχουν οποιαδήποτε ευεργετική δράση στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Η δράση των αντικαταθλιπτικών στις βουλιμικές συμπεριφορές είναι ανεξάρτητη της βελτίωσης της διάθεσης, η δε προτεινόμενη δοσολογία είναι μεγαλύτερη από αυτήν της κατάθλιψης. Η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών είναι μικρότερη της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, ενώ το θετικό τους αποτέλεσμα φαίνεται ότι χάνεται με την πάροδο των μηνών ακόμα και αν συνεχίζεται η χορήγηση του φαρμάκου.

Η ψυχοθεραπεία ασθενούς που πάσχει από διαταραχή πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα από ψυχογενή ανορεξία, παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Αυτό οφείλεται στη φύση των συμπτωμάτων, που είναι σύντονη με το “εγώ”, την αλληλεπίδραση των ιατρικών συνεπειών του υποσιτισμού με την ψυχική κατάσταση του ασθενούς, τα έντονα ελλείμματα στη συγκρότηση του εαυτού και τέλος τις ισχυρές εσφαλμένες πεποιθήσεις σχετικά με τη διατροφή και το βάρος που χαρακτηρίζουν τους ανορεκτικούς ασθενείς. Οι ψυχολογικές θεραπείες που εφαρμόζονται είναι συνήθως: *η ψυχοεκπαίδευση, η οικογενειακή θεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία*.

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία απευθύνεται κυρίως σε ανορεκτικούς και σπανιότερα σε βουλιμικούς ασθενείς, όταν απειλείται η ζωή τους ή/και όταν υπάρχει αδυναμία εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης. Οι στόχοι της θεραπείας είναι η επανασίτιση του ασθενούς, η αντιμετώπιση των ιατρικών επιλοκών της ανορεξίας, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής, η θεραπεία οικογένειας και τέλος η ψυ-

χοκοινωνική επανένταξη του ασθενούς. Συνήθως τα ενδονοσοκομειακά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν περισσότερες από μια ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Η νοσηλεία έχει μακρά διάρκεια και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής φτάσει σε Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) 18,5–20. Η έξοδος από το νοσοκομείο σε χαμηλότερο βάρος βρέθηκε να σχετίζεται με χειρότερη μετανοσοκομειακή πορεία.

Η αναγκαστική, μέσω νομικής οδού, εισαγωγή στο νοσοκομείο αποφασίζεται μόνο αν η ζωή του ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο. Στόχοι είναι κυρίως η σίτιση, η ιατρική σταθεροποίηση, η ψυχολογική στήριξη του ασθενούς και λιγότερο η ψυχοθεραπεία στην οποία συνήθως ο ασθενής αρνείται να δεσμευτεί.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν ένα δύσκολο θεραπευτικό εγχείρημα, αφού πολλές φορές οι ασθενείς αρνούνται να συνεργαστούν και να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της νόσου. Η σημασία του ρόλου του παιδιάτρου, που είναι ο γιατρός με τη μεγαλύτερη, συνεχή και μακρόχρονη σχέση με την οικογένεια, εκτός από την ιατρική του συμμετοχή στη θεραπεία, αναδεικνύεται καθοριστικός κι από τη συμβολή του στην πραγμάτωση των καλών προγνωστικών παραγόντων που είναι, η έγκαιρη παρέμβαση, η υπομονή αλλά και η δέσμευση του ασθενή και της οικογένειάς του στη θεραπεία.

Ψυχώσεις

Οι ψυχωσικές διαταραχές της εφηβείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες.

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται **οι ψυχώσεις της παιδικής ηλικίας όπως εξελίσσονται στην εφηβεία**. Στη δεύτερη περιλαμβάνεται **η ψυχωσική κρίση της εφηβείας** και στην τρίτη **οι σχιζοφρενικές και συναισθηματικές ψυχώσεις**.

Ο όρος ψύχωση, υποδηλώνει μια σοβαρή διαταραχή της αντίληψης της πραγματικότητας στον έφηβο που εκδηλώνεται με ειδικά παθολογικά σημεία (διαταραχή της σκέψης, ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες).

Η γενική χρήση του όρου καλύπτει μια σειρά ειδικών νοσολογικών κατηγοριών και δεν πρέπει να ταυτίζεται με αυτές, ούτε να συγχέεται με μία από αυτές, π.χ. τη σχιζοφρενική διαταραχή.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας η συχνότητα των ψυχωσικών διαταραχών αυξάνει σημαντικά και η συμπτωματολογία τους θεωρείται ότι προσομοιάζει με εκείνη των ενηλίκων.

Ψυχωσική κρίση της εφηβείας

Η ψυχωσική κρίση της εφηβείας είναι μια εξ ορισμού οξεία βραχεία ψυχωτική αντίδραση στα αναπτυξιακά

άγχη αυτής της περιόδου. Αφορούν τις ψυχολογικές αλλαγές που συνδέονται αφ' ενός με τη σεξουαλική ανάπτυξη και αφ' ετέρου με τις αυξημένες απαιτήσεις για ανεξαρτησία.

Θεωρείται ότι όταν οι ψυχολογικές ανάγκες συνδυάζονται με ένα πιεστικό εξωτερικό περιβάλλον σ' έναν έφηβο με ευάλωτο εγώ, αδύναμο να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις τους, τότε επέρχεται η ψυχωτική κατάρρευση.

Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι πάντοτε οξεία, σαν «κεραυνός σε καθαρό ουρανό» και πολύ συχνά αναγνωρίζεται ένας διακριτός εκλυτικός παράγοντας π.χ. πρώτη σεξουαλική εμπειρία, ακαδημαϊκή αποτυχία, περιστασιακή χρήση τοξικών ουσιών.

Συνήθως παρατηρείται μια αλλαγή στη συμπεριφορά που εκδηλώνεται με επιθετικότητα. Τα όρια ανάμεσα στην πραγματικότητα και το φανταστικό χάνονται. Ταυτόχρονα το ίδιο συμβαίνει και με την αίσθηση των ορίων του σώματος. Διαμορφώνεται μια συγχυτικο-διεγερτική κατάσταση. Ο έφηβος αισθάνεται ότι η βασική δομή του εγώ καταρρέει και προσπαθεί να καταλάβει τι του συμβαίνει καταφεύγοντας σε παραληρηματικές μορφοποιήσεις. Το παραλήρημα είναι χαρακτηριστικά ασυστηματοποίητο και πολυθεματικό, με ασύνδετες μεταξύ τους ιδέες μεγαλείου, επίδρασης, αποπροσωποποίησης, μυστικιστικές ή ζηλοτυπικές.

Οι παραισθήσεις και οι παθολογικοί ερμηνευτικοί μηχανισμοί είναι συνηθισμένοι και κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, αφήνοντας τις πολλαπλούς χαρακτήρα ψευδαισθήσεις, όταν υπάρχουν, σε δεύτερο πλάνο. Οι διαταραχές του συναισθήματος χαρακτηρίζονται από αστάθεια και κυμαίνονται από το έντονο άγχος, τον πανικό και τη διέγερση στην πλήρη συναισθηματική επιπέδωση και αδράνεια. Απουσιάζουν τα φυσικά συμπτώματα.

Η διάγνωση στηρίζεται στην αιφνίδια έναρξη, στην ύπαρξη εκλυτικού παράγοντος, στη γρήγορη εναλλαγή των συμπτωμάτων και στη βραχεία διάρκεια.

Η διαφορική διάγνωση χρειάζεται να γίνει από υστερικές καταστάσεις (αποσχιστικού τύπου) και από τη σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται πριν τεθεί με βεβαιότητα η διάγνωση, γιατί έχει αποδειχθεί ότι ένας άλλοτε άλλος αριθμός περιπτώσεων εξελίσσεται σε σχιζοφρένεια.

Η πρόγνωση θεωρείται καλή με γρήγορη επάνοδο στη λειτουργικότητα που είχε πριν νοσήσει.

Η θεραπεία έχει τον χαρακτήρα του ελείγοντος και εστιάζει στη διαμόρφωση συνθηκών ασφάλειας για τον έφηβο και απομάκρυνσης των εκλυτικών αιτιών. Συνήθως η ψυχωτική κρίση του εφήβου εκδηλώνεται στα πλαίσια ενός οικογενειακού περιβάλλοντος που

είναι σε αδυναμία να τον περιέξει και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του. Γι' αυτό ουσιώδες μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας κατευθύνεται προς τους γονείς.

Η χρήση των ψυχοφαρμάκων γίνεται για την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ειδικές διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και το συναισθημα.

Από την εποχή του Kraepelin αναγνωρίστηκε η πρώιμη έναρξη της στην εφηβεία. Ειδικότερα για τους άνδρες η έναρξη προσδιορίζεται μεταξύ 15 και 24 χρόνων και για τις γυναίκες μεταξύ 25 και 34 χρόνων.

Η σχιζοφρένεια με έναρξη στην εφηβεία μεταξύ των 13 και 18 χρόνων, αναφέρεται ως **σχιζοφρένεια με πρώιμη έναρξη (ΣΠΕ)** και πριν από τα 13 χρόνια, ως **σχιζοφρένεια με πολύ πρώιμη έναρξη (ΣΠΠΕ)** και θεωρείται πολύ σπάνια.

Τα σύγχρονα ταξινομητικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 δεν αναγνωρίζουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στη σχιζοφρένεια των ενηλίκων και εκείνη με την πρώιμη έναρξη στην εφηβεία. Στην κλινική πράξη διακρίνονται οι κάτωθι μορφές σχιζοφρένειας:

- Η παρανοϊκή με κύριο σύμπτωμα το παραλήρημα.
- Η κατατονική στην οποία επικρατούν τα συμπτώματα από την ψυχοκινητική σφαίρα.
- Η αποδιοργανωτική ή ηβηφρενική όπου παρατηρούνται εκσεσημασμένες διαταραχές της σκέψης και του συναισθήματος.
- Η αδιαφοροποίητη που χαρακτηρίζεται από ποικιλία μη διαφοροποιημένων συμπτωμάτων.
- Η απλή με βραδεία και ύπουλη έναρξη και εξέλιξη.
- Η υπολειμματική με τη συνεχή παρουσία συμπτωμάτων και τη χρόνια περιορισμένη λειτουργικότητα.

Οι ανωτέρω μορφές δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς στην ΣΠΕ αν και παραδοσιακά η ΣΠΕ θεωρείται λανθασμένα, ταυτόσημη με την ηβηφρένεια.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας διακρίνονται σε θετικά και αρνητικά.

Τα **θετικά** είναι οι παραληρηματικές ιδέες, το παραλήρημα, οι ψευδαισθήσεις, οι διαταραχές της σκέψης, η ψυχοκινητική διέγερση και η καχυποψία, ενώ στα **αρνητικά** περιλαμβάνονται το επίπεδο ή/και απρόσφορο συναισθημα, η ανηδονία, η απάθεια και η κοινωνική απομόνωση.

Η ΣΠΕ χαρακτηρίζεται επιπλέον από την αποδιοργάνωση των ψυχικών λειτουργιών, που είναι το ανα-

πτυξιακό αποτέλεσμα της σχιζοφρένειας στην εφηβεία.

Ειδικότερα, στην εφηβεία οι παραληρητικές ιδέες συνηθέστερα, αφορούν το σώμα του εφήβου και μπορεί να έχουν μεγαλομανιακό, θρησκευτικό ή φιλοσοφικό περιεχόμενο.

Οι ψευδαισθήσεις αποτελούν το σταθερότερο αναφερόμενο σύμπτωμα, αλλά όταν υπάρχουν από μόνες τους, δεν προδικάζουν την πορεία προς την ψύχωση.

Οι διαταραχές της σκέψης αναφέρονται σε ποσοστό 40–80%. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, η ασυναρτησία και η φτώχεια του περιεχομένου δεν παρατηρούνται συχνά, και επικρατούν η μαγική σκέψη και η χάλαση του συνειρμού. Το συναίσθημα, πολύ συχνά, είναι επίπεδο ή/και απρόσφορο.

Τα κατατονικά συμπτώματα π.χ. ακινησία, παράδοξη κινητικότητα, κηρώδης ακαμψία κ.ά. είναι εξαιρετικά σπάνια.

Τα αρνητικά συμπτώματα αναφέρονται στη μείωση της λειτουργικότητας του εφήβου. Τα κυριότερα είναι το αμβλύ συναίσθημα, η συναισθηματική απόσυρση, η απάθεια, η κινητική απόσυρση, η έλλειψη αυθορμητισμού, η δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη και ο στερεότυπος τρόπος σκέψης. Δυστυχώς, παρά την προφανή αναπτυξιακή σημασία τους για τον έφηβο, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Στην οξεία μορφή της νόσου τα αρνητικά συμπτώματα έχουν συνδεθεί με το καλοήθες οικογενειακό ιστορικό και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα, η παρουσία χρόνιου αρνητικού συνδρόμου προδικάζει τη δυσμενή εξέλιξη και τη μόνιμη λειτουργική έκπτωση.

Η **αιτιολογία και η αιτιοπαθογένεια** δεν διαχωρίζεται από εκείνη των ενηλίκων. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί η σημασία της αλληλεπίδρασης των ψυχοκοινωνικών με τους βιολογικούς παράγοντες στην εμφάνιση και την πορεία της νόσου. Η σχιζοφρένεια είναι συχνή στους "άστεγους" και "χωρίς οικογένεια εφήβους". Σε πολλές περιπτώσεις ψυχοτραυματικά γεγονότα προηγούνται της εμφάνισης της νόσου. Η παρουσία αρνητικών γεγονότων στις σχέσεις του εφήβου με την οικογένειά του, ιδιαίτερα μέσω αρνητικών συναισθηματικών εντάσεων και συμπεριφορών, έχει βρεθεί ότι συμβάλλουν στην υποτροπή και την κακή πορεία της νόσου.

Σύμφωνα με τα σύγχρονα ταξινομητικά συστήματα (DSM-IV και ICD-10), για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας στην εφηβική ηλικία δεν προβλέπονται διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια από αυτά που χρησιμοποιούνται και για τους ενήλικες.

Η **διαφορική διάγνωση** θα γίνει από:

- Το **οργανικό ψυχοσύνδρομο**, που μπορεί να προέλθει από την κατάχρηση τοξικών ουσιών.

- Την **περιοδική ψύχωση της εφηβείας στα κορίτσια** που χαρακτηρίζεται από την παροδική εμφάνιση παραληρητικών ιδεών, ψευδαισθήσεων και αποπροσανατολισμού πριν από την έμμηνο ρύση.
- Τις **συναισθηματικές ψυχώσεις** όταν συνοδεύονται από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και διαταραχή της σκέψης.

Υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη της κλινικής εικόνας, πράγμα που οδηγεί πολύ συχνά να διαγιγνώσκονται η μανία και η μείζονα κατάθλιψη ως σχιζοφρένεια, όταν το πρώτο τους επεισόδιο εμφανίζεται στην εφηβεία. Οι διαγνωστικοί κανόνες των σύγχρονων ταξινομητικών συστημάτων δεν βοηθούν προκειμένου να διαφοροδιαγνωστούν αυτές οι καταστάσεις στα παιδιά και τους εφήβους. Στην κλινική πράξη είναι η εξέλιξη της νόσου που θα θέσει την οριστική διάγνωση, ενώ ένας αριθμός ασθενών θα λάβει ως τελική διάγνωση αυτή της σχιζοσυναισθηματικής ψύχωσης.

Οι σύγχρονες απόψεις δέχονται ότι υπάρχει συνέχεια ανάμεσα στην εφηβική και τη σχιζοφρένεια των ενηλίκων. Η πορεία είναι κυμαινόμενη με κάθε επεισόδιο να χαρακτηρίζεται συνήθως από τρεις φάσεις: α) πρόδρομη β) ενεργό και γ) σε αποδρομή, που ακολουθούνται από υπολειμματικές περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων. Γενικά η ΣΠΕ θεωρείται χειρότερης πρόγνωσης με συνηθέστερο χαρακτηριστικό την προϊούσα λειτουργική έκπτωση του ατόμου.

Η φτωχή πρόγνωση είναι ανεξάρτητη από το φύλο αν και τα αγόρια που νοσούν είναι διπλάσια των κοριτσιών. Η προνοσηρή λειτουργικότητα και η σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων θεωρούνται ως οι πιο αξιόπιστοι προγνωστικοί δείκτες.

Μια σημαντική επιπλοκή είναι η **αυτοκτονία**. Το ερώτημα εάν ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος στους σχιζοφρενικούς εφήβους από τους ενήλικες, δεν μπορεί να απαντηθεί, γιατί τα δεδομένα που υπάρχουν είναι ανεπαρκή.

Η θεραπεία των σχιζοφρενικών εφήβων αποτελεί σημαντική πρόκληση για κάθε κλινικό, γιατί ακόμα και στις περιόδους ύφεσης της νόσου, η αναπτυξιακή εξέλιξη εξακολουθεί να είναι διαταραγμένη και να επηρεάζεται, τόσο από τη νόσο καθαυτή, όσο και από τις θεραπευτικές προσπάθειες για την αντιμετώπισή της.

Η στρατηγική του θεραπευτικού σχεδιασμού περιλαμβάνει δύο άξονες:

Α) Γενικά θεραπευτικά μέτρα

Η έμφαση δίνεται στην ακριβή εκτίμηση των αναγκών, των ικανοτήτων και των αδυναμιών του εφήβου κάτω από την επίδραση της νόσου, έτσι ώστε να μειώσουμε τον ψυχικό πόνο και να βοηθήσουμε την προσαρμογή

του στις κοινωνικές απαιτήσεις π.χ. σχολείο. Επίσης χρειάζεται να αντιμετωπισθούν οι ψυχικές ανάγκες της οικογένειας και οι σχέσεις μέσα σ' αυτήν.

Β) Ειδικά θεραπευτικά μέτρα

1. Φαρμακοθεραπεία

Στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται τα ίδια αντιψυχωτικά φάρμακα με τους ενήλικες. Δυστυχώς υπάρχει έλλειψη επαρκούς και τεκμηριωμένης βιβλιογραφίας για τη χρήση τους στα παιδιά και τους εφήβους. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις παρενέργειες από τη χρήση τους στην ανάπτυξη του εφήβου τόσο από σωματικής όσο και από ψυχολογικής πλευράς.

2. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία έχει υποστηρικτικό χαρακτήρα και απευθύνεται τόσο στον έφηβο όσο και στους γονείς του. Εφαρμόζονται όλα τα μοντέλα ψυχοθεραπείας (ψυχαναλυτικό, γνωσιακό, συστημικό).

3. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Θεωρούνται ιδιαίτερα χρήσιμες στην πρόληψη των υποτροπών και οι πιο αποτελεσματικές είναι εκείνες που εστιάζουν στη μείωση του εκφραζόμενου αρνητικού συναισθήματος προς τον έφηβο.

4. Νοσηλεία

Η βραχεία νοσηλεία, υπό προϋποθέσεις, μπορεί να είναι χρήσιμη στο πρώτο επεισόδιο. Η μακροχρόνια νοσηλεία του παρελθόντος δεν θεωρείται σήμερα ότι μπορεί να αποτελεί την κύρια μορφή θεραπείας του σχιζοφρενούς εφήβου. Αντίθετα οι μονάδες εφήβων ημερήσιας νοσηλείας και απασχόλησης συνδεδεμένες με τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι πολύτιμες.

Συναισθηματικές ψυχώσεις

Μέχρι το 1970 οι συναισθηματικές ψυχώσεις στα παιδιά και τους εφήβους δεν αναγνωρίζονταν σαν επίσημη ψυχιατρική διάγνωση. Συνήθως δίνονταν οι ακόλουθες διαγνώσεις: υπερκινητικό σύνδρομο, διαταραχές συμπεριφοράς, σχιζοφρένεια.

Από το 1980 και μετά η αύξηση του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας και αυτοκτονιών στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στους εφήβους και νέους ενήλικες οδήγησε στην έρευνα των συναισθηματικών ψυχώσεων στα παιδιά και τους εφήβους. Από τότε και μέχρι σήμερα έχουμε μια σταθερή αναγνώρισή τους.

Οι συναισθηματικές ψυχώσεις αυξάνουν από την προσχολική ηλικία στην εφηβεία. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες οι συναισθηματικές ψυχώσεις απαντούν από 0.3 % της νηπιακής ηλικίας, σε 1.8 % στη λανθάνουσα περίοδο, για να φτάσουν στο 4.7 % στη

μέση εφηβεία. Στην εφηβεία δεν παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στα φύλα, όπως στην παιδική ηλικία, όπου υπερτερούν τα αγόρια.

Οι έρευνες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχουμε σημαντική αύξηση των συναισθηματικών διαταραχών στους εφήβους και τους νέους ενήλικες. Το ίδιο συμβαίνει και με τους δείκτες αυτοκτονίας.

Φαίνεται ότι διαφορετικοί αιτιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν μέσα από ένα τελικά κοινό *ψυχοπαθολογικό μονοπάτι* στην εμφάνιση των συναισθηματικών ψυχώσεων.

Η κλινική εικόνα κατά την εφηβεία εμφανίζει συνήθως οξεία έναρξη. Η διπολική διαταραχή συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προ-εφηβεία και στη συνέχεια κατά την εφηβεία εμφανίζεται υπομανία ή μανία και παρουσιάζει μεικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Σταθερά ανευρίσκεται ότι περίπου 1 στους 5 εφήβους που έχει συναισθηματική διαταραχή ταυτόχρονα παρουσιάζει κατάχρηση ουσιών. Η κατάχρηση ουσιών έχει να κάνει με φαρμακευτικές και άλλου είδους ουσίες και όχι με αλκοόλ όπως στους ενήλικες.

Συνήθως συνυπάρχει αγχώδης διαταραχή, διαταραχή συμπεριφοράς και διαταραχή προσωπικότητας.

Χρησιμοποιούνται τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με τους ενήλικες, παίρνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της ηλικίας.

Η μέση διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι 7–9 μήνες, ενώ για τη δυσθυμία είναι 3 χρόνια. Αντίθετα, η μέση διάρκεια του μανιακού επεισοδίου είναι συντομότερη και διαρκεί 3–4 μήνες.

Όσο νωρίτερα το πρώτο επεισόδιο τόσο χειρότερη η πρόγνωση. Συνήθως υπάρχει υποτροπή και υψηλός κίνδυνος ανάπτυξης διπολικής διαταραχής. Η πρόγνωση επιβαρύνεται από το γεγονός ότι η εμφάνιση συναισθηματικής διαταραχής στην εφηβεία γίνεται σε μία κρίσιμη φάση για την ανάπτυξη με επιβάρυνση στη σχολική επίδοση, στις σχέσεις με τους συμμαθητικούς και αύξηση του κινδύνου για χρήση ουσιών, αυτοκτονίας και ανάπτυξης διαταραχής προσωπικότητας.

Η δυσθυμική διαταραχή, όταν εμφανιστεί στην εφηβεία, στην ενήλικη ζωή θα εξελιχθεί σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ η μείζων καταθλιπτική διαταραχή σε διπολική διαταραχή.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις* (εκπαίδευση των γονέων, των παιδιών και των δασκάλων στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τις συναισθηματικές διαταραχές).

- **Νοσηλεία** (όταν υπάρχει υψηλός άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του εφήβου, όταν η οικογένεια δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κατάστασης και όταν υπάρχει σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα που δεν αντιμετωπίζεται διαφορετικά).
- **Φαρμακοθεραπεία.**
- **Ψυχολογικές θεραπείες.**

Στην κλινική πράξη, ο συνδυασμός σε εξατομικευμένη βάση όλων ή μερικών από τις παραπάνω θεραπευτικές μεθόδους έχει τα καλύτερα αποτελέσματα.

Η **μανία** είναι δύσκολο να διαγνωστεί στην εφηβεία γιατί τα συμπτώματά της επικαλύπτονται με συμπτώματα άλλων διαταραχών, όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς, το υπερκινητικό σύνδρομο και η σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης.

Από αναδρομικές μελέτες ασθενών με διπολική διαταραχή διαπιστώθηκε ότι, ένα ποσοστό 15–20% από αυτούς είχε έναρξη της νόσου με μανιακό επεισόδιο στην εφηβεία.

Οι έφηβοι διαφέρουν από τους ενήλικες στα εξής:

Οι **ενήλικες** παρουσιάζουν περισσότερο ιδέες μεγαλείου, μειωμένο ύπνο, διαταραχή στη σκέψη, αλλαγή του σεξουαλικού τους ενδιαφέροντος (μείωση ή αύξηση), επιθετική συμπεριφορά και παραληρητικές ιδέες. Οι **έφηβοι** παρουσιάζουν περισσότερο καταθλιπτικό συναίσθημα, μεγάλη τάση για αυτοκτονία, αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αίσθημα κούρασης και υποχονδριακά ενοχλήματα. Γενικά, η εφηβική μανία παρουσιάζει μεικτή συμπτωματολογία και λιγότερο συχνά έχει ψυχωτικά συμπτώματα.

Θεωρείται ότι η εφηβική μανία έχει μεγαλύτερη γενετική επιβάρυνση απ' ό,τι οι άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Η θεραπεία του μανιακού επεισοδίου συνήθως θα αντιμετωπιστεί ενδονοσοκομειακά. Η νοσηλεία επιτρέπει εκτός των άλλων και την καλύτερη διερεύνηση και προετοιμασία του εφήβου για τη φαρμακευτική αγωγή που στηρίζεται κυρίως στα σταθεροποιητικά της διάθεσης. Παράλληλα, εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις συνεργασίας με την οικογένεια και τον έφηβο για τις διάφορες μορφές υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας και ψυχοπροφυλακτικές μεθόδους που θα εφαρμοστούν εξωνοσοκομειακά προκειμένου να αποτραπούν οι υποτροπές της νόσου.

Ο ρόλος του παιδίατρο

Οι ψυχώσεις στην εφηβεία αποτελούν σοβαρό πρόβλημα γιατί εκτός από τη βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας αυτής καθ' εαυτής, επηρεάζουν αρνητικά τη φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου σε μια κρίσιμη αναπτυξιακή φάση. Επιπλέον, ο κίνδυνος συνέχισής

τους στην ενήλικη ζωή είναι πολύ μεγάλος και αφορά τις περισσότερες από αυτές.

Η έγκαιρη ανίχνευση των ψυχωτικών συμπτωμάτων από τον παιδίατρο και η κατάλληλη συνεργασία με τους γονείς επιτρέπουν την αποτελεσματική παραπομπή στον παιδοψυχίατρο. Αυτό βοηθάει στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση του είδους και της φύσης του συγκεκριμένου κάθε φορά ψυχωτικού συνδρόμου. Γιατί μόνο τότε μπορούμε να πάρουμε τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά αλλά και προληπτικά μέτρα.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Adolescence. Health supervision: 11 to 14 year, 15 to 17 year, 18 to 21 year visit. Διαθέσιμο στο: brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html
- 2) Dixon S., Stein M. Encounters with children. Pediatric behavior and development. 4th edition. 2006, Mosby, Elsevier.
- 3) Blakemore SJ, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. Nat Neurosci. 2012; 15:1184–91.
- 4) Goldenring JM, Rosen D. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemp Pediatr. 2004; 21:64.
- 5) McIntosh N., Helms PJ. Forfar and Arneills Textbook of Pediatrics. 2008, Churchill Livingstone, Elsevier.
- 6) N.Hayes. Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Τόμος Β, 1998, εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- 7) Ν. Ματσανιώτης, Θ. Καρπάθιος, Π. Νικολαΐδου. Επίτομη Παιδιατρική. 2010, εκδ. Λίτσας.
- 8) Behrman RE., Kliegman RM., Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th Edition. 2003, Elsevier Health Sciences.
- 9) Centers for Disease Control and Prevention. Young Teens (12–14 years of age). Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/adolescence.html
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. Teenagers (15–17 years of age). Διαθέσιμο στο: www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/adolescence2.html
- 11) Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, Επιμ. Τσιάντης Ι. 2001, εκδ. Καστανιώτη.
- 12) Ψυχοκοινωνικές και βιολογικές ιδιαιτερότητες του εφήβου. Ο σύγχρονος ρόλος του παιδίατρο, Στρογγυλό Τραπέζι, 2005, Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση.

Βιβλιογραφικές πηγές ειδικών παιδοψυχιατρικών θεμάτων

- 1) Kestenberg E. (1971), Les psychotherapies des adolescents. Confrontations psychiatriques, No 7, 181–197.
- 2) Steinberg D. (1987), Adolescent psychiatry, chapter 2, in Derek Steinberg Basic Adolescent Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, Oxford, U.K.
- 3) World Health Organization (1965), Health Problems of Adolescence: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 308. Geneva : WHO.
- 4) Parry-Jones, LL. W. (1995), The future of adolescent psychiatry, British Journal of Psychiatry, 166, 299–305.

- 5) Copeland D.A. (1996), Adolescent psychiatry: present status and future trends, *International Journal of Adolescent Psychiatry*, 77–86.
- 6) Μανωλόπουλος, Σ. (1987), Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου, κεφ. 3, στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ, επιμ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, τόμος Α', εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα.
- 7) Blos P. (1962), Puberty and adolescence, chapter 1, in Blos P, *On Adolescence : A Psychoanalytic Interpretation*, Free Press, New York.
- 8) Jaemmet PH. (1981), Peut-on Parler d' une spécificité de la psychopathologie de l' adolescence ? *L' Information Psychiatrique*, Vol. 57, No 2, pp. 171–182.
- 9) Offer D., Schonert-Reichl A.K. (1992), Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:6, 1003–1014.
- 10) Rutter M., Graham P., Chadwick D.F. D. & Yule W. (1976), Adolescent turmoil: fact of fiction. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 17:35–56.
- 11) Pierce L., Klein H. (1982), A comparison of parent and child perception of the child's behavior. *Behavioral Disorders*, 7:69–74.
- 12) Offord D., Boyle M., Szatmari, P. et al (1987), Ontario child health study II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch. General Psychiatry*, 44:832–836.
- 13) Μοζες Α. (1992), Εφηβική διαταραχή και Ψυχικός κλονισμός, μετ. Β. Τσιάντη, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα.
- 14) Μανωλόπουλος Σ. (1987) Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου στο Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987:3–30.
- 15) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (2008) «Εισαγωγή στην εφηβική ψυχοπαθολογία» στο Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε (επιμ.) Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική, Εκδ. Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 16) Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2007): «Ψυχικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας» στο Σολδάτος Κ. και Λύκουρας Α. «Σύγγραμμα Ψυχιατρικής» Δεύτερος Τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 557–584.
- 17) Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 3–18.
- 18) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε. (2001), Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων στο Ν. Βαϊδάκης, Β. Αλεβίζος, Κ. Ευθυμίου, Επιμ., Σεξουαλική Αγωγή Υγείας στα Σχολεία, Εκδ. Βήτα, Αθήνα, σελ. 21–31.
- 19) Αναγνωστόπουλος Δ. (1999) Από την κρίση της εφηβείας στο ξεκίνημα της ψυχικής διαταραχής κατά την εφηβεία, στο Β. Τομαράς, Δ. Πλουμπίδης, Φ. Πετραλιά, Επιμ., Ψυχική Υγεία και Μ. Μ. Ε., Εκδ. Ε. Ψ. Ε. και ΕΣΗΕΑ, Αθήνα, σελ. 77–84.
- 20) Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε, (2001), Οι Ψυχώσεις στην Εφηβεία στο Κ. Σολδάτος, Επιμ., Ψυχώσεις : Διάγνωση και Αντιμετώπιση, Έκδοση Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, σελ. 205–220.
- 21) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Οι ψυχωσικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 277–289.
- 22) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ Κ, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ Ι. (2005) «Η κατάθλιψη της εφηβείας» στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, ΓΝ Χριστοδούλου (επιμ.) Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 467–476.
- 23) Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Η κατάθλιψη στην εφηβεία» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 325–336.
- 24) Αναγνωστόπουλος Δ. (2008): «Η παραπτωματικότητα των παιδιών και των εφήβων» στο Αθ. Δουζένης και Α. Λύκουρας «Ψυχιατροδικαστική». Έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα, σελ. 173–183.
- 25) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Παραπτωματικότητα στο παιδί και τον έφηβο» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 345–354.
- 26) Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2010): «Η εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή» στο Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος, Α. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου». Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, σελ. 469–481.
- 27) Αναγνωστόπουλος Δ. (1990) Τμήμα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας του παιδοψυχιατρικού τομέα του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία» στο Ι. Τσιάντης, Φ. Μπίθαρη, Επιμ., Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο για παιδιά. Λειτουργίες – Προοπτικές, Έκδοση Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα, σελ. 200–205.
- 28) Λαζαράτου Ε., Γιαννάκη Ρ., Αναγνωστόπουλος Δ. (2011), «Χρήση ψυχοφαρμάκων στα παιδιά: επιστημονικοί και κοινωνικοί προβληματισμοί» στο Κ. Σολδάτος, Δ. Δικαίος (επιμ.) «Κλινική Ψυχοφαρμακολογία, επίκαιρα θέματα», Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ. 167–180.
- 29) Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Λαζαράτου Ε. (2005) «Η επίδραση των πρώτων τραυματικών εμπειριών στην ψυχοθεραπεία των διαταραχών διατροφής» Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 89, σελ 110–116.
- 30) Αναγνωστόπουλος ΔΚ, Λαζαράτου Ε. (2003) «Η θέση της ψυχογενούς ανορεξίας στην ψυχαναλυτική θεωρία» Τετράδια Ψυχιατρικής, τεύχος 82, σελ. 49–56.
- 31) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2001) Η ψυχοσωματική διάσταση της ψυχογενούς ανορεξίας. Παιδί και Έφηβος, Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, τόμος 3, τεύχος 1, σελ. 11 – 22.
- 32) Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. (2001) Εφηβεία και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 18, τεύχος 5, σελ. 466–474.
- 33) Βάρσου Ε, Γονιδάκης Φ, Κωνσταντακόπουλος Γ. (2013) Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:433–442.
- 34) Κολαίτης Γ, Χριστογιώργος Σ, Λαζαράτου Ε. (2013) Διαταραχές άγχους και διάθεσης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:717–729.
- 35) Φρανσίσ Κ, Βλασσοπούλου Μ, Αναγνωστόπουλος Δ. (2013) Αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας στο Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, επιμ., Σύγχρονη Ψυχιατρική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013:700–711.

- 36) Ντανιέλ Μαρτσελί, Αλαίν Μπρακονιέ. Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας Μετάφραση: Σοφία Λεωνίδη, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2002.
- 37) Μόζες Λόφερ. Εφηβική διαταραχή και ψυχικός κλονισμός Μετάφραση: Βάσω Τσιάντη, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1992.
- 38) Nospitz Joseph, Basic Handbook of Child Psychiatry, Normal Development. Basic Books Inc., New York, 1979, Vol. 1:3–233.
- 39) Andres Martin, Fred R. Volkmar, Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook 4th Edition, Adolescence, Wolters Klower, Lippincott, Williams and Wilkins, USA 2007, pp 279–290.
- 40) Värnik, P «Suicide in the world». International Journal of Environmental Research and Public Health 2012, 9 (3): 760–71.
- 41) Pavuluri MN., Birmaher B, Naylor MW. Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2005, 44:9, 846–871.
- 42) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007; 46:107–125.
- 43) P. M. Lewinsohn, J. R. Seeley, D. N. Klein. Bipolar disorders during adolescence. Acta Psychiatr Scand 2003; 108:47–50.
- 44) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2004; 43:1540–1550.
- 45) AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2007; 46:1503–1526.
- 46) McClellan J, Stock S, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia . J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2013; 52:976–990.
- 47) Thiago Botter Maio Rocha, Cristian Patrick Zeni, Sheila Cavalcante Caetano, Christian Kieling. Mood disorders in childhood and adolescence. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013; 35:S22–S31.
- 48) Patrick L, Eating Disorders: A Review of the Literature with Emphasis on Medical Complications and Clinical Nutrition. Alternative Medicine Review 2002, 7:184–182.
- 49) Marzola E, Jennifer A Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. BMC Psychiatry 2013, 13:290.
- 50) Berkman, N. D., Lohr, K. N. and Bulik, C. M. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. Int. J. Eat. Disord., 2007, 40:293–309.
- 51) Lachman A. New developments in diagnosis and treatment update: Schizophrenia/first episode psychosis in children and adolescents. Journal of Child & Adolescent Mental Health 2014, Vol. 26, Iss. 2.
- 52) Fairchild G, van Goozen SH, Calder AJ, Goodyer IM. Research review: evaluating and reformulating the developmental taxonomic theory of antisocial behaviour. J Child Psychol Psychiatry. 2013, 54:924–40.

5. ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

5.1. Αναπτυξιακή διαταραχή του κινητικού συντονισμού ή το «αδέξιο» παιδί

Η διαταραχή του κινητικού συντονισμού σε ένα κατά τα άλλα υγιές παιδί με φυσιολογική νοημοσύνη δεν είναι σπάνια. Εμφανίζεται στο 5–6% των παιδιών (περίπου ένα παιδί σε κάθε σχολικό τμήμα) και είναι πιο συχνή στα αγόρια. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν δυσκολίες στο συντονισμό των αδρών κινήσεων ή στους λεπτούς χειρισμούς ή και στα δύο. Αρχικά, οι γονείς ή οι δάσκαλοι αντιλαμβάνονται προβλήματα στη λειτουργικότητα του παιδιού, όπως δυσκολία στο ντύσιμο, ιδιαιτερότητα στο βάδισμα και τρέξιμο ή δυσκολίες στη γραφή. Τα παιδιά αυτά συχνά χαρακτηρίζονται από το περιβάλλον ως «αδέξια», «ακατάστατα», «απρόσεκτα», «άτσαλα». Οι παραπάνω δυσκολίες παρεμποδίζουν σημαντικά τη σχολική επίδοση ή τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού.

Ορισμός

Ως αναπτυξιακή διαταραχή του κινητικού συντονισμού ορίζεται η κατάσταση κατά την

οποία παιδιά έχουν καθυστερημένες κινητικές δεξιότητες για την ηλικία τους, χωρίς όμως να υπάρχει νευρολογική διαταραχή που να επηρεάζει την κινητικότητα π.χ. εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία.

Παθοφυσιολογία

Το νευρολογικό υπόστρωμα της διαταραχής είναι άγνωστο. Φαίνεται ότι υπάρχει ενδογενής διαταραχή στον κινητικό προγραμματισμό, έλλειψη συντονισμού στο χρονισμό και στην ένταση (δύναμη) που χρειάζεται για την επίτευξη της κίνησης, καθώς και αδυναμία επεξεργασίας των κινητικοαισθητικών πληροφοριών που λαμβάνονται από το περιβάλλον και ενσωμάτωσής τους στο κινητικό σύστημα.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα ξεκινούν από νωρίς αλλά συνήθως αναδεικνύονται μετά την ηλικία των 5 ετών με την αύξηση των απαιτήσεων στο σχολικό περιβάλλον.

Στον Πίνακα 5.1 αναγράφονται οι τυπικές αποκλίσεις από το φυσιολογικό που μπορεί να παρατηρηθούν ανά ηλικία και αναπτυξιακό τομέα. Αυτές συνήθως αποτελούν και τα κύρια αίτια της παραπομπής.

Πίνακας 5.1

Τυπικές δυσκολίες ανά ηλικία παιδιών με αναπτυξιακή διαταραχή κινητικού συντονισμού.

Έτη	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Κίνηση			Καθυστέρηση στην αδρή και λεπτή κινητικότητα. Το παιδί δεν μπορεί: να κάνει τρίκυκλο/ποδήλατο, να πιάσει/πετάξει μπάλα, να κάνει πηδηματάκια.												
Αυτοεξ- πρέπηση					Δυσκολία στη χρήση κουταλιού ή πιρουνιού, ακαταστασία στη σίτιση, δυσκολία στο ντύσιμο (φερμουάρ, κουμπιά, παπούτσια).										
Εκπαίδευ- ση								Δυσκολίες στη χρήση μολυβιού και στη γραφή, σημαντική απόκλιση μεταξύ λεκτικών και εκτελεστικών δεξιοτήτων.							
Κοινωνι- κότητα										Περιορισμένη συμμετοχή σε αθλητικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, δεν συμμετέχει στην παρέα, τάση για απομόνωση.					
Συμπερι- φορά										Χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, άγχος, ευρεθιστότητα, «θυματοποίηση», απόσυρση.					

Κλινική εξέταση

Στη νευρολογική εξέταση τα κρανιακά νεύρα είναι φυσιολογικά, αν και η εξέταση της οφθαλμοκινητικότητας αποκαλύπτει σακκαδικές οφθαλμικές κινήσεις χωρίς όμως νυσταγμό. Ο μυϊκός τόνος μπορεί να είναι ελαφρώς ελαττωμένος, αλλά η μυϊκή ισχύς και τα τε- νόντια αντανakλαστικά είναι φυσιολογικά. Οι λεπτοί χειρισμοί στερούνται ακρίβειας και η ισορροπία του παιδιού είναι περιορισμένη, χωρίς όμως να ανευρίσκονται σημεία παρεγκεφαλιδικής αταξίας. Η εξέταση του δέρματος δεν αναδεικνύει νευροδερματικά στίγματα.

Σημαντική είναι η εξέταση με το μπαλάκι του τέ- νις, όπου το παιδί δυσκολεύεται να πιάσει το μπαλάκι στον αέρα και να το πετάξει με ακρίβεια στα χέρια του εξεταστή.

Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται βάσει κριτηρίων τα οποία βασίζονται στο ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον αποκλεισμό νευρολογικών και νευρομυϊκών νοσημάτων καθώς και αναπτυξιακών διαταραχών όπως ο αυτισμός.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της αναπτυξιακής διαταραχής του κινητικού συντονισμού είναι:

A. Η εκτέλεση καθημερινών πράξεων που απαιτούν κινητικό συντονισμό είναι σημαντικά κατώτερη του αναμενόμενου για την ηλικία και το γνωστικό επίπεδο του παιδιού.

Χαρακτηρίζεται από:

- καθυστέρηση στην κατάκτηση των κινητικών αναπτυξιακών οροσήμων
- αδεξιότητα (πτώση αντικειμένων, δυσκολία στη σίτιση, στο ντύσιμο κλπ.)
- κακή επίδοση σε αθλήματα
- δυσκολίες στο γράψιμο, ζωγραφική

B. Η διαταραχή επηρεάζει τη λειτουργικότητα (σχολείο ή καθημερινές δραστηριότητες).

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άλλο νόσημα και δεν πληρούνται τα κριτήρια της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής.

Δ. Απουσία νοητικής υστέρησης.

Εργαστηριακός έλεγχος γίνεται όταν ανευρίσκονται στοιχεία από το ατομικό-κληρονομικό ιστορικό και τη νευρολογική εξέταση που θέτουν υποψία υποκείμενης νευρολογικής διαταραχής ή σε περίπτωση που, παρά τη σωστή αντιμετώπιση, παρατηρείται επιδείνωση της κατάστασης.

Πολλά νευρολογικά νοσήματα γενετικής ή επίκτητης αιτιολογίας μπορεί να προβάλλουν ύπουλα, με σταδιακή εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς και κινητικότητας π.χ. σπαστικότητα, χορεία, αταξία, που στα αρχικά στάδια δεν είναι διακριτές.

Στον Πίνακα 5.2 αναγράφονται τα σημεία εγρήγορης για υποκείμενη νευρολογική διαταραχή.

Αντιμετώπιση και πρόγνωση

Είναι πολύ σημαντική η αναγνώριση του προβλήματος από την οικογένεια και το σχολείο ώστε το παιδί να πάρει υποστήριξη και βοήθεια αντί της συνηθισμένης επίπληξης. Απαιτείται συνεργασία μεταξύ ιατρού, θεραπευτών, γονέων και δασκάλων. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εργοθεραπεία, τη λογοθεραπεία όταν συνυπάρχει γλωσσική διαταραχή, την αντιμετώπιση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών, εάν υπάρχουν, καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη. Συχνές συννοσηρότητες, όπως η διάσπαση προσοχής και η υπερκινητικότητα, καθώς και η παχυσαρκία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

Με την πρόοδο της ηλικίας παρατηρείται βελτίωση. Με την κατάλληλη παρέμβαση το 80% των παιδιών προσαρμόζονται στο περιβάλλον και τα προβλήματα αμβλύνονται. Σε ένα μικρότερο ποσοστό, τα προβλήματα επιμένουν και μετά την ηλικία των 15 ετών.

Πίνακας 5.2

Στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό καθώς και από την κλινική εξέταση που θέτουν την υποψία υποκείμενης νευρολογικής διαταραχής.

Ατομικό αναμνηστικό	Κλινική εξέταση
• Πρόσφατη έναρξη • Προοδευτική επιδείνωση • Παλινδρόμηση δεξιοτήτων • Ψυχοκινητική υστέρηση • Συμπτωματολογία - Χρόνια κεφαλαλγία - Διπλωπία - Δυσαρθρία - Πτώσεις - Εύκολη κόπωση - Απώλεια βάρους	• Νευροδερματικές αλλοιώσεις • Δυσαρθρία • Οφθαλμοπληγία • Μυϊκή αδυναμία • Κινητική ασυμμετρία • Πυραμидική συνδρομή • Περιφερική νευροπάθεια • Παρεγκεφαλιδική αταξία • Δυστονία, χοραιοαθέτωση • Μυόκλονος • Τρόμος
Οικογενειακό ιστορικό	
• Νευρολογικό νόσημα • Ψυχιατρικό νόσημα	

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Cantin N, Polatajko HJ, Thach WT, Jaglal S. Developmental coordination disorder: exploration of a cerebellar hypothesis. *Hum Mov Sci* 2007; 26:491–509.
- 2) Geuze RH. Postural control in children with developmental coordination disorder. *Neural Plast* 2005; 12: 183–96; discussion 263–72.
- 3) Geuze RH, Jongmans M, Schoemaker M, Smits-Engelsman B. Developmental coordination disorder. *Hum Mov Sci* 2001; 20:1–5.
- 4) Gillberg C. Deficits in attention, motor control and perception: a brief review. *Arch Dis Child* 2003; 88:904–10.
- 5) Henderson SE, Henderson L. Toward an understanding of developmental coordination disorder: terminological and diagnostic issues. *Neural Plast* 2003; 10:1–13.
- 6) Holsti L, Grunau RV, Whitfield MF. Developmental coordination disorder in extremely low birth weight children at nine years. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23:9–15.
- 7) Ivry RB. Cerebellar involvement in clumsiness and other developmental disorders. *Neural Plast* 2003; 10:141–53.
- 8) Missiuna C, Gaines R, Soucie H. Why every office needs a tennis ball: a new approach to assessing the clumsy child. *Cmaj* 2006; 175:471–3.
- 9) Sigmundsson H. Disorders of motor development (clumsy child syndrome). *J Neural Transm Suppl* 2005; 51–68.
- 10) Zwicker JG, Missiuna C, Boyd LA. Neural correlates of developmental coordination disorder: a review of hypotheses. *J Child Neurol* 2009; 24:1273–81.

5.2. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που αφορά στο 5% των παιδιών και εφήβων παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται από δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, υπερβολική κινητική δραστηριότητα και παρορμητικότητα. Οι συμπεριφορές αυτές είναι δυσανάλογες σε σχέση με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, εκδηλώνονται σε περισσότερους από ένα χώρους λειτουργίας του παιδιού π.χ. σχολείο, σπίτι, και παρεμποδίζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή. Τα συμπτώματα περιορίζονται με την ηλικία, η πορεία όμως της διαταραχής είναι χρόνια. Μόνο το 15% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ απαλλάσσεται από τα συμπτώματα στην ενήλικη ζωή.

Χωρίς την κατάλληλη αντιμετώπιση, η ΔΕΠ-Υ μπορεί μακροχρόνια να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή απόδοση και την κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Σύμφωνα με την 5^η αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών νόσων της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) διακρίνονται τρεις τύποι:

1. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, Συνδυασμένος Τύπος (πιο συχνή σε παιδιά σχολικής ηλικίας).

2. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο (πιο συχνή σε παιδιά σχολικής ηλικίας).

3. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας, με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο (πολύ συχνή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας).

Κλινική Εικόνα

Τα τυπικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνήθως παρουσιάζονται μεταξύ 3–5 ετών. Το πρόβλημα εκδηλώνεται κυρίως σε καταστάσεις που απαιτούν οργάνωση και αυτοέλεγχο ενώ δεν επηρεάζει άλλες δραστηριότητες ενδιαφέρουσες για το παιδί, όπως π.χ. η παρακολούθηση της τηλεόρασης ή η ενασχόληση με βιντεοπαιχνίδια. Χαρακτηριστικά οι γονείς αναφέρουν «*πώς είναι δυνατόν να μην μπορεί να καθίσει σε μια θέση για 1 λεπτό και όταν παίζει βιντεοπαιχνίδι να μπορεί να καθλώνεται για μία ώρα;*». Το παιδί εναλλάσσει δραστηριότητες τις

οποίες δεν μπορεί να ολοκληρώσει. Είναι ανυπόμονο και δύσκολα οριοθετείται. Με την ένταξη στο σχολείο καθώς απαιτείται αυξημένη συγκέντρωση και συμμόρφωση στους σχολικούς κανόνες παρατηρούνται:

- Αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα στο σπίτι και σχολείο, ιδιαίτερα όταν απαιτούν συνεχή νοητική προσπάθεια.
- Αδυναμία οργάνωσης καθηκόντων και δραστηριοτήτων και συχνή απώλεια σημαντικών αντικειμένων.

Όταν συνυπάρχει παρορμητικότητα παρατηρείται:

- Δυσκολία συνεργασίας με συνομηλίκους, εκνευρισμός και απογοήτευση των ενηλίκων που έρχονται σε επαφή με το παιδί με αποτέλεσμα την κοινωνική του απόρριψη (ανεπιθύμητα παιδιά στο σχολείο και στις κοινωνικές εκδηλώσεις).
- Αδυναμία κατανόησης ορίων και εμπλοκή σε επικίνδυνες καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο ατυχήματος.
- Συναισθηματική επιβάρυνση από τη συνεχή και, μερικές φορές, υπερβολική στοχοποίηση.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανατροφοδότηση ενός φαύλου κύκλου εξ αιτίας της απόρριψης που βιώνουν και των τιμωριών, που οδηγούν σε **χαμηλή αυτοεκτίμηση**, απομόνωση και νευρικότητα.

Στην εφηβεία κυριαρχούν οι δυσκολίες προσοχής, η παρορμητικότητα και η εσωτερική ανησυχία.

Παιδιά με υπερκινητική διαταραχή, συχνά παρουσιάζουν και νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα, ιδιαίτερα στον τομέα του κινητικού/οπτικοκινητικού συντονισμού, του λόγου και της οπτικοχωρικής αντίληψης. Ο συνδυασμός των ανωτέρω τα καθιστά παιδιά υψηλού κινδύνου για μαθησιακές δυσκολίες και χαμηλή σχολική απόδοση.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κάθε ζητούμενη δραστηριότητα ή εργασία είναι δυσκολότερη.

Απροσεξία:

- Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί ακόμα και στο παιχνίδι, δεν ακούει όταν του μιλούν, δεν ακολουθεί οδηγίες, δεν μπορεί να οργανώσει τη δουλειά του.
- Δεν μπορεί να φέρει σε πέρας δουλειές στο σπίτι ή σχολικές εργασίες.
- Χάνει πράγματα απαραίτητα για το σχολείο.
- Αποσπάται εύκολα με το παραμικρό ερέθισμα.

Υπερκινητικότητα

- Κουνιέται συνέχεια νευρικά. Τρέχει, σκαρφλώνει, σηκώνεται από το θρανίο χωρίς άδεια.

- Μιλά ακατάπαυστα.

Παρορμητικότητα

- Μιλάει και ενεργεί απερίσκεπτα. Δεν αντιλαμβάνεται τις συνέπειες των πράξεών του. Διακόπτει συνέχεια τη συζήτηση ή το ομαδικό παιχνίδι.

Αιτιοπαθογένεια

Η ακριβής αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ δεν έχει αποσαφηνιστεί και, όπως άλλα σύνθετα νοσήματα, δεν μπορεί να εξηγηθεί από έναν μόνο παράγοντα κινδύνου. Μελέτες σε μονοζυγωτικούς διδύμους, καθώς και το θετικό οικογενειακό ιστορικό στο 50–70% των περιπτώσεων, οδηγούν με βεβαιότητα στο συμπέρασμα ισχυρής γενετικής συμμετοχής. Η ιδιοσυγκρασία του παιδιού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου, αφού στο ιστορικό των υπερκινητικών παιδιών αναφέρεται ότι ως μωρά ήταν υπερβολικά ανήσυχα, έκλαιγαν διαρκώς, είχαν κολικούς, και παρουσίαζαν προβλήματα στον ύπνο και το φαγητό.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι πολλαπλοί γενετικοί πολυμορφισμοί γονιδίων που ελέγχουν ντοπαμινεργικές, νοραδρενεργικές και σεροτονινεργικές λειτουργίες, ενέχονται στην αιτιολογία της διαταραχής. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό για τη διάρκεια κύησης βάρος γέννησης, η προωρότητα και η ενδομήτρια έκθεση στο κάπνισμα, σχετίζονται με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Η επίδραση του περιβάλλοντος είναι σύνθετη στην πρόωμη και ώριμη νευρο-ανάπτυξη. Είναι γνωστό ότι η έκφραση των γονιδίων επηρεάζεται από το περιβάλλον μέσω των επιγενετικών μηχανισμών.

Αν και υπάρχει έρευνα σχετικά με διάφορες διαιτητικές ανεπάρκειες (ψευδάργυρος, μαγνήσιο, πολυακόρεστα λιπαρά οξέα), δεν έχει επιβεβαιωθεί η συσχέτισή τους με τη ΔΕΠ-Υ. Είναι γνωστό ότι ακραίες διαιτητικές ανεπάρκειες παρεμβαίνουν αρνητικά στην νευρο-ανάπτυξη, αλλά δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ βιολογικής δράσης ήπιων ανεπαρειών ή διατροφικών τροποποιήσεων και ΔΕΠ-Υ.

Πληθώρα οικογενειακών χαρακτηριστικών και δυναμικών συμβάλλουν στην εμφάνιση ή επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Δυσλειτουργικές οικογένειες, έλλειψη γονεϊκού ελέγχου και συναισθηματικής υποστήριξης, ασταθής οικογενειακή δομή και υψηλά επίπεδα στρες, είναι κοινά χαρακτηριστικά σε πολλές οικογένειες παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι παραπάνω παράγοντες, αν και δεν έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής, συχνά αλλοιώνουν την κλινική εικόνα και επηρεάζουν την πορεία της διαταραχής. Είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί ότι η διαταραχή δεν είναι αποτέλεσμα της ποιότητας της ανατροφής και της στάσης των γονέων.

Διαγνωστική προσέγγιση

Απαιτεί λεπτομερή και προσεκτική αξιολόγηση πληροφοριών από πολλές πηγές.

- **Ιστορικό:** Οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠ-Υ, μαθησιακών προβλημάτων.
- **Αναπτυξιακό ιστορικό:** Ευερέθιστα βρέφη, προβλήματα ύπνου, πρόωμη ανάπτυξη κινητικών λειτουργιών.
- **Φυσική εξέταση:** Αποκλεισμός άλλων παθολογικών καταστάσεων.
- **Εργαστηριακός έλεγχος:** Μόνο αν επιβάλλεται από το ιστορικό και την κλινική εξέταση.
- **Ερωτηματολογία:** Για δασκάλους και γονείς.

Σύμφωνα με την πρόσφατη αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών νόσων της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) για τη διάγνωση απαιτούνται τα κριτήρια που αναφέρονται στον Πίνακα 5.3.

Διαφορική διάγνωση

Στις περιπτώσεις που αναφέρεται ότι το παιδί “αφαιρείται” συχνά, θα πρέπει να αποκλειστεί η **αφαιρετική επιληψία της παιδικής ηλικίας**. Η σημειολογία που θα εγείρει υποψία αφαίρεσης είναι:

- Απουσία αντίδρασης σε ηχητικά και απτικά ερεθίσματα.
- Παρουσία αυτοματισμών: βλεφαρισμοί, μασητικές κινήσεις, καθάρισμα της μύτης.
- Αύξηση συχνότητας επεισοδίων.
- Θετική, κατά κανόνα, δοκιμασία υπεραερισμού στην κλινική εξέταση.

Στη διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να περιλαμβάνονται και ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως οι αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή, η διαταραχή καθ' ἑξιν κινήσεων (τικ) και οι διαταραχές συμπεριφοράς (εναντιωματική συμπεριφορά, επιθετικότητα).

Παιδιά με πρόωμη εμφάνιση ΔΕΠ-Υ όπου προεξάρχει η υπερκινητικότητα, μπορεί λανθασμένα να διαγνωστούν με αυτιστική διαταραχή.

Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ μπορούν να παρατηρηθούν και σε παιδιά με νοητική υστέρηση.

Συννοσηρότητα

- | | |
|--|--------|
| • Νευροαναπτυξιακά προβλήματα (γλωσσική διαταραχή, ειδικά μαθησιακά, αδεξιότητα) | 20–60% |
| • Διαταραχή εναντιωματικής πρόκλησης | 30–60% |

- | | |
|---|--------|
| • Διαταραχή διαγωγής | 20–30% |
| • Αγχώδεις διαταραχές | 20–30% |
| • Ήπια νοητική υστέρηση | 3–10% |
| • Νευρολογικές/Γενετικές
/Μεταβολικές διαταραχές | <10% |

Καταστάσεις που μιμούνται τη ΔΕΠ-Υ

- Χρόνια προβλήματα υγείας (άσθμα, διαβήτης, σιδηροπενική αναιμία).
- Απώλεια ακοής.
- Υπερθυροειδισμός.
- Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή.
- Μετατραυματικό stress.
- Διπολική διαταραχή.

Πρόγνωση και αντιμετώπιση

Η υπερκινητικότητα μειώνεται προοιούσης της ηλικίας, ενώ η διαταραχή προσοχής συνεχίζει να δημιουργεί προβλήματα κυρίως μαθησιακά. Η διαχείριση της διάσπασης προσοχής, μέσω της ωρίμανση της κριτικής σκέψης και, σε κάποιο βαθμό, της θεραπείας συμπεριφοράς, μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις.

Πολλοί έφηβοι με ιστορικό υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματική αστάθεια, ενώ δεν είναι σπάνια η χρήση εθιστικών και τοξικών ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικά). Παράγοντες κινδύνου για την επιμονή των συμπτωμάτων θεωρούνται το άρρεν φύλο, η συνύπαρξη μαθησιακών διαταραχών, η οικογενειακή δυσλειτουργία και το ιστορικό γονεϊκής αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Η αντιμετώπιση απαιτεί συστηματική συνεργασία σχολείου και οικογένειας και συχνά τη συμμετοχή άλ-

Πίνακας 5.3

Διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (DSM-V).

A. Επίμονη παρουσία συμπτωμάτων απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας –παρορμητικότητας που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα ή ανάπτυξη, όπως περιγράφονται στο 1) και/ή στο 2):	
1) Έξι (ή περισσότερα)* από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας που επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες και δεν αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού: Απροσεξία • συχνά αδυνατεί να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στο σχολείο ή σε άλλες δραστηριότητες • συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι • συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του απευθύνουν το λόγο • συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αδυνατεί να τελειώσει σχολικές εργασίες ή καθήκοντα • συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες • συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και συνεχή νοητική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προετοιμασία για το σχολείο στο σπίτι) • συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία) • συχνά διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα • συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες	2) Έξι (ή περισσότερα)* από τα παρακάτω συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που επιμένουν για τουλάχιστον έξι μήνες και επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικότητα και λειτουργικότητα στο σχολείο και δεν αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού: Υπερκινητικότητα • συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του • συχνά σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις ενώ θα έπρεπε να παραμείνει καθισμένο • συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει σε ακατάλληλες στιγμές (για εφήβους και ενήλικες αυτό περιορίζεται σε αίσθημα «ακαθυσίας») • συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες αναψυχής • συχνά μιλά υπερβολικά Παρορμητικότητα • συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτες απαντήσεις πριν ολοκληρωθούν οι ερωτήσεις • συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του • συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια)
B. Διάφορα συμπτώματα απροσεξίας-παρορμητικότητας που προκάλεσαν έκπτωση ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 12 ετών.	
Γ. Μερικά από τα συμπτώματα είναι παρόντα σε δύο ή περισσότερους καταστάσεις/χώρους (σπίτι, σχολείο, συγγενείς, φίλους κλπ.).	
Δ. Πρέπει να υπάρχει σαφής αρνητική επίδραση των συμπτωμάτων στην κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα, καθώς και γενικότερα στην ποιότητα ζωής.	
Ε. Τα συμπτώματα δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωσικής διαταραχής και δεν αποδίδονται καλύτερα σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. διαταραχή της διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, αποσυνδεδετική διαταραχή ή διαταραχή της προσωπικότητας).	

* Για τους ενήλικες >17 ετών απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων αντί για έξι.

λων επαγγελματιών. Εστιάζεται στην ενημέρωση και συμβουλευτική αυτών που συναναστρέφονται με το παιδί (γονείς, δάσκαλοι) έτσι ώστε να αναγνωριστεί η αδυναμία του παιδιού να ελέγξει τη συμπεριφορά του. Επιπλέον, συνιστάται τροποποίηση του περιβάλλοντος (σπίτι, σχολείο) και παρεμβάσεις στο ίδιο το παιδί.

Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- Απλοποίηση του περιβάλλοντος με τη μείωση των αντικειμένων και των οπτικοακουστικών ερεθισμάτων που αποπροσανατολίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.
- Υποστήριξη με συμβουλευτική της συμπεριφοράς των γονέων και δασκάλων.
- Τροποποίηση ακαδημαϊκού πλαισίου. Σταθερό, δομημένο αλλά ευέλικτο εκπαιδευτικό πλαίσιο με εξατομίκευση στην προσέγγιση του παιδιού προσφέρει δυνατότητες βελτίωσης της συμπτωματολογίας και αποφυγή της σχολικής αποτυχίας.
- Τόνωση της αυτοεκτίμησης με έμφαση στην επιβράβευση και αποφυγή υπερβολικής τιμωρίας και στοχοποίησης.
- Οριοθέτηση και θεραπείες συμπεριφοράς στο ίδιο το παιδί. Στηρίζονται στην επιβράβευση και ανταμοιβή επιθυμητών συμπεριφορών. Στόχος είναι η εκμάθηση στρατηγικών επίλυσης του προβλήματος, τόσο από το παιδί όσο και από τους γονείς και δασκάλους.
- Προγράμματα εργοθεραπείας, ιδίως σε μικρές ηλικίες, μπορούν να μειώσουν αισθητά την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, να αυξήσουν τη διάρκεια προσοχής και να υποστηρίξουν αναπτυξιακές δεξιότητες που είναι ελλειμματικές στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Σημαντική είναι η αντιμετώπιση και των συννοσηρών με τη ΔΕΠ-Υ καταστάσεων.

Σε σοβαρές καταστάσεις δυσλειτουργίας στο σπίτι, στο σχολείο ή στο κοινωνικό περιβάλλον, συνιστάται η παραπομπή σε ειδικό για την πιθανή χορήγηση φαρμακοθεραπείας. Τα φάρμακα που χορηγούνται είναι ψυχοδιεγερτικά (αμφεταμινούχα-μεθυλ-φαινιδάτη) ή μη διεγερτικά (νοραδρενεργικά-ατομοξετίνη). Πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή των περιπτώσεων που θα χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή λόγω των παρενεργειών της.

Η φαρμακευτική αγωγή δεν θεραπεύει το νόσημα, αλλά δίνει χρόνο και χώρο για να επέλθει η διαχείριση των συμπτωμάτων μέσω της ωρίμανσης.

Η συμφωνία των γονέων είναι σημαντική και επιτρέπει τον έλεγχο για την εξέλιξη της θεραπείας.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) American Psychiatric Publishing; 5 edition (May 27, 2013). Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5).
- 2) Arnsten AF. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. J Clin Psychiatry. 2006; 67 Suppl 8:7–12.
- 3) Cortese S1, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Dittmann RW, Graham J, Taylor E, Sergeant J; European ADHD Guidelines Group. Practitioner review: current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2013; 54:227–46.
- 4) Hattori J, Ogino T, Abiru K, Nakano K, Oka M, Ohtsuka Y. Are pervasive developmental disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder distinct disorders? Brain Dev. 2006; 28:371–4.
- 5) Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. Arch Dis Child. 1998;79:207–12.
- 6) Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Ann Pharmacother. 2014; 48:209–25.
- 7) Πεχλιβανίδης Α, Σπυροπούλου Α, Γαλανόπουλος Α, Παπαχρήστου Χ.Α, Παπαδημητρίου Γ.Ν. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29:562–576.
- 8) Κουμούλα Α. Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο. Ψυχιατρική 2012, 23:49–59.
- 9) Papavasiliou AS1, Nikaina I, Rizou I, Alexandrou S. Effects of psycho-educational training and stimulant medication on visual perceptual skills in children with attention deficit hyperactivity disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2007; 3:949–54.
- 10) Παπαγεωργίου Β.Α. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. 2005, University Studio Press.

5.3. Διαταραχές βάδισης στην παιδική ηλικία

Εισαγωγή

Η όρθια βάδιση αποτελεί θεμελιώδη εξελικτική κινητική προσαρμογή του ανθρώπου και τον διαφοροποιεί από τα υπόλοιπα ανθρωποειδή. Η έναρξη βαδίσματος στην αρχή του δευτέρου έτους ζωής, είναι ένα από τα σημαντικότερα και δυσχερέστερα επιτεύγματα του βρέφους και σηματοδοτεί την έναρξη της ανεξαρτητοποίησης. Πολλά νευρολογικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας εκδηλώνονται με διαταραχές βάδισης. Ορθοπαιδικές ανωμαλίες και φλεγμονώδεις εξεργασίες (αρθραλγίες, αρθρίτιδα) προκαλούν επίσης διαταραχές βάδισης, είτε λόγω ασυμμετρίας είτε λόγω ανταλγικής θέσης του μέλους.

Η βάδιση απαιτεί τη συμβολή πολλών λειτουργικών τομέων του εγκεφάλου. Ο μηχανισμός της ήρεμης βάδισης συνδυάζει αφενός τη *στήριξη* του βάρους του σώματος και αφετέρου την ομαλή *μετατόπισή* του από το ένα πόδι στο άλλο. Ως κύκλος βάδισης ορίζεται η περίοδος από την αρχική επαφή της φτέρνας στο έδαφος έως την επόμενη επαφή της με αυτό. Η βάδιση έχει δύο φάσεις, τη φάση «στάσης» και τη φάση «αιώρησης». Στην ώριμη βάδιση η φάση «στάσης» διαρκεί περισσότερο και απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων μυών.

Η έναρξη της βάδισης οριοθετείται στους πρώτους μήνες του δευτέρου έτους ζωής, εξελίσσεται με την ωρίμανση του νευρομυϊκού συστήματος και τη συνεχή εξάσκηση και αλλάζει με την αύξηση του σωματικού όγκου. Η διαμόρφωσή της επηρεάζεται από την ωρίμανση της οπτικο-χωρικής αντίληψης και των συναισθημάτων και διαφοροποιείται όταν το νήπιο μπορεί πλέον να αποδεχτεί και να διαχειριστεί τον κίνδυνο επικείμενης πτώσης. Η βάδιση μέχρι το 3^ο έτος ζωής στηρίζεται στην υπόθεση της «αποστροφής του κινδύνου της πτώσης» (risk aversion hypothesis) και χαρακτηρίζεται από μικρότερη ταχύτητα, μικρότερο εύρος διασκελισμού, βραχύτερη διάρκεια στήριξης στο ένα σκέλος και αυξημένο εύρος βάσης. Το βάδισμα του παιδιού αρχίζει και ταυτίζεται με το πρότυπο βάδισης του ενήλικα μετά τον 5^ο χρόνο της ζωής. Αυτό οφείλεται όχι τόσο στην ωρίμανση του βηματισμού, μηχανισμός που υπάρχει άλλωστε από τη γέννηση, αλλά κυρίως στην ωρίμανση του ελέγχου ισορροπίας.

Κλινική εκτίμηση

Η επισκόπηση και κλινική εξέταση αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τον εντοπισμό του προβλήματος. Πόνος στα άκρα ή στις αρθρώσεις λόγω τραυματισμού, λοιμώξεις ή φλεγμονές προκαλούν περιορισμό

της κινητικότητας και ανταλγικό βάδισμα. Για το λόγο αυτό, οι αρθρώσεις θα πρέπει να ελέγχονται σε όλο το εύρος τους και να εντοπίζονται περιορισμοί της κινητικότητας, είτε λόγω άλγους είτε λόγω μονίμων αλλοιώσεων (συγκάμψεις). Εξίσου σημαντικός είναι ο έλεγχος της συμμετρίας των άκρων, τόσο στο μήκος όσο και στον μυϊκό όγκο. Η σπονδυλική στήλη πρέπει να εξετάζεται για την παρουσία λιπωμάτων, θυσάνων τριχών, αιμαγγειωμάτων, καθώς και για την παρουσία σκολίωσης που μπορεί να είναι αποτέλεσμα νευρομυϊκής ανισορροπίας.

Η νευρολογική εκτίμηση έχει σαν σκοπό να εντοπίσει την ανωμαλία, να ορίσει αν είναι εστιακή ή γενικευμένη και να την οριοθετήσει σε επίπεδο νευράξονα. Δυνατόν να ανιχνευτούν:

- Πυραμιδική συνδρομή (υπερτονία, σπαστικότητα, αύξηση αντανakλαστικών, παθολογικά αντανakλαστικά, σημείο Babinski).
- Εξωπυραμιδική συνδρομή (δυστονία, χορεία-θέτωση, δυσκαμψία).
- Παρεγκεφαλική σημειολογία (αταξία, δυσμετρία, τρόμος κεφαλής-κορμού, νυσταγμός, σημείο Romberg).
- Νευρομυϊκή σημειολογία (υποτονία, αδυναμία, εξάντληση-δυσανεξία στην άσκηση, ατροφία, ψευδοϋπερτροφία, απουσία αντανakλαστικών).

Η βάδιση θα πρέπει να εξετάζεται με το παιδί γυμνό, φορώντας μόνο το εσώρουχο και να ελέγχεται με και χωρίς τα υποδήματα. Αρχικά, πρέπει να παρατηρείται η ήρεμη βάδιση με στροφή και στη συνέχεια η βάδιση στις μύτες και πτέρνες, το τρέξιμο και η έγερση από καθιστή θέση στο έδαφος. Εκτός των κάτω άκρων, απαραίτητη είναι και η ταυτόχρονη παρατήρηση των άνω άκρων και του κορμού. Εξωπυραμιδική και πυραμιδική συνδρομή οδηγεί σε ανώμαλη στάση κορμού, άνω άκρων (posturing) και δακτύλων. Ο ήχος της βάδισης μπορεί επίσης να αναδείξει την παθολογία, όπως για παράδειγμα το «ίππειο» βάδισμα όπου ακούγεται η πτώση του άκρου ποδός στο έδαφος ή το σύρσιμο του άκρου ποδός σε περιπτώσεις ημιπληγίας. Σήμερα είναι εφικτή η υπολογιστική μελέτη βαδίσματος, η οποία, με τη βοήθεια προγραμμάτων (software), συνθέτει και αναλύει νευροφυσιολογικά, κινητικά και κινηματικά δεδομένα σε τρισδιάστατο επίπεδο και δίνει μια αντικειμενική άποψη όλων των πλευρών της βάδισης. Οι συχνότερες διαταραχές βάδισης λόγω νευρολογικής διαταραχής ή διαταραχών συμπεριφοράς είναι:

Σπαστικό ημιπληγικό βάδισμα

Η προσβολή των φλοιονωτιαίων δεματίων (άνω κινητικός νευρώνας) πάνω από το στέλεχος, προκαλεί

ετερόπλευρη σπαστικότητα με ημιπληγική βλάβιση και ανώμαλη θέση του άνω άκρου. Όταν η βλάβη είναι κάτωθεν του πυραμιδικού διχασμού (στέλεχος, μυελός) η προσβολή αφορά το μέλος ομόπλευρα της βλάβης. Σε αυτές τις περιπτώσεις το προσβεβλημένο κάτω άκρο είναι υπερτονικό, σε έκταση και για να μετακινηθεί απάγεται και έρχεται προς τα εμπρός σε ημικυκλική τροχιά δίκην δρεπάνου. **Στην προσπάθεια αυτή το πέλμα στην απαγωγή σύρεται με αποτέλεσμα τη φθορά της έσω πλάγιας πλευράς του παπουτσιού.** Η πτέρνα δεν αγγίζει σε καμιά φάση το έδαφος και το άνω άκρο έχει περιορισμένη αιώρηση και ουσιαστικά εφάπτεται του κορμού. Ο αγκώνας και ο καρπός είναι σε κάμψη, η παλάμη κλειστή με τον αντίχειρα σε προσαγωγή. Ημιπληγική βλάβιση απαντάται σε δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου που μπορεί να είναι αγγειακής, χωροκατακτητικής ή δυσπλαστικής αιτιολογίας. Σε ένα σημαντικό ποσοστό ημιπληγικής εγκεφαλικής παράλυσης δεν ανιχνεύεται νευροαπεικονιστική βλάβη.

Σπαστικό παραπληγικό βάδισμα

Αμφοτερόπλευρη προσβολή του άνω κινητικού νευρώνα προκαλεί υπερτονία των δύο κάτω άκρων με αποτέλεσμα τη σπαστική παραπληγία. Σε ελαφρές περιπτώσεις η μοναδική εκδήλωση μπορεί να είναι το βάδισμα στις μύτες, λόγω της αμφοτερόπλευρης υπερτονίας. Η κατάσταση αυτή πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από το ιδιοπαθές περπάτημα στις μύτες που είναι συμπεριφορικής και όχι νευρολογικής αιτιολογίας. Οι ασθενείς με σπαστική παραπληγία έχουν υπερτονία και στα δύο άκρα, όπου τα ισχία και γόνατα βρίσκονται σε κάμψη και η ποδοκνημική σε έκταση και έσω στροφή. Κατά τη διάρκεια της βόδισσης τα γόνατα εφάπτονται μεταξύ τους και οι ποδοκνημικές βρίσκονται σε έκταση (ιπποποδία). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα βήματα να είναι μικρά και το βάρος του σώματος να μετατοπίζεται από το ένα πόδι στο άλλο, γεγονός που διαταράσσει την ισορροπία του ασθενούς. Στα βρέφη και νήπια το φαινόμενο αυτό εκφράζεται περισσότερο με το «παλίδισμα» των κάτω άκρων λόγω της υπερτονίας των προσαγωγών μυών. Το σπαστικό βάδισμα είναι αποτέλεσμα αμφοτερόπλευρης πυραμιδικής συνδρομής που απαντάται συχνά στην περιουλική λευκομαλακία λόγω περιγεννητικής δυσπραγίας και προωρότητας, και σπανιότερα σε γενετικές λευκοδυστροφίες και σε πιεστικές ή απομυελινωτικές μυελοπάθειες.

Αταξικό βάδισμα

Η παρεγκεφαλίδα λειτουργεί ως κέντρο κινητικού συντονισμού και ισορροπίας. Η λειτουργία της στηρίζεται στη συλλογή και σύνθεση αισθητικών πληροφοριών από την περιφέρεια, που αφορούν τη θέση κάθε σημείου του σώματος, και στην τροποποίηση των

φυγόκεντρων κινητικών ώσεων με σκοπό την ομαλοποίηση και τη σωστή σε εύρος εκτέλεση των κινήσεων. Το βάδισμα ασθενών με παρεγκεφαλιδική βλάβη είναι ασταθές, τρομώδες, σε ευρεία βάση και συχνά με πλάγια κλίση σώματος. Σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες το βάδισμα είναι παρόμοιο με αυτό του «μεθυσμένου». Σε μικρότερα παιδιά (βρέφη και νήπια) η παρεγκεφαλιδική αταξία εκδηλώνεται με τρόπο κεφαλής και κορμού, με ή χωρίς νυσταγμό. Η κλινική σημειολογία της αταξίας μπορεί να δώσει πληροφορίες για την τοπογραφία της παρεγκεφαλιδικής βλάβης. Βλάβη των παρεγκεφαλιδικών ημισφαιρίων οδηγεί κυρίως σε ομόπλευρη αταξία άκρων, ενώ βλάβη του σκώληκα προκαλεί κατ' εξοχήν κορμική αταξία.

Οξεία προσβολή της παρεγκεφαλίδας παρατηρείται σε περιπτώσεις τοξικότητας από φάρμακα, καθώς και σε περιπτώσεις μεταλοιμώδους παρεγκεφαλιδικής αταξίας μετά από ιογενή λοίμωξη (κυρίως ανεμευλογιά) ή εμβολιασμό. Υποξεία ή χρόνια παρεγκεφαλιδική προσβολή μπορεί να προκληθεί από πολλές καταστάσεις. Όγκοι του οπισθίου βόθρου, συγγενείς δυσπλασίες, αγγειακά επεισόδια (ισχαιμικά ή αιμορραγικά), μεταβολικά νοσήματα (μιτοχονδριοπάθειες, οργανικές οξυουρίες, συγγενείς διαταραχές της γλυκοζυλίωσης), γενετικά νοσήματα (οικογενείς παρεγκεφαλιδικές ατροφίες, αταξία-τηλαγγειεκτασία), μεταλοιμώδη νοσήματα, απομυελινωτικά νοσήματα (κατά πλάκας σκλήρυνση, σαρκοείδωση) και παρανεοπλαστικά νοσήματα (μυόκλονος/αταξία σε συνδυασμό με νευροβλάστωμα) πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση. Η νευροαπεικόνιση αποτελεί σημαντικό εργαλείο στη διερεύνηση της αταξίας αφού μπορεί να αναδείξει όγκους, δομικές ανωμαλίες, υποπλασία, ατροφία, αγγειακές διαταραχές και απομυελινωτικές πλάκες.

Σε προσβολή των οπισθίων δερματίων του νωτιαίου μυελού, η παρεγκεφαλίδα δεν δέχεται τα αισθητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα αισθητηριακή αταξία. Στην περίπτωση αυτή προκαλείται επιδείνωση της αστάθειας όταν ο ασθενής κλείσει τα μάτια (σημείο Romberg). Η αισθητηριακή αταξία μπορεί να εκδηλωθεί σε ασθενείς με υποξεία συνδυασμένη εκφύλιση λόγω ανεπάρκειας βιταμίνης B12, απομυελινωτική μυελοπάθεια και αταξία του Friedreich.

Εξωπυραμιδικό βάδισμα

Η εξωπυραμιδική συνδρομή προκαλείται από δομικές ή λειτουργικές διαταραχές των βασικών γαγγλίων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκινησιών που περιλαμβάνουν μεμονωμένα ή συνδυαστικά δυστονία, χορεία, αθέτωση, τρόμο, δυσκαμψία και βραδυκίνηση. Το αυτόνομο βάδισμα σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ δύσκολο και κάθε προσπάθεια κίνησης

αλλοιώνεται από τις ανωτέρω παθολογικές κινήσεις. Έτσι, το βάδισμα είναι ασταθές, τονικό με χορευτική χροιά. Κατά τη διάρκεια της βάδισης το υπόλοιπο σώμα αποκτά δυστονική θέση: ο κορμός παρουσιάζει οσφυϊκή λόρδωση και πλάγια κάμψη και τα άνω άκρα μετακινούνται γύρω από τον άξονα του σώματος με αργό χορευτικό ρυθμό.

Η απεικόνιση ή όχι δομικής ανωμαλίας βοηθάει στην κατεύθυνση του διαγνωστικού πλάνου. Ασθενείς με δομικές βλάβες στα βασικά γάγγλια λόγω υποξαιμικής εγκεφαλοπάθειας (σε τελειόμηνο νεογνό), πυρηνικού ικτέρου και διαφόρων μεταβολικών νοσημάτων (οργανικές οξυουρίες και μιτοχονδριοπάθειες), παρουσιάζουν ένα συνδυασμό των ανωτέρω δυσκινησιών ενώ συχνά συνυπάρχει σπαστικότητα. Ασθενείς με απουσία δομικών βλαβών στα βασικά γάγγλια μπορεί να εμφανίζουν είτε μια γενετικά προκαθορισμένη δυστονία, είτε μια νευροδιαβιβαστική διαταραχή (μεταβολισμός ντοπαμίνης) που ανευρίσκεται με ανίχνευση βιογενών αμινών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Μυοπαθητικό βάδισμα

Ασθενείς με μυϊκή αδυναμία κεντρομελικού τύπου έχουν ιδιαίτερο βάδισμα που προκύπτει από την αδυναμία μυών του ισχίου. Το παιδί παρουσιάζει λόρδωση της θωρακο-οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η μετακίνηση του βάρους από γοφό σε γοφό (θετικό σημείο Trendelenburg) επιτρέπει τη στήριξη παρά τη σημαντική αδυναμία των μυών της ισχιακής ζώνης. Η αιώρηση των γοφών προσδίδει στο βάδισμα «χήναιο» χαρακτήρα. Τα παιδιά αυτά έχουν δυσκολία στο ανέβασμα σκάλας καθώς και στην έγερση από καθιστή θέση στο πάτωμα (σημείο Gower). Η παρουσία συγκάμψεων στα γόνατα και ιδιαίτερα στην ποδοκνημική και η μόνιμη ιπποποδία, δυσκολεύουν περισσότερο τη σταθερότητα του βαδίσματος. Νευρομυϊκά νοσήματα που προβάλλουν με τέτοιο βάδισμα είναι οι μυϊκές δυστροφίες, η δερματομυοσίτιδα και οι όψιμες μορφές νωτιαίας μυϊκής ατροφίας. Σε αμφοτερόπλευρο συγγενές εξάρθημα του ισχίου, που δεν έχει αντιμετωπισθεί, μπορεί να παρατηρηθεί παρόμοιο πρότυπο βαδίσματος.

Η περνιαία ατροφία που οφείλεται συνήθως σε περιφερική νευροπάθεια ή σε βλάβη των προσθίων κεράτων και σπανιότερα σε μυοπάθεια, προκαλεί αδυναμία κάμψης της ποδοκνημικής. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε πτώση του άκρου ποδός που αναγκάζει τον ασθενή να σηκώνει το κάτω άκρο δυσανάλογα ψηλά, δίκην ίππου, κατά την αιώρηση. Κατά την ελαφροφόρα του ποδιού στο έδαφος η άκρη των δακτύλων προηγείται της φτέρνας προκαλώντας ένα χαρακτηριστικό δίκροτο ήχο και φθορά του πρόσθιου τμήματος του υποδήματος. Το καλπαστικό αυτό βάδισμα παρα-

τηρείται σε γενετικές περιφερικές νευροπάθειες του τύπου της Charcot-Marie-Tooth, σε γενετικές ή επίκτητες προσθιοκερατικές βλάβες, όπως η πολιομυελίτιδα ή καταστάσεις δίκην πολιομυελίτιδας (με ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη προσβολή) και πιο σπάνια σε περιφερικές μυοπάθειες.

Βάδισμα στις μύτες των ποδιών

Το περπάτημα στις μύτες των ποδιών ή ονυχοβάδισμα είναι η πιο συχνή ανωμαλία βαδίσματος που αντιμετωπίζεται διαγνωστικά στο ιατρείο. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, το αίτιο δεν είναι νευρολογικό αλλά οφείλεται σε ιδιαίτερη συμπεριφορά του παιδιού ή σε ιδιοπαθή παραλλαγή στην αναπτυξιακή εξέλιξη του βαδίσματος. Χρειάζεται όμως ιδιαίτερη προσοχή γιατί η διάγνωση του ιδιοπαθούς περπατήματος στις μύτες τίθεται, αφού αποκλεισθούν με κλινικό ή παρακλινικό τρόπο, καταστάσεις όπως σπαστική εγκεφαλική παράλυση, μυοπάθεια, νευροπάθεια, μυελοπάθεια και διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή. Η κλινική εκδήλωση διακρίνεται σε:

- **Περιστασιακή** εμφάνιση περπατήματος στις μύτες και με δυνατότητα επαφής της φτέρνας στο έδαφος υπό ορισμένες συνθήκες (υπόδειξη, ενασχόληση).
- **Συνεχές** περπάτημα στις μύτες και αδυναμία επαφής της πτέρνας στο έδαφος που συνήθως συνοδεύεται από βράχυνση του αχίλλειου τένοντα.

Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι ιδιοπαθείς καλοήθειες περιπτώσεις, ενώ στη δεύτερη οι περιπτώσεις με παθολογικό υπόστρωμα. Υπάρχουν όμως και εμμένουσες περιπτώσεις ιδιοπαθούς περπατήματος στις μύτες που οδηγούν τελικά, δευτεροπαθώς, σε βράχυνση του αχίλλειου και χρήζουν επεμβατικής αντιμετώπισης.

Επισημαίνεται ότι το περπάτημα στις μύτες συνοδεύεται από κάποιες ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως εξελικτική γλωσσική διαταραχή, κινητική αδεξιότητα και διαταραχή στον οπτικοκινητικό διαχωρισμό. Προφανώς, δεν είναι τυχαίο ότι το περπάτημα στις μύτες απαντάται συχνά σε αυτιστικά παιδιά και αποτελεί διαγνωστικό στοιχείο της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής. Ο ρόλος του παιδιάτρου είναι σημαντικός στην παρακολούθηση των ήπιων περιπτώσεων και στην αναγνώριση αυτών που θα πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Adolph K, Vereijken B and Shrout P. What Changes in Infant Walking and Why. *Child Development* 2003; 74:475.
- 2) Accardo P, Morrow J, Heaney MS, Whitman B, Tomazic T. Toe walking and language development. *Clinical Pediatrics* 1992; 31:158–60.

- 3) Donson F, Morris M, Baker R et al. Gait classification in children with cerebral palsy: A systematic review. *Gait & posture* 2007; 25:140.
- 4) Kamegaya M and Shinohara Y. Gait disorders and leg deformities in children. *J Orthop Sci* 2002; 7:154.
- 5) Rodda J and Graham. Classification of gait patterns in spastic hemiplegia and spastic diplegia: a basis for a management algorithm. *Eur J Neur* 2001; 8:98–108.
- 6) Sala D, Shulman L, Kennedy R et al. Idiopathic toe walking: a review. *Dev Med & Child Neurol* 1999; 41:846.
- 7) Swaiman K. Muscular Tone and Gait Disturbances. *Pediatric Neurology Principle and Practice* 1999; St Louis: Mosby.
- 8) Vaughan C. Theories of bipedal walking: an odyssey. *J of Biomech* 2003; 36:513.

5.4. Ύπνος και διαταραχές του στην παιδική ηλικία

Εισαγωγή

Αν και ο ύπνος μελετάται επιστημονικά για περισσότερο από εκατό έτη, η ακριβής λειτουργική του αξία παραμένει αδιευκρίνιστη. Υπάρχουν διάφορες αλληλεπικαλυπτόμενες θεωρίες που προσπαθούν να διαλευκάνουν τη σημασία του ύπνου και η γνώση τους παρέχει τη βάση κατανόησης των πολλαπλών επιδράσεων του στην υγεία και νόσηση.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο ύπνος δεν αποτελεί μια ενιαία μονάδα αλλά συνίσταται από φάσεις, κύκλους και στάδια που διαμορφώνουν την αρχιτεκτονική του.

Αρχιτεκτονική του ύπνου

Ο κirkάδιος ρυθμός είναι ένας ενδογενής βιολογικός ρυθμός (βιολογικό ρολόι) με περιοδικότητα περίπου 24 ωρών και αποτελεί βασική ιδιότητα των ανώτερων ζωικών μορφών. Στα θηλαστικά ο κirkάδιος ρυθμός καθορίζεται με την εναλλαγή ύπνου και εγρήγορσης. Σε αντίθεση με την ημερήσια ομοιόσταση, όπου η τάση για ύπνο αυξάνεται γραμμικά όσο η εγρήγορση παρατείνεται, ο κirkάδιος ρυθμός παρουσιάζει μια κυκλική τάση για ύπνο ανεξαρτήτως από την προηγούμενη διάρκεια εγρήγορσης. Ο κirkάδιος ρυθμός οντογενετικά εξελίσσεται από την ενδομήτριο έως την ενήλικη ζωή. Στο έμβρυο ο κirkάδιος ρυθμός είναι υπό τον έλεγχο της μητρικής μελατονίνης και μόνο προς το τέλος της κύησης εμφανίζεται ο υπερχιασματικός πυρήνας, όπου και εδράζεται ο κirkάδιος βηματοδότης. Ο βηματοδότης ωριμάζει σταδιακά και μετά τον 6^ο μήνα της ζωής είναι ικανός να συγκρατήσει ένα σταθερό κirkάδιο ρυθμό ύπνου-εγρήγορσης. Ο ρυθμός αυτός καθορίζεται κυρίως από τη μεταβαλλόμενη έκθεση στο φως, το οποίο καταστέλλει την έκκριση μελατονίνης ενώ αντιθέτως το σκοτάδι την αυξάνει και επάγει τον ύπνο. Εκτός αυτού του ενδογενούς ρυθμιστικού παράγοντα υπάρχουν και άλλοι εξωγενείς παράγοντες, όπως οι κοινωνικές και οικογενειακές συνήθειες, που επηρεάζουν τον χρονισμό του ύπνου. Ο χωρισμός της ημέρας σε ώρες και η κατάργηση της φυσικής εναλλαγής έκθεσης στο φως με τον τεχνητό φωτισμό, έχει άγνωστες επιδράσεις στη νευροβιολογία του ύπνου, αφού αποτελεί πρόσφατο γεγονός στην ιστορία του ανθρώπου.

Ο κirkάδιος ρυθμός ορίζει την κυκλικότητα ύπνου-εγρήγορσης, ενώ ο ουλτράδιος ρυθμός καθορίζει την αρχιτεκτονική του ύπνου. Οι ουλτράδιοι κύκλοι ορίζονται από την περιοδική εναλλαγή των φάσεων

Rapid Eye Movement (REM) και Non-Rapid Eye Movement (NREM) και διαρκούν 60 λεπτά στη βρεφική ηλικία και 90 λεπτά στην πρώιμη παιδική ηλικία. Μετά από μια βραχεία περίοδο υπνηλίας ακολουθεί η εισαγωγή στον ύπνο σε στάδιο I, στη συνέχεια σε στάδιο II και έπειτα σε στάδιο βραδένων κυμάτων. Κατόπιν, μπορεί να προκύψει μια σύντομη αφύπνιση με βραχεία αντίστροφη εναλλαγή των ανωτέρω σταδίων και η εισαγωγή σε στάδιο REM, όπου και τελειώνει ο πρώτος κύκλος του ύπνου. Κατά τη διάρκεια της νύχτας εμφανίζονται 4-5 κύκλοι και όσο ο ύπνος συνεχίζεται, εμφανίζεται σταδιακή μείωση της διάρκειας του σταδίου βραδένων κυμάτων, αύξηση της διάρκειας του σταδίου REM και προετοιμασία του ατόμου για αφύπνιση. Στη φάση REM η εγκεφαλική λειτουργία προσομοιάζει στην εγρήγορση, ενώ το σώμα βρίσκεται σε πλήρη ατονία.

Η αρχιτεκτονική του ύπνου οντογενετικά μεταβάλλεται. Έτσι, στο τελειόμηνο νεογνό ο ύπνος αρχίζει με φάση REM η οποία καταλαμβάνει το 50% της διάρκειάς του, στο βρέφος 6-12 μηνών αποτελείται από 30% REM και 70% NREM και στο παιδί 3-5 ετών από 25% REM και 75% NREM. Ο ύπνος αποτελεί αδιамφισβήτητα ένα ενεργητικό φαινόμενο που εκφράζεται με πολύπλοκες νευρωνικές δραστηριότητες και δεν προκύπτει παθητικά από την απλή απόσυρση των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως θεωρούνταν παλαιότερα.

Λειτουργική σημασία του ύπνου

A. Η θεωρία της αποκατάστασης

Η υπνική κατάσταση είναι απαραίτητη τόσο για την ενίσχυση και αύξηση των ιστών όσο και για τη διόρθωσή τους. Ο ύπνος καλείται να διορθώσει και να αποκαταστήσει σωματικά και εγκεφαλικά ελλείμματα που συσσωρεύονται κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Ο ύπνος NREM είναι υπεύθυνος για την επανόρθωση των σωματικών λειτουργιών. Ο ύπνος REM έχει διαμορφωθεί με σκοπό τον επαναπρογραμματισμό γεγονότων και την τακτοποίηση της μνήμης.

B. Η θεωρία της εξέλιξης και προσαρμογής

Ο ύπνος αποτελεί μια ενστικτώδη συμπεριφορά που φυλογενετικά αναπτύσσεται και διαφοροποιείται ανάλογα με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής του κάθε είδους εξυπηρετώντας την επιβίωση. Για παράδειγμα, τα δελφίνια δεν έχουν πνευμονικό αντανάκλαστικό στην υποξία και η αναπνοή τους ελέγχεται μόνο βουλητικά και όχι αυτόνομα. Για να μπορέσουν να συντηρηθούν στο υδάτινο περιβάλλον έχουν αναπτύξει ένα πρότυπο ύπνου όπου το ένα ημισφαίριο βρίσκεται σε εγρήγορση και το άλλο σε ύπνο, ενώ απουσιάζει η φάση ατονίας REM η οποία θα τα έθετε σε κίνδυνο.

Αδύναμα και ευάλωτα ζώα κοιμούνται τακτικά για βραχέα χρονικά διαστήματα, με σκοπό τη συνεχή αναζήτηση τροφής και προστασία τους από τα αρπακτικά. Αντιθέτως, σαρκοφάγα θηλαστικά που δεν χρειάζεται να τρέφονται διαρκώς και δεν κινδυνεύουν έχουν την τάση να κοιμούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Γ. Η θεωρία της διατήρησης της ενέργειας

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία ο ύπνος αποσκοπεί στην εξοικονόμηση ενέργειας και στηρίζεται στο ότι η κατανάλωση της ενέργειας είναι μειωμένη κατά τη διάρκεια του ύπνου από ότι στην ήρεμη εγρήγορση.

Δ. Η θεωρία της μάθησης και απομάθησης

Υπάρχει μεγάλος αριθμός μελετών τα τελευταία χρόνια που ενισχύουν το ρόλο του ύπνου στη διαδικασία της μάθησης και μνήμης. Για να συγκρατηθεί μια πληροφορία είναι απαραίτητη η ενεργοποίηση εγκεφαλικών λειτουργιών σε μια κρίσιμη περίοδο μετά την εγγραφή της πληροφορίας. Η εμπέδωση (consolidation) και η μονιμοποίηση (fixation) της πληροφορίας απαιτεί τη λειτουργία μηχανισμών σε διάφορες φάσεις, αφού δεν υπάρχει ένα μοναδικό κέντρο μνήμης στον εγκέφαλο. **Τα τελευταία 50 χρόνια έχει τεκμηριωθεί η ευεργετική επίδραση του ύπνου στην απομνημόνευση και έχει δείχτει ότι ο ύπνος αμέσως μετά από μια εμπειρία μάθησης λειτουργεί ευοδωτικά για τη συγκράτησή της.** Στη φάση REM του ύπνου ο εγκέφαλος, προστατευμένος και αποκομμένος από όλα τα εξωτερικά ερεθίσματα, βρίσκει την ευκαιρία να δραστηριοποιήσει εκ νέου τα κυκλώματα των πληροφοριών που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης, να τα τοποθετήσει χρονικά και να τα διυλίσει αποβάλλοντας τις ασήμαντες και μη αποδεκτές πληροφορίες (απομάθηση). Με αυτόν τον τρόπο η πληροφορία γίνεται συμπαγής και πιο εύκολα αποθηκεύσιμη.

Νοσολογία του ύπνου

Προβλήματα ύπνου συχνά αναφέρονται από τους γονείς. Οι πιο συνήθεις κλινικές προβολές των διαταραχών ύπνου στην παιδική ηλικία είναι η **αϋπνία** (διαταραχή στην εισαγωγή ή στη διατήρηση του ύπνου), η **υπερυπνία** (διαταραχή όπου το παιδί κοιμάται σε λάθος χρόνο και τόπο και νυστάζει συνεχώς), οι **διαταραχές αναπνοής** (εμφάνιση παράδοξων αναπνευστικών κινήσεων ή παύσεων) και οι **διαταραχές κινητικής συμπεριφοράς** (υπέρμετρη κινητική δραστηριότητα) κατά τη διάρκεια του ύπνου. **Πολύ συχνά δεν υπάρχει ιδιαίτερη νοσολογία και όλα προκύπτουν από λάθος πληροφόρηση και ερμηνεία γεγονότων, καθώς και από μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων.**

Αϋπνία

Αϋπνία στη βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία

Για τον καθορισμό της αϋπνίας ως κλινικά σημαντικό πρόβλημα απαιτείται η γνώση της φυσιολογικής ποικιλομορφίας και της συνολικής διάρκειας του ύπνου στις διάφορες ηλικίες. Τα νεογνά και μικρά βρέφη κοιμούνται σε μπλοκ των 2–4 ωρών που κατανέμονται ισότιμα μέσα στην ημέρα και νύχτα και επηρεάζονται από την ανάγκη για συχνή λήψη τροφής. Μετά τον 6^ο μήνα, όσο ο κερκάδιος ρυθμιστικός μηχανισμός ωριμάζει, ο ύπνος αυξάνεται σε διάρκεια και μετατίθεται προς τις νυχτερινές ώρες. Παρόλα αυτά, σε ένα 10% των βρεφών δεν ακολουθείται ομαλή πορεία και οι αφυπνίσεις το βράδυ συνεχίζονται, χωρίς αυτό να είναι απαραίτητα παθολογικό. Μετά το πρώτο έτος ζωής, ένα ποσοστό παιδιών παρουσιάζει δυσκολία στην εισαγωγή του ύπνου. Αυτό αποτελεί κυρίως πρόβλημα συμπεριφοράς καθώς τα νήπια αυτά είναι ακόμη εξαρτημένα από στερεότυπες ρουτίνες, όπως το κούνημα-νανούρισμα. Η αντιμετώπιση της κατάστασης αρχίζει με τη βελτιστοποίηση της υγιεινής του ύπνου, στα μεγάλα βρέφη, που περιλαμβάνει την εφαρμογή δομημένων συνηθειών για την ηλικία του παιδιού, όπως το μπάνιο, το βούρτσισμα των δοντιών, το ντύσιμο και τη σταδιακή μείωση των δραστηριοτήτων πριν την κατάκλιση. **Δυνητικά διεγερτικές δραστηριότητες, όπως το έντονο παιχνίδι και η τηλεόραση, πρέπει να αποφεύγονται.** Το περιβάλλον όπου το παιδί κοιμάται πρέπει να διαμορφώνεται ανάλογα (κατάλληλη κούνια, φωτισμός, περιορισμός αντικειμένων).

Αϋπνία σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους

Σε μεγαλύτερες ηλικίες η αϋπνία είναι σχετικά συχνή και αφορά το 10% των μεγαλύτερων παιδιών και εφήβων. Στις ηλικίες αυτές τα παιδιά παρουσιάζουν αυτονομία στην επιλογή της ώρας κατάκλισης, αναπτύσσουν συνήθειες που διαταράσσουν τη φυσιολογική εισαγωγή του ύπνου, όπως η βραδινή χρήση υπολογιστών, smart phones και βιντεο-παιχνιδιών. Το φαινόμενο επιτείνεται την περίοδο των διακοπών με αποτέλεσμα η καθυστέρηση στην κατάκλιση να προκαλεί μετατόπιση της φάσης του ύπνου αργότερα (sleep phase delay).

Άλλες μορφές αϋπνίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα σχετίζονται με τη χρήση καφέ ή ουσιών, την ύπαρξη υποκείμενης αναπτυξιακής διαταραχής και σπανιότερα, με το **σύνδρομο των ανήσυχων άκρων**. Σπανίως χρειάζεται ειδική θεραπεία πέραν της προσπάθειας αλλαγής της συμπεριφοράς και καθιέρωσης υγιεινών συνηθειών ύπνου. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα της μελατονίνης

σε παιδιά της σχολικής ηλικίας. Η μελατονίνη καλό είναι να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς όταν η αποκλειστική εφαρμογή τους δεν έχει φέρει αποτέλεσμα.

Υπερυπνία

Τα υγιή παιδιά που κοιμούνται καλά το βράδυ, διατηρούν άριστο επίπεδο εγρήγορσης και σπάνια μπορεί να χρειαστούν ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Εάν αυτό παρατηρηθεί τότε υπάρχουν 3 πιθανές εξηγήσεις:

- Το παιδί έχει αναπτύξει συνήθειες που επηρεάζουν αρνητικά την εισαγωγή και διατήρηση του ύπνου.
- Υπάρχει υποκείμενη διαταραχή που διαταράσσει σοβαρά τον νυχτερινό ύπνο, κατακερματίζοντας την αρχιτεκτονική του όπως η αποφρακτική άπνοια ύπνου, το σύνδρομο των ανήσυχων άκρων και η εμφάνιση επιληπτικών σπασμών.
- Υπάρχει υποκείμενη διαταραχή που δεν επηρεάζει σημαντικά τον νυχτερινό ύπνο, αλλά προκαλεί ημερήσια υπνηλία. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι πρωτοπαθείς, όπου διαταράσσεται ο κεντρικός μηχανισμός του ύπνου (ναρκοληψία, σύνδρομο Kleine-Levin, μεταλοιμώδεις σύνδρομο χρόνιας κόπωσης συνήθως από EBV), ή δευτεροπαθείς (αναιμία, υποθυρεοειδισμός, χημειοθεραπεία κλπ.).

Ναρκοληψία

Όπως και στους ενήλικες, η ναρκοληψία παρουσιάζει 4 κλινικά χαρακτηριστικά:

- *Υπερβολική υπνηλία* κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- *Υπναγωγικές παραισθήσεις* που χαρακτηρίζονται από ζωντανά όνειρα με την εισαγωγή του ύπνου.
- *Υπνική παράλυση* όπου το άτομο στη μετάβαση από την εγρήγορση στον ύπνο παραλύει ενώ διατηρεί κάποιο επίπεδο εγρήγορσης.
- *Καταπληξία* η οποία αποτελεί μια τάση για αιφνίδια απώλεια του τόνου στους εκτεινόντες μύες των άκρων και στους μύες του προσώπου ως απάντηση σε εξωτερικά ερεθίσματα, κυρίως έξαψης (γέλιο, έκπληξη, αναμονή επιβράβευσης).

Η ναρκοληψία δεν συνοδεύεται πάντα από καταπληξία, αλλά η παρουσία καταπληξίας αρκεί για τη διάγνωση της ναρκοληψίας, με την προϋπόθεση να αποκλειστούν καταστάσεις επιληπτικής (σύνδρομο Lenox-Gastaut, σύνδρομο Doose) ή μη επιληπτικής αιτιολογίας (Niemann-Pick τύπου C, σύνδρομο Coffin-

Laury, σύνδρομο Prader-Willi) που συνοδεύονται από αιφνίδια απώλεια του μυϊκού τόνου. Η καταπληξία στα παιδιά δεν ανιχνεύεται πάντα με ευκολία, καθώς δεν συνοδεύεται σταθερά από τυπική πτώση αλλά μπορεί να εμφανίζεται μόνο με πτώση της κάτω γνάθου και των βλεφάρων ή απλά με διακοπή ή αλλαγή του τόνου της ομιλίας. Στο 90% των ασθενών με ναρκοληψία και καταπληξία εκφράζεται το HLA αντιγόνο DQB1*0602 και παρουσιάζουν ελαττωμένη τιμή υποκρετίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η ναρκοληψία στους ανθρώπους οφείλεται σε ανοσολογική εκφύλιση των νευρώνων που εκκρίνουν την υποκρετίνη, εντοπίζονται στη ραχιαία-πλάγια περιοχή του υποθαλάμου και προβάλλουν εκτενώς σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου. Η υποκρετίνη προάγει την εγρήγορση, αυξάνει το βασικό μεταβολικό ρυθμό και προστατεύει τον ύπνο από κατακερματισμό. Έχουν παρουσιαστεί κρούσματα ναρκοληψίας μετά από εμβολιασμό και νόσηση από τον ιό H₁N₁.

Η διάγνωση της ναρκοληψίας τίθεται εργαστηριακά με την πολυυπνογραφική μελέτη σε συνδυασμό με τη δοκιμασία MSLT (Multiple Sleep Latency Test) και επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση χαμηλής τιμής υποκρετίνης στο ENY.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η ναρκοληψία αποτελεί μια δια βίου διαταραχή και η θεραπεία της εστιάζεται αφενός στην τροποποίηση του ημερησίου προγράμματος με την προσθήκη 2 προγραμματισμένων ύπνων (nap) διάρκειας 30–40 λεπτών μέσα στην ημέρα, και αφετέρου στη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών (μονταφινίλης, μεθυλφαινιδάτης, αμφεταμίνης) ή άλλων φαρμάκων (κλομιπραμίνη, βενλαφαξίνη, φλουοξετίνη), αναλόγως της ανταπόκρισης και της συννοσηρότητας.

Διαταραχές αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου

Αποφρακτική υπνική άπνοια

Η αποφρακτική υπνική άπνοια υπολογίζεται ότι προσβάλλει το 2% των παιδιών με αιχμή του επιπολασμού μεταξύ τριών και οκτώ ετών. Η συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι παρόμοια, αλλά συνήθως ελαφρύτερης μορφής, από αυτή των ενηλίκων. Το ροχαλητό είναι ελαφρύτερο και διαλείπον. Συχνά συμπτώματα κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι οι πολλαπλές αφυπνίσεις, η αναπνοή με ανοιχτό στόμα, η εφίδρωση, η ενούρηση και περιστασιακές σοβαρές παύσεις της αναπνοής που θορυβούν τους γονείς. Κατά τη διάρκεια της ημέρας η συμπτωματολογία στα παιδιά είναι ανεπαίσθητη. Τα παιδιά με αποφρακτική υπνική άπνοια δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη υπνηλία και κεφαλαλγία όπως οι ενήλικες, αλλά εμφανίζουν κυρίως διαταραχές συμπεριφοράς, όπως μειωμένη συ-

γκέντρωση και νευρική, που οδηγούν σε έκπτωση των ακαδημαϊκών τους επιδόσεων. Ένα μικρό ποσοστό μπορεί να προβάλει με συστηματικές εκδηλώσεις όπως διαταραχή στην ανάπτυξη, υπέρταση, χρόνια κεφαλαλγία και αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης.

Κύριος προδιαθεσικός παράγοντας είναι η παχυσαρκία, αλλά υπάρχουν αρκετές καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αποφρακτικής υπνικής άπνοιας όπως αναγράφονται στον Πίνακα 5.4.

Η φυσική εξέταση είναι συνήθως φυσιολογική και μπορεί να βρεθεί υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων και αμυγδαλών, αδενοειδές προσώπιο, υποπλασία κάτω γνάθου, παχυσαρκία, οίδημα οπτικών θηλών και υπέρταση. Η νυχτερινή πολυπνογραφική μελέτη δεν είναι απαραίτητη για την οριστικοποίηση της διάγνωσης σε παιδιά με κλασική συμπτωματολογία αποφρακτικής υπνικής άπνοιας και υπερτροφίας των αδενοειδών εκβλαστήσεων ή των αμυγδαλών. Σε αυτούς τους ασθενείς η καταγραφή του κορεσμού στον ύπνο είναι αρκετή. Η πολυπνογραφική μελέτη είναι απαραίτητη σε άτυπες καταστάσεις, όπου η διάγνωση είναι αμφισβητούμενη, καθώς και όταν υπάρχει υποψία εμφάνισης κεντρικού τύπου άπνοιας (Chiari I, διαταραχές στελέχους, εγκεφαλική παράλυση, νευρογενετικά νοσήματα).

Πίνακας 5.4

Νοσήματα και καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αποφρακτικής υπνικής άπνοιας στα παιδιά.

Κρανιοπροσωπικά σύνδρομα με έκδηλη γναθική υποπλασία

- Σύνδρομο Apert
- Σύνδρομο Crouzon
- Σύνδρομο Pierre Robin
- Σύνδρομο diGeorge

Καταστάσεις με σκελετικές και κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες

- Αχονδροπλασία
- Ατρησία χοανών
- Υπερωισχιστίες (χειρουργημένες ή μη)

Γενετικές και μεταβολικές διαταραχές

- Σύνδρομο Down
- Βλεννοπολυσακχαριδώσεις
- Σύνδρομο Prader-Willi
- Υποθυρεοειδισμός

Άλλες καταστάσεις

- Διαταραχές στελέχους και κατώτερων κρανιακών νεύρων
- Δυσπλασία Chiari I
- Παχυσαρκία
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία

Σε ήπιες μορφές αποφρακτικής υπνικής άπνοιας μπορεί αρχικά να χορηγηθούν τοπικά στεροειδή υπό την μορφή ρινικών spray. Σε μετρίου και σοβαρού βαθμού το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση είναι η αδενοειδεκτομή και αμυγδαλεκτομή. Συνήθως υπάρχει μεγάλη βελτίωση μετά την επέμβαση. Όμως πρέπει να συνεχίζεται η παρακολούθηση των παιδιών λόγω πιθανής υποτροπής (ιδιαίτερα σε παιδιά μικρότερης ηλικίας). Σπάνια, εάν οι άπνοιες επιμένουν μετά την επέμβαση, χρησιμοποιούνται συσκευές θετικής πίεσης (PAP, BiPAP).

Κεντρική άπνοια

Η κατάσταση αυτή συμβαίνει όταν κατά την άπνοια – διάρκειας τουλάχιστον 20 δευτερολέπτων – απουσιάζει η αναπνευστική προσπάθεια, όπως αυτή αποτυπώνεται πολυπνογραφικά. Η αιτιολογία της κεντρικής άπνοιας ποικίλει και είτε οφείλεται σε ανωριμότητα του κέντρου ελέγχου της αναπνοής (κατάσταση συχνή στην προωρότητα), είτε σε βλάβη του στελέχους (συγγενής ανωμαλία, υδροκεφαλία, όγκος, εγκεφαλίτιδα, συριγγομυελία, δυσπλασία Chiari I).

Η κεντρική άπνοια στα πλαίσια ανωριμότητας βελτιώνεται με το χρόνο και εξαφανίζεται αυτόματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί φαρμακευτικά με καφεΐνη. Στις περιπτώσεις πιεστικού φαινομένου του στελέχους (υδροκεφαλία, Chiari I, όγκος) η αποκατάσταση είναι χειρουργική.

Διαταραχές κινητικής συμπεριφοράς στον ύπνο

Παραϋπνίες

Οι παραϋπνίες παρεμβάλλονται στον ύπνο χωρίς όμως να διαταράσσουν την ποσότητα και την ποιότητά του. Τα επεισόδια αυτά συμβαίνουν κατά τη μετάβαση από τη φάση NREM στη φάση REM του πρώτου κύκλου, 60–90 λεπτά μετά την εισαγωγή του ύπνου και εξορμούνται από το στάδιο βραδίων κυμάτων. Η αφύπνιση σε στάδιο βραδίων κυμάτων προκαλεί μια συγχυτική κατάσταση κατά την οποία το παιδί κάθεται στο κρεβάτι του, δεν ανταποκρίνεται, κλαίει ακατάπαυστα, αρθρώνει λέξεις χωρίς νόημα (όχι, φύγε) χωρίς να έχει συμπτώματα από το αυτόνομο σύστημα (“flushing”, έντονη εφίδρωση). Το επεισόδιο διαρκεί 5–30 λεπτά και στη συνέχεια το παιδί κοιμάται αυτόματα χωρίς να έχει καμία ανάμνηση του επεισοδίου. Η ανωτέρω συμπτωματολογία χαρακτηρίζει τον **νυχτερινό τρόπο** που εμφανίζεται σε παιδιά πρώιμης σχολικής ηλικίας ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους το φαινόμενο μπορεί να επιπλακεί και με **υπνοβασία** (βλ. Γράφημα 5.1). Οι παραϋπνίες εμφανίζονται πιο συχνά όταν υπάρχει έντονη συναισθηματική φόρτιση, στέρηση ύπνου, πυρετός κλπ.

Οι NREM παραϋπνίες συχνά συγχέονται με τους νυχτερινούς επιληπτικούς σπασμούς. Στον Πίνακα 5.5 αναγράφονται τα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία μεταξύ των δύο καταστάσεων.

Όταν τα επεισόδια είναι αραιά, σπάνια χρειάζονται αντιμετώπιση πέρα από τη διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος. Ιδιαίτερα για την υπονοβασία συνιστάται η ασφάλιση παραθύρων και εξόδων. Συχνά επεισόδια πρέπει να διερευνώνται με video-ηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή και πολυυπνογραφία και να αντιμετωπίζονται με αποφυγή ή θεραπεία των εκλυτικών καταστάσεων που συνήθως τα πυροδοτούν

Πίνακας 5.5

Διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία μεταξύ παραϋπνιών και νυχτερινών επιληπτικών επεισοδίων.

Στοιχεία	NREM παραϋπνίες	Επιληπτικά φαινόμενα
Έναρξη	Στο 1ο τρίτο του ύπνου, συνήθως 90 λεπτά μετά την κατάκλιση	Τυχαία μέσα στη νύχτα (υπναγωγικά ή υπναπομυικά δηλ. κατά την αποδρομή του ύπνου)
Σημειολογία	Συγχυτική αφύπνιση, ακατάσχετο κλάμα, υπονοβασία, ασυνάρτητη ομιλία Απουσία αυστηρής στερεοτυπίας	Απότομη αφύπνιση, υπερκινητική συμπεριφορά συνήθως στερεότυπη, τονικά στοιχεία, παρεκκλίσεις οφθαλμών, επαναλαμβανόμενες κινήσεις
Διάρκεια επεισοδίου	5–20 λεπτά	1–3 λεπτά
Θεραπεία	Αποφυγή/θεραπεία εκλυτικών καταστάσεων Προγραμματισμένες αφυπνίσεις	Αντιεπιληπτική αγωγή

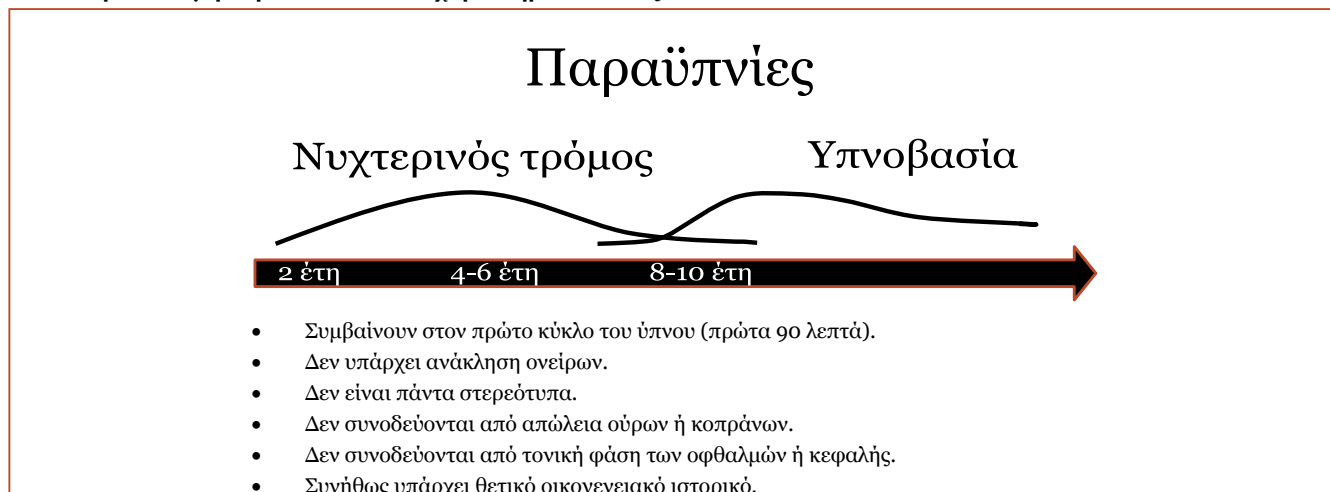
(άγχος, αποφρακτική υπνική άπνοια, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, σύνδρομο ανήσυχων άκρων). Όταν τα επεισόδια συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα (>2–3 φορές/εβδομάδα) μπορούν εύκολα να προβλεφθούν χρονικά και να εφαρμοστεί θεραπευτικό πλάνο με προγραμματισμένες αφυπνίσεις πριν το αναμενόμενο επεισόδιο. Η τακτική αυτή είναι αποτελεσματική στο 50–60% των περιπτώσεων. Σε δυσκολότερες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει υπονοβασία και κίνδυνος ατυχήματος, η χορήγηση κλοναζεπάμης για μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να είναι βοηθητική.

Σύνδρομο των ανήσυχων άκρων

Το σύνδρομο των ανήσυχων άκρων αποτελεί μια αισθητικοκινητική διαταραχή που μεταβιβάζεται με το σωματικό επικρατούντα τύπο, όπου οι ασθενείς παρπονιούνται για αλλόκοτο αίσθημα που περιγράφεται ως «έρποντα φρίκια» στα κάτω άκρα. Το αίσθημα αυτό εμφανίζεται κυρίως το απόγευμα ή το βράδυ. Ο ασθενής δεν μπορεί να συγκρατήσει τα πόδια του ακίνητα και έχει έντονη παρόρμηση να τους αλλάξει θέση. Η διαγνωστική υποψία στηρίζεται στην κλινική σημειολογία και το θετικό οικογενειακό ιστορικό και επιβεβαιώνεται με την πολυυπνογραφική μελέτη, όπου καταγράφεται περιοδική κινητικότητα των κάτω άκρων κυρίως στο στάδιο I και II του ύπνου. Η κατάσταση αυτή παρεμβαίνει στην αρχιτεκτονική του ύπνου επηρεάζοντας την έναρξη αλλά και τη διατήρησή του. Η κατάσταση αν και όχι σπάνια στα παιδιά (προσβάλλει το 2% αυτών) σαφώς υποδιαγιγνώσκεται και συχνά σχετίζεται με σιδηροπενική αναιμία ή απλά και μόνο με χαμηλή φερριτίνη. Αρχική θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί η χορήγηση σιδήρου με σκοπό τη διατήρηση της φερριτίνης > 50μg/L. Σε ανθεκτικές περιπτώσεις, η χορήγηση γκαμπαπεντίνης σε συνδυασμό με αγωνιστές της ντοπαμίνης μπορεί να βοηθήσει.

Γράφημα 5.1

Ηλικιακή κατανομή παραϋπνιών και τα χαρακτηριστικά τους.



Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Arnulf I, Rico TJ, Mignot E. Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. *Lancet Neurol.* 2012; 11:918–28.
- 2) Dijk DJ, Duffy JF. Circadian regulation of human sleep and age-related changes in its timing, consolidation and EEG characteristics. *Ann Med.* 1999; 31:130–40.
- 3) Gozal D. Obstructive sleep apnea in children: implications for the developing central nervous system. *Semin Pediatr Neurol.* 2008; 15:100–6.
- 4) Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics.* 2003; 111:e17–25.
- 5) Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, et al. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics.* 2003; 111:302–7.
- 6) Kotagal S. Treatment of dyssomnias and parasomnias in childhood. *Curr Treat Options Neurol.* 2012; 14:630–49.
- 7) Lin L, Faraco J, Li R, Kadotani H, et al. The sleep disorder canine narcolepsy is caused by a mutation in the hypocretin (orexin) receptor 2 gene. *Cell.* 1999; 98:365–76.
- 8) Nevsimalova S, Pisko J, Buskova J, et al. Narcolepsy: clinical differences and association with other sleep disorders in different age groups. *J Neurol.* 2013; 260:767–75.
- 9) Sheldon S, Ferber R, Kryger M. *Pediatric Sleep Medicine Principles and Practice.* Elsevier Saunders. 2005
- 10) Turek FW, Gillette MU. Melatonin, sleep, and circadian rhythms: rationale for development of specific melatonin agonists. *Sleep Med.* 2004; 5:523–32.
- 11) Vassalli A, Dijk DJ. Sleep function: current questions and new approaches. *Eur J Neurosci.* 2009; 29:1830–41.

5.5. Διαταραχή καθ' ἑξιν κινήσεων (τικ)

Οι καθ' ἑξιν κινήσεις (τικ) είναι κινήσεις που εύκολα μπορούν να παρατηρηθούν αλλά δύσκολα να περιγραφούν. Συνήθως είναι απότομες, επαναλαμβανόμενες, άρρυθμες και στερεότυπες κινήσεις που αφορούν οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Τα τικ διακρίνονται σε **κινητικά** και **φωνητικά**, **απλά** και **σύνθετα**. Τα **απλά** είναι σύντομα σε διάρκεια και συνήθως περιλαμβάνουν μία μόνο ομάδα μυών. Τα **σύνθετα** έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και περιλαμβάνουν συνδυασμό κινήσεων, οι οποίες συχνά δίνουν την εντύπωση ότι έχουν συγκεκριμένο σκοπό. Τα σύνθετα τικ μπορεί να εκδηλώνονται στα πλαίσια στερεοτυπίας ή εμμονικής καταναγκαστικής διαταραχής. Ορισμένα παραδείγματα αναγράφονται στον Πίνακα 5.6.

Κοινό χαρακτηριστικό των τικ είναι ότι, ενώ στην πραγματικότητα είναι ακούσιες κινήσεις, μπορούν να κατασταλούν βουλητικά για μικρό χρονικό διάστημα, όταν ζητηθεί από τον ασθενή, αλλά στη συνέχεια επανέρχονται με ακόμη μεγαλύτερη ένταση. Η έναρξη των τικ συνήθως συμπίπτει με ένα πραγματικό αισθητικό ερέθισμα, όπως παραμονή βλεφαρισμών μετά από επιπεφυκίτιδα, παραμονή ξηρού βήχα μετά από βρογχίτιδα, «ρουθουνίσματα» μετά από ρινίτιδα, τίναγμα της κεφαλής μετά από θλάση στην τραχηλική χώρα. Για αυτό το λόγο δεν είναι σπάνιο τα παιδιά αυτά να ελέγχονται εξωνυχιστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η διαταραχή τικ αποτελεί μια χρόνια γενετικά προκαθορισμένη νευροψυχιατρική προδιάθεση, πιθανότατα νευροδιαβιβαστικού τύπου, όπου η αποφόρτιση του άγχους επιτελείται με ακούσιες κινήσεις. Η συχνότητα ποικίλλει και το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η εμφάνιση της διαταραχής με εξάρσεις και υφέσεις. Οι εξάρσεις συνήθως συμπίπτουν με περιόδους άγχους. Παρόλα αυτά, η επιδείνωση μπορεί να εμφανιστεί στην περίοδο των διακοπών. Αυτό συμβαίνει γιατί η καθημερινότητα και το δομημένο πρόγραμμα δρα πολλές φορές προστατευτικά, ενώ η απουσία του μπορεί να αγχώσει το παιδί ακόμη περισσότερο. Παρόμοια διακύμανση της συχνότητας υπάρχει κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπου τα τικ μειώνονται όταν το παιδί είναι συγκεντρωμένο σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα σχολική ή εξωσχολική. Αντίθετα, γονείς αναφέρουν ότι τα τικ εμφανίζονται πολύ έντονα τις απογευματινές ώρες, όταν τα παιδιά χαλαρώνουν ιδιαίτερα μπροστά στην τηλεόραση ή στην οθόνη του υπολογιστή. Αυτό συμβαίνει γιατί στο οικείο περιβάλλον εξασθενεί η προσπάθεια καταστολής, η οποία

είναι συνεχής όταν βρίσκονται στο σχολείο με άλλα παιδιά.

Αν και πολλοί γονείς παιδιών με τικ αναφέρουν ότι και αυτοί παρουσίαζαν τικ όταν ήταν παιδιά, δεν έχει βρεθεί σαφής γενετικός τύπος που να αποδεικνύει την κληρονομικότητα. Περιβαλλοντικά αίτια ενδέχεται, επίσης, να παίζουν ρόλο σε ορισμένες περιπτώσεις. Η πιο γνωστή θεωρία, αν και συζητήσιμη, που συνδέει περιβαλλοντικά αίτια με την ανάπτυξη τικ είναι αυτή που αφορά στο ρόλο των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων.

Η διαταραχή αντιπροσωπεύει ένα κλινικό φάσμα εκδηλώσεων με μεγάλο εύρος από την περιστασιακή διαταραχή ως στο σύνδρομο Tourette.

Περιστασιακή διαταραχή τικ

Είναι η πιο ελαφρά μορφή και σχετικά συχνή στα παιδιά σχολικής ηλικίας με συχνότητα 5–25% (περίπου 1–3 σε κάθε τάξη). Για τη διάγνωση είναι απαραίτητο η διάρκεια των τικ να είναι μικρότερη του έτους. Η πορεία συνήθως δεν είναι συνεχής, αλλά παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις. Τα τικ μπορεί να είναι πολλαπλά και κυρίως απλά κινητικά ή απλά φωνητικά.

Χρόνια διαταραχή τικ

Μπορεί να αποτελεί εξέλιξη της περιστασιακής διαταραχής τικ. Η διάρκεια είναι μεγαλύτερη του έτους. Και σε αυτή την κατηγορία επίσης εμφανίζονται κινητικά ή φωνητικά τικ. Δεν υπάρχει ακριβής τρόπος πρόβλεψης ως προς το ποιά παιδιά με περιστασιακή διαταραχή θα μεταπέσουν στη χρόνια μορφή.

Σύνδρομο Tourette

Το σύνδρομο Tourette αποτελεί νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών κινητικών τικ σε συνδυασμό με τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Χαρακτηριστικά συχνά συνοδεύεται από κοπρολαλία. Βασική προϋπόθεση είναι ότι το παιδί δεν παρέμεινε χωρίς τικ για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών. Η συχνότητά είναι 1% με υπεροχή των αγοριών. Η ηλικία πρώτης εμφάνισης είναι τα 5–7 έτη με κορύφωση τα 10–12 έτη.

Η πρόγνωση είναι καλή αφού το 1/3 των περιπτώσεων θα απαλλαγεί πλήρως από τα τικ μετά την εφηβεία, στο 1/3 τα τικ θα μειωθούν σημαντικά και τα παιδιά μαθαίνουν να τα διαχειρίζονται και το 1/3 θα συνεχίσει να παρουσιάζει τικ και στην ενήλικη ζωή. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στο σύνδρομο Tourette υπάρχει σημαντική συννοσηρότητα με νευροψυχιατρικές καταστάσεις, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας ή εμμονική καταναγκαστική συμπεριφορά, καταστάσεις που δημιουργούν επιπρόσθετο πρόβλημα στην αντιμετώπιση.

Διάγνωση

Η διάγνωση των τικ είναι κλινική και τις περισσότερες φορές αρκεί το ιστορικό και η επισκόπηση των κινήσεων κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή ανασκόπηση ενός βίντεο. Σπάνια, οι κινήσεις είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστούν από άλλες κινησιακές διαταραχές, όπως μυοκλονίες και δυσκινησίες (χορεία, αθέτωση, δυστονία).

Η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική χωρίς νευρολογική σημειολογία. Γι' αυτό δεν είναι απαραίτητος ο εκτεταμένος μεταβολικός και νευροαπεικονιστικός έλεγχος. Οι εξετάσεις, όταν χρειάζονται, είναι συνήθως αιματολογικές (θυρεοειδικός έλεγχος, φερριτίνη), ενώ το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σπανίως είναι απαραίτητο και θα πρέπει να γίνεται όταν τα τικ είναι μυοκλονικού τύπου, οι κινήσεις αυστηρώς ετερόπλευρες και όταν οι ίδιες κινήσεις παρατηρούνται στον ύπνο.

Πίνακας 5.6

Είδη τικ.

Απλά κινητικά τικ	Σύνθετα κινητικά τικ
• Βλεφαρισμοί • Ανασθήκωμα φρυδιών-μετώπου • Απόκλιση βλέμματος στα πλάγια • Κίνηση “τινάγματος” κεφαλής • Σούφρωμα χειλιών • Τέντωμα λαιμού • Άνοιγμα στόματος • Ανασθήκωμα ώμων • Διάφορες συσπάσεις προσώπου-“γκριμάτσες”	• Συστροφή μελών σώματος ή προσώπου • Αναπηδήματα • Διάφορες χειρονομίες (αγγίγματα άλλων προσώπων ή πραγμάτων) • Διάφορες παράδοξες ενέργειες όπως τράβηγμα των ρούχων ή να μυρίζουν με στερεοτυπικό τρόπο διάφορα αντικείμενα ή άλλα άτομα κ.λπ.
Απλά φωνητικά τικ	Σύνθετα φωνητικά τικ
• «Καθάρισμα» του λαιμού • Βήχας (συνήθως ξηρός) • Ρούφηγμα της μύτης • Αναστεναγμός • Σύντομη διαπεραστική κραυγή • Υλακή	• Συλλαβές, φράσεις • Φωνές • Ηχολαλία (άμεση επανάληψη ήχου, λέξης ή φράσης που έχει πει κάποιος άλλος) • Παλιολαλία (άμεση επανάληψη λέξεων που έχει πει το ίδιο άτομο) • Κοπρολαλία (μη κοινωνικά αποδεκτές λέξεις ή φράσεις που εκφράζονται αυτόματα και χωρίς εκλυτικό παράγοντα)

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση των τικ και του συνδρόμου Tourette είναι πολυπαραγοντική. Σε περιπτώσεις απλών παροδικών τικ, η ενημέρωση και πληροφόρηση των γονέων, του ίδιου του παιδιού αλλά και ατόμων του περιβάλλοντός του (εκπαιδευτικών, φίλων κλπ) για τη φύση της διαταραχής, την καλή πρόγνωση και την αντιμετώπισή της είναι αρκετή. Οι γονείς δεν θα πρέπει να σχολιάζουν την κατάσταση, ούτε να επιπλήττουν τα παιδιά. Η συνήθης τακτική της συνεχούς ενασχόλησης με τα τικ τα επιδεινώνει. Σε περιπτώσεις που αυτά επιμένουν, μπορεί να βοηθήσει η ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού, σε συνδυασμό πάντα με τη συμβουλευτική των γονέων. *Πρέπει, όμως, να αποφεύγεται η υπέρμετρη ιατροκοποίηση του προβλήματος καθώς αυτή μπορεί να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.*

Η ψυχολογική υποστήριξη έχει ως στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του παιδιού, την εύρεση τρόπων χαλάρωσης του stress και την εκμάθηση τρόπου διαχείρισης των τικ. Είναι σημαντικό να δίνεται χώρος και χρόνος στα παιδιά να εκδηλώνουν τα τικ τους χωρίς να ποινικοποιούνται.

Περιπτώσεις που μπορεί να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή:

- Πολλαπλά κινητικά και φωνητικά τικ που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του παιδιού (δεν πάει σχολείο, αποφεύγει δραστηριότητες).
- Διαταραχή τικ σε έξαρση με έντονη ψυχολογική φόρτιση γονέων, που έχει σαν αποτέλεσμα την αποδόμηση της οικογενειακής συνοχής.
- Σύμπλοκα κινητικά τικ που προκαλούν τραυματισμό.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Makki MI, Behen M, Bhatt A, Wilson B, Chugani HT. Microstructural abnormalities of striatum and thalamus in children with Tourette syndrome. *Mov Disord.* 2008; 23:2349–56.
- 2) Pringsheim T, Steeves T. Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; CD007990.
- 3) Specht MW, Woods DW, Piacentini J, Scahill L, Wilhelm S, Peterson AL, Chang S, Kepley H, Deckersbach T, Flessner C, Buzzella BA, McGuire JF, Levi-Pearl S, Walkup JT. Clinical Characteristics of Children and Adolescents with a Primary Tic Disorder. *J Dev Phys Disabil.* 2011; 23:15–31.
- 4) Shaw ZA, Coffey BJ. Tics and tourette syndrome. *Psychiatr Clin North Am.* 2014; 37:269–86.
- 5) Worbe Y, Malherbe C, Hartmann A, Péligrini-Issac M, Messé A, Vidailhet M, Lehericy S, Benali H. Functional immaturity of cortico-basal ganglia networks in Gilles de la Tourette syndrome. *Brain.* 2012; 135:1937–46.

5.6. Διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης

Ο ρόλος των αισθήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αναπτυξιακή εξέλιξη. Ο άνθρωπος πειραματίζεται και μαθαίνει τον κόσμο γύρω του μέσα από τις αισθήσεις, καθώς αποτελούν τη μοναδική πηγή πρόσληψης πληροφορίας από το περιβάλλον. Ο Αριστοτέλης αναγνωρίζοντας τον ιδιαίτερο ρόλο των αισθήσεων στην οργάνωση του εγκεφάλου είχε πει: *«οὐδὲν ἐν τῇ νοήσει, ὁ μὴ πρότερον ἐν τῇ αἰσθήσει»*, δηλαδή δεν υπάρχει τίποτε στη νόηση που να μην προϋπήρχε ως αίσθηση.

Εκτός από τις πέντε βασικές αισθήσεις: **γεύση, όραση, ακοή, αφή και όσφρηση**, δύο επιπλέον αισθητηριακά συστήματα είναι πολύ σημαντικά για την ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργεί μέσα στον κόσμο που τον περιβάλλει. Πρόκειται για το **αιθουσαίο σύστημα** που συμβάλει στην αίσθηση της κίνησης (ρυθμίζοντας τη θέση του σώματος σε σχέση με τη βαρύτητα, τη στάση, την ισορροπία και τη διατήρηση ενός σταθερού οπτικού πεδίου, ενώ ταυτόχρονα επεξεργάζεται γραμμικές, στροφικές κινήσεις της κεφαλής και συμβάλλει στο χωρικό προσανατολισμό) και την **ιδιοδεκτικότητα** που δίνει πληροφορίες για την αίσθηση της θέσης του σώματος στο χώρο που προέρχεται από τους υποδοχείς που υπάρχουν στους τένοντες, στους μύες, τις αρθρώσεις και τους συνδέσμους. Η ανάπτυξη των αισθήσεων αρχίζει από την ενδομήτρια ζωή. Έτσι, το έμβρυο γεύεται αλλά και μυρίζει το αμνιακό υγρό. Δέχεται απτικά ερεθίσματα από τα περιβλήματα της μήτρας. Το αιθουσαίο του σύστημα διεγείρεται συνεχώς καθώς «κολυμπάει» στο αμνιακό υγρό, βρίσκεται σε συνθήκες βαρύτητας και επιτάχυνσης καθώς «περπατάει» με τη μητέρα του. Η ακοή του εξασκείται από τους ενδομήτριους ήχους (κίνηση του αίματος στα μεγάλα αγγεία της μητέρας, ήχοι της καρδιάς της, η υπόκωφη φωνή της) και βλέπει αρκετά, αν και οι οπτικές του αναφορές μέσα στο σκοτεινό χώρο της μήτρας είναι ελάχιστες.

Μετά τη γέννηση, το νεογνέντο είναι εφοδιασμένο με όλες τις αισθήσεις σε αναμονή εισροής αισθητηριακών πληροφοριών, ώστε να καταγράψει και να επεξεργαστεί, για να μπορέσει στη συνέχεια να ανακαλύψει τον κόσμο γύρω του.

Ο εγκέφαλος δέχεται συνεχώς ποικίλες αισθητηριακές πληροφορίες από το σώμα και το περιβάλλον. Τα στοιχεία από τα διαφορετικά αισθητηριακά συστήματα ερμηνεύονται, συσχετίζονται μεταξύ τους και ενοποιούνται. Η νευροβιολογική διαδικασία που οργανώνει τα εισερχόμενα αισθητηριακά ερεθίσματα από το

σώμα και το περιβάλλον ονομάζεται **αισθητηριακή ολοκλήρωση** (ο όρος “Αισθητηριακή Ολοκλήρωση” αναφέρεται σε ένα θεραπευτικό μοντέλο που αναπτύχθηκε από μια εργοθεραπεύτρια και ψυχολόγο, την Α. Jean Ayres, το 1970). Μέσα από αυτή τη διεργασία, καθίσταται δυνατή η ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει και να οργανώνει τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον με προσαρμοστικό τρόπο, ώστε να μπορεί να σχεδιάσει την κίνηση και να οργανώσει τη συμπεριφορά, αντιμετωπίζοντας έτσι με επιτυχία τις καθημερινές προκλήσεις και διευκολύνοντας ταυτόχρονα τη διαδικασία μάθησης.

Η διαδικασία της αισθητηριακής ολοκλήρωσης ακολουθεί μια αναπτυξιακή πορεία κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί να υπάρξουν ελλείμματα. Όταν το άτομο παρουσιάζει **διαταραχές στην επεξεργασία και συννοργάνωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων** διαταράσσεται η οργάνωση και εκτέλεση της **συμπεριφοράς** του και επηρεάζεται η **μάθηση σε γνωστικό, κινητικό και συναισθηματικό επίπεδο**.

Ο όρος **διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης** αναφέρεται σε δυσκολίες στη ρύθμιση των αντιδράσεων σε καθημερινά αισθητηριακά ερεθίσματα, στα οποία οι περισσότεροι άνθρωποι εύκολα προσαρμόζονται με ένα βαθμιαίο τρόπο, ανάλογο με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι **διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης** είναι μια κατάσταση που το άτομο υπό- ή υπέρ- αντιδρά στα ερεθίσματα που προέρχονται από το σώμα ή από το περιβάλλον, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η συμπεριφορά που εκδηλώνει εκείνη τη στιγμή να μην αντανακλά στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Περίπου 5% των παιδιών του νηπιαγωγείου πληρούν τα κριτήρια για **διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης**, σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους. Παραδείγματα συμπεριφορών που συνδέονται με διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης και αναφέρονται συχνά από τους γονείς είναι το παιδί να:

- Αποφεύγει το άγγιγμα/την επαφή.
- Μη θέλει να αγγίξει πλαστελίνη, δακτυλομπογιές.
- Αντιδρά άσχημα στο λούσιμο, το πλύσιμο των δοντιών, το βούρτσισμα των μαλλιών.
- Δυσκολεύεται σε σχέση με τα ρούχα, π.χ. υφή, ετικέτες, ραφές.
- Έχει σημαντικές δυσκολίες στο φαγητό, π.χ. υφή, θερμοκρασία.
- Φοβάται ή να δείχνει έντονη ενόχληση από θορύβους ή ξαφνικούς ήχους που δεν είναι απαραίτητα δυνατοί.
- Φοβάται σκάλες, τα ύψη, την κίνηση.

- Γυρίζει γύρω-γύρω για πολύ ώρα χωρίς να ζαλίζεται.
- Βάζει συχνά αντικείμενα στο στόμα του.
- Θέλει να μυρίζει τα πάντα.
- Μην παρατηρεί πως έχει χτυπήσει ή κοπεί.
- Μην αντιδρά σε ξαφνικούς ή έντονους ήχους στο περιβάλλον του.

Επιπλέον, τις *διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης* μπορεί να συνοδεύουν μικρό εύρος συγκέντρωσης, δυσκολία στη μάθηση συγκεκριμένων θεμάτων στο σχολείο, ακατάστατο γράψιμο, δυσκολία να ακολουθήσει οδηγίες, αδυναμία να καθίσει ήσυχο στη διάρκεια του μαθήματος ή του γεύματος, έλλειψη συντονισμού στα αθλήματα, αδυναμία να κάνει και να διατηρήσει φίλους, χαμηλή λειτουργικότητα και συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σαφώς, οι διαταραχές αυτές δεν είναι η μόνη αιτία που τα παιδιά έχουν δυσκολία στη μάθηση, την προσοχή, την κίνηση και στη συμπεριφορά. Εάν όμως υπάρχουν, τότε χρειάζεται κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση που να αντιμετωπίζει τις υποκείμενες δυσλειτουργίες, ώστε να βελτιωθούν οι δυσκολίες.

Σημεία ενδεικτικά δυσκολιών αισθητηριακής ρύθμισης

Αυξημένη ή μειωμένη ευαισθησία σε αισθητηριακά ερεθίσματα

Στην περίπτωση της αυξημένης ευαισθησίας το παιδί αποφεύγει και στην περίπτωση της μειωμένης ευαισθησίας αναζητά ερεθίσματα με συμπεριφορές όπως:

- Αποστροφή ως προς κάποιες μορφές απτικών ερεθισμάτων ή υφές που δεν είναι ενοχλητικές για τα περισσότερα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Έτσι, το παιδί μπορεί να αποφεύγει τα αγγίγματα στο πρόσωπο, δείχνει ασυνήθιστη δυσανεξία στο λούσιμο των μαλλιών, τραβιέται μακριά όταν το αγκαλιάζουν ή του δίνουν ένα ελαφρύ χτύπημα στον ώμο, αποφεύγει τη σωματική επαφή με τους φίλους, δεν του αρέσει η επαφή με την άμμο, τις δακτυλομπογιές, την κόλλα, ή άλλα παρόμοια υλικά, δείχνει αρνητικές αντιδράσεις σε συγκεκριμένους τύπους ρούχων ή στις ετικέτες κλπ.
- Ασυνήθιστη φοβία στην κίνηση και/ή στα ύψη, που συνήθως δεν τρομάζουν τα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας. Έτσι, το παιδί μπορεί να αγκωνεται πολύ όταν το σηκώνουν από το έδαφος ή να δείχνει υπερβολικό φόβο όταν βρίσκεται σε ύψος, με αποτέλεσμα να αντιδρά πολύ αρνητικά στις κυλιόμενες σκάλες ή στο ασανσέρ.
- Μεγαλύτερη από το αναμενόμενο ευαισθησία σε κάποιους ήχους, γεύσεις, οσμές, ή φώτα.

Έτσι, το παιδί μπορεί να καλύπτει τα αυτιά του σε συγκεκριμένους θορύβους που δεν είναι απαραίτητα δυνατοί, να μυρίζει τα πάντα, να αποφεύγει κάποιους τύπους φωτισμού, να είναι πολύ επιλεκτικό στο φαγητό του (υφή, σύσταση, θερμοκρασία, χρώμα).

- Τάση να αναζητά συγκεκριμένους τύπους αισθητηριακής εμπειρίας, με τρόπο υπερβολικό ή ασυνήθιστο. Έτσι, το παιδί μπορεί να είναι σε συνεχή κίνηση, μπορεί να έχει την τάση να ακουμπά, να σπρώχνει ή να τρυπώνει, επιζητά να αγγίζει πολλά πράγματα ή βάζει συχνά αντικείμενα στο στόμα του.

Αντιδράσεις που υποδηλώνουν ανεπαρκή αισθητηριακή αντίληψη όπως:

- Μειωμένη αντίδραση σε σημαντικά ερεθίσματα. Έτσι, μπορεί να μην αντιδρά σε ξαφνικούς ή έντονους ήχους στο περιβάλλον του ή να μην αντιδρά σε επώδυνα ερεθίσματα π.χ. δεν δείχνει να παρατηρεί πως έχει χτυπήσει ή κοπεί κλπ.
- Δυσκολία στην ολοκλήρωση δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν την αίσθηση της αφής στο χειρισμό μικρών αντικειμένων, π.χ. να κουμπώσει κουμπιά, να παίξει με παιχνίδια που έχουν μικρά κομμάτια ή να πιάσει και να διατηρήσει τη λαβή στο κουτάλι ή στο μολύβι.
- Σύγχυση στην οπτική διάκριση σχημάτων, γραμμμάτων ή αριθμών.
- Δυσκολία στην ακουστική διάκριση ήχων ή λέξεων.
- Φτωχή αντίληψη σώματος και κακή στάση. Έτσι, μπορεί να λαμβάνει αδέξιες στάσεις όταν κάθεται στην καρέκλα, πέφτει πάνω σε ανθρώπους ή αντικείμενα, δυσκολεύεται στη διαβάθμιση της πίεσης όταν γράφει, με αποτέλεσμα να είναι η γραφή του πολύ έντονη ή απαλή (κακή ποσόστωση δύναμης) κλπ.

Ειδικές δυσκολίες που σχετίζονται με το αισθησιακό σύστημα όπως:

- Δυσκολία σε δραστηριότητες που απαιτούν χρήση και των δύο χεριών ή και των δύο πλευρών του σώματος (αμφίπλευρος κινητικός συντονισμός), όπως να κρατάει το χαρτί στο ένα χέρι ενώ κόβει με το άλλο, να ξύνει το μολύβι, να δένει τα κορδόνια κλπ.
- Υπερβολική αναζήτηση κινητικών δραστηριοτήτων όπως να κουνιέται, να τρέχει και να πηδά, να γυρίζει γύρω-γύρω χωρίς να φαίνεται ότι ζαλίζεται εύκολα ή αποφυγή της οποιας κινητικής δραστηριότητας.

- Πιο συχνές πτώσεις από τα άλλα παιδιά και/ή αναποτελεσματικές προσπάθειες να ανακτήσει την ισορροπία.
- Δυσκολία στη διατήρηση της καθιστής θέσης με αποτέλεσμα να μην κάθεται σωστά στην καρέκλα ή στο θρανίο. Έτσι, μπορεί να γέρνει/ακουμπάει πάνω στο θρανίο, να πέφτει από την καρέκλα κλπ.
- Δυσκολία να διατηρήσει τα μάτια του σε κάτι που κινείται και/ή να αντιγράφει από τον πίνακα ή το τετράδιο.
- Μη εδραιωμένη πλευρίωση μετά την ηλικία των 5 ετών π.χ. συνεχίζει να αλλάζει χέρια όταν ζωγραφίζει ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Δυσκολία στον προσανατολισμό στο χώρο π.χ. μπερδεύει το δεξιά με το αριστερά ή το πάνω με το κάτω.

Δυσκολία στη μάθηση και στο σχεδιασμό κινητικών δεξιοτήτων:

- Αποφεύγει να συμμετέχει σε αθλήματα και άλλες φυσικές δραστηριότητες.
- Έχει την τάση να επιλέγει το ίδιο πάντα παιχνίδι στην παιδική χαρά ή τις ίδιες δραστηριότητες.
- Κάνει διάφορα πράγματα μη αποτελεσματικά.
- Φαίνεται αδέξιο ή άχαρο.
- Έχει δυσκολία να ξεκινήσει ή να τελειώσει δραστηριότητες.
- Έχει δυσκολία να επινοήσει νέες ιδέες για παιχνίδι ή δεν ξέρει πώς να παίξει με τα παιχνίδια.

Δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί εάν τα παιδιά που παρουσιάζουν τα παραπάνω σημεία, που περιγράφονται και ως *διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης*, έχουν μια αμιγώς «διαταραχή» των αισθητηριακών οδών του εγκεφάλου ή εάν αυτά τα ελλείμματα είναι χαρακτηριστικά που σχετίζονται με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές.

Οι υποστηρικτές της θεωρίας της αισθητηριακής ολοκλήρωσης θεωρούν ότι, η μη κατάλληλη ή ελλιμεματική αισθητηριακή επεξεργασία αποτελεί ξεχωριστή αναπτυξιακή διαταραχή. Έτσι, κάποια παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν τα προαναφερθέντα σημεία δυσκολιών στην αισθητηριακή ρύθμιση χωρίς να παρουσιάζουν άλλα αναγνωρίσιμα προβλήματα ή διαγνώσεις. Αρκετά διαγνωστικά εγχειρίδια αναπτυξιακών διαταραχών έχουν αρχίσει να περιλαμβάνουν τις *διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης* ως ξεχωριστή κατηγορία.

Από την άλλη πλευρά, η δυσκολία στην ανοχή ή στην επεξεργασία της αισθητηριακής εμπειρίας είναι ένα χαρακτηριστικό που μπορεί να παρατηρηθεί σε πολλές αναπτυξιακές διαταραχές, όπως είναι οι Δια-

ταραχές Αυτιστικού Φάσματος, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, η Αναπτυξιακή Διαταραχή Κινητικού Συντονισμού και οι Αγχώδεις Διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Οι μέχρι τώρα μελέτες δεν έχουν δείξει ότι η δυσλειτουργία στην αισθητηριακή ρύθμιση υπάρχει ως ξεχωριστή διαταραχή, διαφορετική από τις παραπάνω αναπτυξιακές διαταραχές, ενώ επιπλέον δεν υπάρχει ένα καθολικής αποδοχής πλαίσιο για τη διάγνωση των *διαταραχών αισθητηριακής ρύθμισης*.

Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συστάσεις της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας, **όταν διαπιστώνεται η παρουσία αισθητηριακών συμπτωμάτων σε ένα παιδί, ο παιδίατρος δεν θα πρέπει γενικά να χρησιμοποιεί ως διάγνωση τις «διαταραχές αισθητηριακής ρύθμισης»**. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται προσεκτική εκτίμηση και αξιολόγηση καθώς, άλλες αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να είναι η κύρια διάγνωση και θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση. Συχνά η διαγνωστική εκτίμηση και αξιολόγηση θα πρέπει να ολοκληρώνεται με παραπομπή σε αναπτυξιακό παιδίατρο, παιδονευρολόγο ή παιδοψυχίατρο.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Sensory Integration. Answers for parents. Gina Geppert Coleman, Zoe Mailloux, Susanne Smith Roley. 2004, Pediatric Therapy Network.
- 2) Sensory Integration Therapies for Children With Developmental and Behavioral Disorders. Pediatrics 2012; 129:1186.
- 3) Zero to Three. Early childhood mental health. Διαθέσιμο στο: www.zerotothree.org/child-development/early-childhood-mental-health
- 4) Ahn RR, Miller LJ, Milberger S, McIntosh DN. Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarten children. Am J Occup Ther 2004; 58:287-293.
- 5) Greenspan SI, Wieder S. The interdisciplinary council on developmental and learning disorders diagnostic manual for infants and young children- an overview. J can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008; 17:76-89.

5.7. Διαταραχές σίτισης

Εισαγωγή

Η διατροφή είναι μία βιολογική λειτουργία σημαντική για την επιβίωση και την ανάπτυξη, τόσο τη σωματική όσο και την κοινωνικο-συναισθηματική. Η διαδικασία του φαγητού είναι μία καθημερινή δραστηριότητα που απορροφά μεγάλο μέρος του χρόνου, ιδίως τα πρώτα χρόνια της ζωής. Αποτελεί πηγή ευχαρίστησης αλλά και πεδίο σοβαρών προστριβών μεταξύ γονέων και παιδιού. Η ικανότητα των γονέων να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο.

Παράγοντες που διαμορφώνουν τη σιτιστική συμπεριφορά

- Η κατάσταση της υγείας του παιδιού.
- Το αναπτυξιακό στάδιο.
- Η ιδιοσυγκρασία του παιδιού.
- Η συναισθηματική κατάσταση.
- Η διαθεσιμότητα της τροφής και η έκθεση σε ποικιλία τροφών.
- Οι οικογενειακές διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις.
- Η αλληλεπίδραση παιδιού-γονέων.

Εξέλιξη φυσιολογικών μηχανισμών σίτισης

Η κατάποση αρχίζει από την ενδομήτρια ζωή. Οι μηχανισμοί σίτισης εξαρτώνται από την ανάπτυξη αρχικά αντανάκλαστικών μηχανισμών και στη συνέχεια την ωρίμανση αισθητικοκινητικών μηχανισμών.

Η διαδικασία της σίτισης περιλαμβάνει τις εξής φάσεις:

Προστοματική φάση

Πρόσληψη τροφής και είσοδος της στη στοματική κοιλότητα.

Στοματική φάση

Θηλαστικές κινήσεις. Αντανάκλαστικό κατάποσης. Μάσηση και προώθηση βλωμού στον φάρυγγα.

Φαρυγγική φάση

Προώθηση υγρών ή τροφής στον φάρυγγα.

Κλείσιμο της γλωττίδας, αναστολή αναπνοής, άνοιγμα ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Οισοφαγική φάση

Περισταλτισμός οισοφάγου.

Άνοιγμα κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Προώθηση τροφής στον οισοφάγο.

Γαστρεντερική φάση

Προώθηση τροφής στο στομάχι, λεπτό έντερο.

Πέψη, απορρόφηση.

Αναπτυξιακά στάδια για την κατάκτηση επιτυχούς σίτισης

0–2 μηνών

Συγχρονισμός θηλασμού κατάποσης.

2–4 μηνών

Βγάζει τη γλώσσα σε αναμονή σίτισης.

4–6 μηνών

Έλεγχος κορμού, κεφαλής.

Απλώνει, πιάνει, φέρνει το χέρι στο στόμα.

Κατάργηση αντανάκλαστικής εξώθησης της γλώσσας.

Αποσύνδεση κινήσεων γλώσσας χειλιών.

Παίρνει ημιστερεά τροφή από το κουτάλι.

6–8 μηνών

Μασάει.

Πιάνει την τροφή με τα δάκτυλα. Κρατάει το μπουκάλι.

8–10 μηνών

Κάθεται χωρίς υποστήριξη.

Πιάνει το κουτάλι, δεν το χρησιμοποιεί ακόμα.

Ώριμη σύλληψη με δείκτη-αντίχειρα. Τρώει με τα δάκτυλα.

Κλείσιμο χειλιών, πλάγιες κινήσεις γλώσσας. Απολαμβάνει νέες γεύσεις.

12–15 μηνών

Αρχίζει να χρησιμοποιεί λίγο το κουτάλι.

Ελεγχόμενη περιστροφική μάσηση. Δαγκώνει την τροφή.

Ζητάει να φάει μόνο του.

Πετάει το φαγητό του για να δει που θα πάει.

18–24 μηνών

Βάζει την τροφή με τα χέρια στο κουτάλι και το φέρνει στο στόμα. Μεταφέρει την τροφή με τη γλώσσα από τη μία πλευρά στην άλλη.

Έντονος αρνητισμός. Προσπαθεί να αποκτήσει έλεγχο της κατάστασης.

2–3 ετών

Χρησιμοποιεί το πιρούνι. Του αρέσει να βοηθάει στο τραπέζι.

3–4 ετών

Χρησιμοποιεί σωστά το κουτάλι και το πιρούνι. Συμπεριφέρεται καλά.

4–5 ετών

Σερβίρει το φαγητό του. Δείχνει προτιμήσεις. Θέλει να βοηθά στην προετοιμασία του γεύματος ή στο πλύσιμο των πιάτων.

5–6 ετών

Πιέζει για πρόχειρη τροφή. Διαπραγματεύεται για το καθημερινό μενού.

8–10 ετών

Απολαμβάνει να οργανώνει και να ετοιμάζει απλά γεύματα. Επιφυλακτικότητα απέναντι σε νέες τροφές.

Συχνότητα διαταραχών σίτισης

Περίπου 25% των βρεφών και νηπίων αναφέρεται από τους γονείς ότι έχουν παρουσιάσει προβλήματα κατά τη σίτιση με συχνότερα τα κοιλιακά άλγη, τα παραπεταμένα γεύματα και την άρνηση σε τροφές. Το ποσοστό φτάνει το 80% σε παιδιά με οργανικά και νευροαναπτυξιακά προβλήματα.

Συμπτώματα δυσλειτουργικής σίτισης

Ανορεξία, άρνηση λήψης τροφής, έμετοι στη θέα ή τη λήψη τροφής, δυσφαγία, δυσκολίες μάσησης, κατακράτηση τροφής στο στόμα, εκλεκτικότητα, απέχθεια σε τροφές, φόβος για τη σίτιση, σοβαρές εκρήξεις θυμού στα γεύματα. Σπάνια συμπτώματα ο μηρυκασμός και η αλλοτριοφαγία.

Αίτια σιτιστικών διαταραχών

Υπάρχει μεγάλη αιτιολογική ετερογένεια, όπως φαίνεται από την ποικιλία των συμπτωμάτων και συχνά η κλινική εικόνα είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων που σχετίζονται με το ίδιο το παιδί αλλά και με το περιβάλλον του.

Οργανικά αίτια

- Νευρομυϊκές παθήσεις.
- Παθήσεις γαστρεντερικού συστήματος.
- Ανατομικές διαμαρτίες (μακρογλωσσία, λαγώχειλος, λυκόστομα, τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο).
- Προωρότητα.
- Συστηματικά νοσήματα (συγγενείς καρδιοπάθειες, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα).

Συμπεριφορικά-ψυχολογικά αίτια

- Μετατραυματική εμπειρία.
- Αρνητική εμπειρία σίτισης.
- Περιβαλλοντική συναισθηματική επιβάρυνση.
- Προβλήματα στην αλληλεπίδραση γονέων παιδιού.

Κρίσιμες περίοδοι της ανάπτυξης για εμφάνιση σιτιστικών δυσκολιών**Θηλασμός**

Μέχρι την ηλικία των 4–6 μηνών το βρέφος διαθέτει τη νευρομυϊκή ικανότητα να θηλάζει και να παίρνει μόνο υγρό. Διάφορες καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν την ανταπόκριση της μητέρας στις ανάγκες του βρέφους για τροφή και την επίτευξη κανονικών ρυθμών κατά τη σίτιση:

- Δυσκολίες στη δημιουργία δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί.
- Αγνόηση των ενδείξεων πείνας, κορεσμού που δείχνει το παιδί με τις εκφράσεις του προσώπου του, τις κινήσεις και τις φωνήσεις.
- Μηχανιστική σίτιση: Παραβιάζει την ανάγκη του βρέφους να σιτίζεται όταν αυτό πεινάει (αυτορρύθμιση).
- Προσπάθεια προσαρμογής του βρέφους στις ανάγκες ή στα ωράρια της μητέρας.
- Βρέφη που κοιμούνται για μεγάλα διαστήματα και δεν απαιτούν τροφή.
- Χρήση πιπίλας που συχνά αποτρέπει το θηλασμό.
- Προωρότητα.
- Περιγεννητική νοσηλεία.
- Πολύ βραχύς χαλινός.

Απογαλακτισμός

Η μετάβαση από την υγρή στη στερεά τροφή είναι σημαντικός σταθμός στη διατροφή του παιδιού.

Η προοδευτική μετάβαση στη μικτή διατροφή με γάλα και στερεές τροφές συνιστάται να αρχίζει στον 6^ο μήνα διότι:

- Το γάλα δεν καλύπτει τις διατροφικές ανάγκες του βρέφους μετά τον 6^ο μήνα.
- Το παιδί έχει πλέον την ικανότητα να μασάει τις τροφές.
- Επιβάλλεται η έκθεση σε νέες γεύσεις και υφές τροφών, ώστε να εκπαιδευτεί στις νέες σιτιστικές δεξιότητες.

Συχνά στα θηλάζοντα βρέφη η μετάβαση είναι δύσκολη και απαιτεί πολύ χρόνο. Ο θηλασμός δεν είναι απλά μια μέθοδος σίτισης για το παιδί αλλά πηγή ανακούφισης και ενίσχυσης του δεσμού με τη μητέρα.

Ο απογαλακτισμός περιλαμβάνει διάφορα αναπτυξιακά επιτεύγματα και ακολουθεί συγκεκριμένα στάδια. Η ικανότητα του βρέφους να μην απομυζά την τροφή, αλλά να μπορεί να την πάρει από το κουτάλι, οδηγεί με τη σειρά της το βρέφος στην απόκτηση δεξιοτήτων μάσησης. Έτσι, μπορεί να παίρνει:

- 6 μηνών: Τροφή πολτοποιημένη.
- 7 μηνών: Τροφή μερικώς πολτοποιημένη.
- 9 μηνών: Τροφή χοντροαλεσμένη.
- 10 μηνών: Τροφές που πιάνει με το χέρι και μασά.
- 12 μηνών: Τροφές ψιλοκομμένες.

Σιτιστικά προβλήματα κατά τη μετάβαση στις στερεές τροφές

Ο μηχανισμός επεξεργασίας των στερεών τροφών αναπτύσσεται προοδευτικά μέχρι την ηλικία των 8 ετών. Η απουσία έκθεσης σε ποικιλία στερεών τροφών, κατά την κρίσιμη περίοδο για την εισαγωγή τους, καθυστερεί την κατάκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων και μπορεί να οδηγήσει σε σιτιστικά προβλήματα, συχνά επίμονα.

- Καθυστερημένη εισαγωγή στερεών τροφών λόγω ασθένειας, σίτισης με καθετήρα, αναπτυξιακής καθυστέρησης ή στοματοκινητικής δυσλειτουργίας, μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες ή ακόμα και άρνηση στην αποδοχή πολλών τροφών.
- Καθυστερημένη εισαγωγή των κατάλληλων τροφών για την ανάπτυξη της μάσησης, μπορεί να οδηγήσει σε έκλυση αντανάκλαστικού εμέτου όταν δοθεί στερεά τροφή.
- Απουσία έκθεσης σε νέες γεύσεις και τροφές με διαφορετική υφή, οδηγεί σε επιλεκτική προτίμηση πολύ περιορισμένου εύρους τροφών.
- Πρώιμες δυσάρεστες εμπειρίες στη στοματική κοιλότητα και τον φάρυγγα (πνιγμονή, έμετοι, σίτιση με καθετήρα, ενδοτραχειακή διασωλήνωση, ΓΟΠ), μπορεί να οδηγήσουν σε άρνηση τροφής.
- Στοματοπροσωπική δυσλειτουργία: Το δάγκωμα και το μάσημα της τροφής είναι μία πολυσυντονιστική λειτουργία που απαιτεί υψηλό επίπεδο συντονισμού όλων των οργάνων της στοματικής κοιλότητας (γνάθος, χείλη, παρειές, γλώσσα). Παιδιά με προβλήματα στην αισθητηριακή απαρτίωση δυσκολεύονται στην αποδοχή και επεξεργασία στερεών τροφών.

2-3 ετών

Στον 2^ο χρόνο ζωής επιβραδύνεται ο ρυθμός αύξησης και τα παιδιά μειώνουν σημαντικά την ποσότητα τροφής που παίρνουν. Τα νήπια κινούνται ασταμάτητα, διασπώνται συνεχώς από ερεθίσματα του περιβάλλοντος, έχουν έντονη τάση να αυτονομηθούν, θέλουν να τρώνε μόνο τους, να παίρνουν αποφάσεις και κυρίως να αρνούνται. Γίνονται γκρινιάρικα, δύσκολα και ιδιότροπα. Κατά διαστήματα αποστρέφονται διάφορες

τροφές, τότε τα λαχανικά, τότε το κρέας, τότε το αυγό. Δείχνουν με τον τρόπο τους ότι θέλουν να πάρουν τον έλεγχο στα χέρια τους. Συχνά, δεν ξέρουν τι θέλουν, παγιδευμένα από την αμφιθυμία που χαρακτηρίζει αυτή τη φάση της ανάπτυξης.

Συνηθισμένες προβληματικές συμπεριφορές:

- 33% των βρεφών και 52% των νηπίων δεν πεινάνε την ώρα του γεύματος.
- 42% σταματάνε να τρώνε μετά από μερικές μπουκιές.
- 35% τρώνε πολύ επιλεκτικά.
- 33% εκδηλώνουν έντονη άρνηση για τροφή.

Συχνά προκαλούν τους γονείς τους, προσπαθούν να ελέγξουν τα όρια της αντοχής τους. Έχουν κρίσεις θυμού, πασαλείβουν την τροφή στο τραπέζι, τη φτύνουν και μετατρέπουν το γεύμα σε πεδίο μάχης.

Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να συνεχιστούν και μετά την ηλικία των 5 χρόνων, ιδίως σε παιδιά με δύσκολη ιδιοσυγκρασία.

Κάποια νήπια μπορεί να διατρέφονται μόνο με δύο ή τρεις συγκεκριμένες τροφές, συνήθως όμως αυτός ο περιορισμός στην ποικιλία της τροφής δεν αποτελεί πρόβλημα.

Παιδική ηλικία

Πολλά παιδιά για κάποια περίοδο τρέφονται με πολύ μικρές ποσότητες ή με πολύ περιορισμένη ποικιλία τροφών, χωρίς αυτό να επηρεάζει την ανάπτυξη.

Εφηβεία

Οι έφηβοι σε κάποια φάση καταναλώνουν ασταμάτητα μεγάλες ποσότητες. Η φυσιολογική αυτή συμπεριφορά είναι συνάρτηση του πολύ γρήγορου ρυθμού αύξησης σε αυτήν την περίοδο. Η υπερβολική ανησυχία των γονέων μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση διαταραχών στη διατροφή.

Οι διαταραχές της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, περιγράφονται στα ειδικά κεφάλαια.

Ρόλος των γονέων-αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού κατά τα γεύματα

Ο τρόπος που οι γονείς αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους κατά τα γεύματα, το συναισθηματικό περιβάλλον καθώς και οι πρακτικές που αυτοί εφαρμόζουν, μπορεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις συνήθειες του παιδιού στη σίτιση.

- Πίεση του παιδιού να φάει παρά το ότι αρνείται.
- Βίαιη σίτιση.
- Παρατεταμένα γεύματα.
- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες των γονέων σε σχέση με τη σίτιση (ποσότητες μεγαλύτερες από τις ανάγκες του παιδιού).

- Δυσκολία των γονέων να δεχτούν την τάση αυτονόμησης του παιδιού.
- Υπερβολική ανησυχία για τη διατροφή του παιδιού.
- Συναισθηματικές δυσκολίες των γονέων.
- Γονείς άκαμπτοι και ελεγκτικοί (εμποδίζουν την ανάγκη αυτορρύθμισης στο παιδί).
- Ο τρόπος διατροφής των γονέων μπορεί να ευθύνεται για υπερσίτιση ή παχυσαρκία των παιδιών.
- Μητέρες με ιστορικό διαταραχών σίτισης είναι παρεμβατικές στα γεύματα και τείνουν να έχουν παιδιά με προβλήματα σίτισης.
- Η επιβολή περιορισμών στη διατροφή από τη μητέρα, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της υπερφαγίας σε κορίτσια παιδικής ηλικίας.

Αξιολόγηση από τον παιδίατρο

- Αναζήτηση οργανικών αιτιών δυσφαγίας.
- Έλεγχος αυξητικού ρυθμού.
- Έλεγχος διατροφικής αξίας του διαιτολογίου του παιδιού.
- Ανησυχίες γονέων (θρέψη, θέματα πειθαρχίας).
- Αξιολόγηση διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος.
- Αξιολόγηση αισθητικοκινητικών, στοματοπροσωπικών δεξιοτήτων.
- Τρόπος διαχείρισης των γευμάτων από τους γονείς:
 - έλλειψη ρουτίνας σε σχέση με τα γεύματα.
 - σύγκρουση με το παιδί με θέμα το φαγητό.
- Ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην οικογένεια:
 - κατάθλιψη γονέων.
 - ενδοοικογενειακή βία, χρήση ουσιών.
 - κοινωνική απομόνωση.
 - γονείς που υφίστανται κριτική στο ρόλο τους ή νιώθουν απόρριψη από το παιδί, με αποτέλεσμα θυμό και τελικά παραίτηση από την προσπάθεια.
- Εργαστηριακός έλεγχος όπου επιβάλλεται.

Σημεία ανησυχίας

- Καθυστέρηση ανάπτυξης (απαιτείται διερεύνηση).
- Διατροφικά ελλείμματα.
- Παχυσαρκία.
- Άρνηση στερεάς τροφής, έντονη επιλεκτικότητα.*
- Σοβαρές ιδιοτροπίες, περίεργες διαιτητικές συνήθειες.*
- Αλλοτριοφαγία.

- Έμετοι.
- Άρνηση τροφής λόγω πρώιμου τραύματος.
- Σοβαρές εκρήξεις θυμού κατά τα γεύματα.

* Έλεγχος για διαταραχή αντιστικού φάσματος

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Βασίζονται στην κατανόηση και ενδυνάμωση των φυσιολογικών σιτιστικών προτύπων.

- Οι γονείς πρέπει να ανταποκρίνονται στις ενδείξεις πείνας ή κορεσμού του παιδιού ώστε να αποφεύγονται οι εντάσεις και τα κλάματα.
- Με την έγκαιρη έκθεση σε ποικιλία τροφών αποφεύγεται η αισθητηριακή απέχθεια στις στερεές τροφές.
- Η τροφή να προσφέρεται σε μικρές ποσότητες. Οι γονείς πρέπει να δείχνουν ικανοποιημένοι όταν το παιδί τελειώνει μια μικρή ποσότητα φαγητού.
- Να αποφεύγεται η υπερβολική κατανάλωση υγρών πριν το παιδί φάει μια λογική ποσότητα τροφής.
- Να αποφεύγεται η συνεχής χρήση πιπίλας.
- Οι γονείς επιλέγουν το «τι», «πότε», «πού» θα φάει το παιδί και το παιδί ελέγχει το «πόσο». Έτσι, διευκολύνεται η ικανότητα αυτορρύθμισης.
- Προγραμματισμός των γευμάτων. Αποφυγή αυστηρού χρονοδιαγράμματος.
- Τα γεύματα θα πρέπει να έχουν λογική διάρκεια (έως 30 λεπτά). Στη συνέχεια, η τροφή πρέπει να αποσύρεται και να μην προσφέρεται τίποτε μέχρι το επόμενο γεύμα.
- Σεβασμός της ιδιοσυγκρασίας του παιδιού.
- Οριοθέτηση.
- Διατήρηση χαλαρής ατμόσφαιρας κατά τη διάρκεια του γεύματος, ώστε να γίνει μια ευχάριστη κοινωνική εμπειρία.
- Επιβράβευση θετικών συμπεριφορών: Αρχικά επειδή το παιδί δεν πετάει την τροφή του από το πιάτο, στη συνέχεια επειδή δέχεται να τη δοκιμάσει και τέλος όταν φάει κάποια ποσότητα.
- Οι ανεπιθύμητες συμπεριφορές αρχικά αγνοούνται. Αν όμως το παιδί επιμένει, συνιστάται η διακοπή με ήρεμο τρόπο και για λίγη ώρα της συναλλαγής ανάμεσά τους.
- Αντενδείκνυνται οι δωροδοκίες, οι εκβιασμοί και οι απειλές.
- Τα παιδιά προτυποποιούν τις συμπεριφορές των γονέων και των αδελφών, γι' αυτό συνιστάται να τρώει όλη η οικογένεια το ίδιο φαγητό.

- Σε περιπτώσεις σίτισης με καθετήρα, γαστροστομία κλπ., θα πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν και η σίτιση από το στόμα, ώστε να αναπτυχθούν οι αισθητηριακές και νευρομυϊκές ικανότητες.
- Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ενθαρρύνονται να επιλέγουν το φαγητό τους και να βοηθούν στην προετοιμασία του, καθώς και να προγραμματίζουν και να προετοιμάζουν το μενού που θα σερβίρουν στους φίλους τους.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Le Reverent BJ, Edelson LR, Lovet C. Anatomical, functional, physiological aspects of mastication in early childhood. *Br J Nutr* 2014; 111:403–14.
- 2) Feeding infants and young children. From guidelines to practice. Conclusions and future directions. *Appetite* 2011; 57:839–43.
- 3) Douglas PS. The unsettled baby: crying out for an integrated, multidisciplinary primary care approach. *Med J Aust* 2010; 193:533–536.
- 4) Hall D, Williams J and Elliman D. *The Child Surveillance Handbook*. Third Edition, Radcliffe Publishing Ltd, 2009.
- 5) Forfar and Arneills. *Textbook of Pediatrics*, 2008
- 6) *Eating Behavior Problems*, Centre for community Child Health, Murdoch Children's Research Institute, Australia 2006.
- 7) Anderson JC Ph.D, M.S. *Swallowing and feeding in infants and young children*, 2006.
- 8) GI motility online. Swallowing and feeding in infants and young children. Διαθέσιμο στο: www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html
- 9) Παπαγεωργίου Β.Α. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Κεφάλαιο 8 σελ. 155–160, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2005.
- 10) Rudolph C.F, Thomson D. Feeding disorders in infants and children. *Ped Clin North Am* 2002; 49:97–112.
- 11) ASHA. Speech-Language-Hearing Association. Feeding and swallowing disorders in children. Διαθέσιμο στο: www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children

5.8. Διαταραχές του ελέγχου των σφιγκτήρων

Η επίτευξη του ελέγχου των λειτουργιών της ούρησης και της αφόδευσης και η σωστή χρήση της τουαλέτας αποτελούν ένα σημαντικό αναπτυξιακό επίτευγμα του παιδιού.

Η χρήση της τουαλέτας είναι προϊόν του πολιτισμού και έχει καθιερωθεί μετά την ανάπτυξη οργανωμένων συστημάτων αποχέτευσης, αν και πολλά ζώα ελέγχουν τις λειτουργίες της απέκκρισης με την απομάκρυνσή τους από το χώρο στον οποίο ζουν.

Ο έλεγχος των σφιγκτήρων προϋποθέτει την ακεραιότητα των νευρικών οδών και την ωρίμανση των μηχανισμών ούρησης και αφόδευσης, αλλά απαιτεί επίσης από το παιδί να έχει κατακτήσει την αναπτυξιακή ετοιμότητα που χρειάζεται, καθώς και το κίνητρο ώστε να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των γονέων.

Η αντίδραση του περιβάλλοντος σε αυτήν την περίπλοκη διαδικασία έχει καθοριστική σημασία. Η ηλικία κατάκτησης του ελέγχου των σφιγκτήρων ποικίλει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Δυσλειτουργία σε οποιοδήποτε επίπεδο της σύνθετης αλληλεπίδρασης νευρολογικών μηχανισμών, αναπτυξιακών παραγόντων και αντιδράσεων του περιβάλλοντος, οδηγεί σε προβλήματα ελέγχου των σφιγκτήρων.

Εγκόπριση

Ορισμός

Ως εγκόπριση ορίζεται η αποβολή κοπράνων στα εσώρουχα ή άλλα ακατάλληλα μέρη, συχνότερα από μια φορά τον μήνα και για τρεις τουλάχιστον μήνες, σε παιδιά μεγαλύτερα των τεσσάρων ετών ή αντίστοιχης αναπτυξιακής ηλικίας, χωρίς υποκείμενη οργανική παθολογία.

Τύποι εγκόπρισης

Με κατακράτηση κοπράνων

Συνδυάζεται με δυσκοιλιότητα και ακράτεια από υπερχειλίση. Τα κόπρανα συνήθως δεν είναι σχηματισμένα και μπορεί να υπάρχει συνεχής απώλεια τόσο τις ώρες που το παιδί είναι ξύπνιο όσο και στον ύπνο.

Χωρίς κατακράτηση κοπράνων

Δεν υπάρχει δυσκοιλιότητα. Τα κόπρανα είναι καλά σχηματισμένα και αφόδευση γίνεται στο εσώρουχο συνήθως.

Πολύ σπάνια αφήνονται σκόπια σε απίθανα μέρη ή ακόμα πασαλείβονται στους τοίχους. Εμφανίζεται στα πλαίσια έντονης αντίδρασης προς το περιβάλ-

λον και συχνά σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχή αγωγής ή εναντιωματική αποφευκτική διαταραχή της συμπεριφοράς.

Το παιδί μπορεί να μην έχει ποτέ αποκτήσει τον έλεγχο των σφιγκτήρων, οπότε και πρόκειται για **πρωτοπαθή εγκόπριση** ή το πρόβλημα να εμφανιστεί μετά την επιτυχή αγωγή τουαλέτας, οπότε και πρόκειται για **δευτεροπαθή εγκόπριση**.

Επιδημιολογία

Υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των παιδιών (2/3) το πρόβλημα οφείλεται σε δυσκοιλιότητα. Στις μικρότερες ηλικίες η αναλογία αγοριών/κοριτσιών είναι 1/1 και η συχνότητα δεν ξεπερνά το 5%, ενώ στην ηλικία των 7 ετών η συχνότητα φτάνει στο 1,5% με σημαντική υπεροχή των αγοριών. Περίπου το 1/3 των παιδιών με εγκόπριση ταυτόχρονα παρουσιάζει και ενούρηση.

Λειτουργία της αφόδευσης

Όταν το ορθό πληρωθεί, φυσιολογικά διαστέλλεται από τη μάζα των κοπράνων και συσπάται αντανakλαστικά. Η σύσπαση ενεργοποιεί ανασταλτικές ώσεις προς τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού προκαλώντας την αποβολή του περιεχομένου.

Αναπτυξιακά στάδια για την κατάκτηση του ελέγχου της αφόδευσης

Η αφόδευση στη βρεφική ηλικία είναι αντανakλαστική. Ο έλεγχος της διαδικασίας κατακτάται από το παιδί προοδευτικά. Με την πάροδο του χρόνου μαθαίνει να αναγνωρίζει τα πρώιμα σημεία πλήρωσης του εντέρου.

Αναβάλλει την κένωση, ώστε να εξασφαλίσει τον χρόνο μέχρι την τουαλέτα, συσπώντας τον έξω σφιγκτήρα του ορθού και τους μύες του περινέου.

Όταν καθίσει στην τουαλέτα χαλαρώνουν οι μύες του περινέου, ανοίγει ο έξω σφιγκτήρας, συσπώνται ενεργητικά οι μύες του κοιλιακού τοιχώματος και αυξάνει η ενδοκοιλιακή πίεση με τελικό αποτέλεσμα την έκθλιψη των κοπράνων.

Η συμμετοχή των γονέων σε αυτήν τη διαδικασία έχει καθοριστική σημασία. Αναγνωρίζουν, ακόμη και προβλέπουν από τη συμπεριφορά του παιδιού, τα σημεία που προηγούνται της αφόδευσης. Τα περισσότερα παιδιά όταν αντιλαμβάνονται τις συσπάσεις του ορθού στέκονται ακίνητα και το πρόσωπό τους κοκκινίζει γύρω από τις ρινικές αύλακες και τα μάτια. Αυτή είναι η στιγμή που οι γονείς ενθαρρύνουν το παιδί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα. Τέλος, επιβραβεύουν την επιτυχία και αποθαρρύνουν την αφόδευση σε ακατάλληλα μέρη. Έτσι, η εκπαίδευση των σφιγκτήρων γίνεται μια θετική εμπειρία για το παιδί.

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας οι απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες. Ο χρόνος αναβολής της αφόδευσης εί-

να μεγαλύτερος. Το παιδί πρέπει να νοιώθει σιγουριά ώστε να κοινοποιήσει την ανάγκη του για τουαλέτα και να ζητήσει την άδεια από τον δάσκαλο. Θα πρέπει ακόμα να έχει εξοικειωθεί με τις τουαλέτες του σχολείου και γενικά τις εκτός του σπιτιού του.

Αιτιολογικοί μηχανισμοί και παράγοντες που συνδέονται με την εγκόπριση

Η εκδήλωση της διαταραχής είναι συνήθως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με το παιδί αλλά και το περιβάλλον του.

Τα περισσότερα παιδιά (95%) παρουσιάζουν **λειτουργική δυσκοιλιότητα** με κατακράτηση κοπράνων.

Σε κάποιες περιπτώσεις ενέχονται διαιτητικοί και γενετικοί παράγοντες.

Η **εκούσια κατακράτηση κοπράνων** αποτελεί τον κυριότερο μηχανισμό δυσκοιλιότητας και συνήθως πυροδοτείται από:

- Φόβο της τουαλέτας.
- Φόβο λόγω προηγούμενης επώδυνης αφόδευσης.
- Αντίδραση απέναντι στις μεθόδους αγωγής τουαλέτας.
- Αναβολή της αφόδευσης όταν το παιδί είναι απασχολημένο με το παιχνίδι.

Η κατακράτηση οδηγεί σε παρατεταμένη στάση των κοπράνων, με αποτέλεσμα αφυδάτωση και σκλήρυνση της κοπρανώδους μάζας. Η επώδυνη αποβολή αυτής της μάζας, που συχνά δημιουργεί και ραγάδες, θα οδηγήσει σε φόβο για την αφόδευση και θα προκαλέσει νέα αναστολή, περαιτέρω κατακράτηση και εγκατάσταση της δυσκοιλιότητας.

Η χρόνια φόρτιση από κόπρανα οδηγεί σε μείωση της ευαισθησίας του ορθού στη διάταση, με αποτέλεσμα το παιδί να μην αντιλαμβάνεται την ακούσια χάλαση του έσω σφιγκτήρα από το συσπώμενο έντερο, οπότε και δεν μπορεί να αναστείλει ενεργητικά τη διαφυγή των κοπράνων. Έτσι, προκαλείται συνεχής ροή ρευστών κοπράνων από υπερχειλίση.

Ρόλος της αγωγής τουαλέτας

Ο έλεγχος των σφιγκτήρων αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο στην ανάπτυξη και η επίτευξή του εξαρτάται από το παιδί και τη στάση της οικογένειας. Για να είναι επιτυχής η εκπαίδευση, ώστε να μάθει το παιδί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, πρέπει να έχει κατακτήσει την αναπτυξιακή ικανότητα που απαιτείται και να θέλει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των γονέων του.

Ο έλεγχος των σφιγκτήρων αποτελεί ένα σημαντικό επίτευγμα του παιδιού στη φάση που αγωνίζεται

για την αυτονομία του. Σε αυτήν τη φάση το παιδί κατακλύζεται από αμφιθυμικά συναισθήματα και συχνά αρνείται να δώσει «κάτι δικό του» στους γονείς του που το επιθυμούν. Η πίεση από την πλευρά των γονέων θα μετατρέψει αυτήν τη φυσιολογική διαδικασία σε μάχη με το παιδί επιτείνοντας την άρνηση. Ορισμένοι γονείς έχουν πρόωρες ή υπερβολικές απαιτήσεις για καθαριότητα και η στάση τους είναι άκαμπτη, αυταρχική και συχνά τιμωρητική. Αυτές οι πρακτικές γεννούν αισθήματα θυμού, φόβου, ντροπής και προσωπικής αποτυχίας στο παιδί, με αποτέλεσμα αποστροφή της τουαλέτας και κατακράτηση των κοπράνων.

Παιδιά που έχουν γονείς άβουλους και υποχωρητικούς ή ζουν σε αποδιοργανωμένες ή χαοτικές οικογένειες δεν μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την τουαλέτα, λόγω αδιαφορίας του περιβάλλοντος για την εκπαίδευση και έτσι, συνεχίζουν να λερώνονται πέραν της ηλικίας που αναμένεται να έχουν κατακτήσει τον έλεγχο των σφιγκτήρων.

Διαφωνίες ως προς τον χρόνο και τις μεθόδους εκπαίδευσης μέσα στην οικογένεια δημιουργούν εντάσεις και παγιδεύουν το παιδί.

Η εκπαίδευση διευκολύνεται όταν η προσπάθεια του παιδιού ενισχύεται σταθερά με επιβράβευση.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Στις μικρές ηλικίες γεγονότα όπως ο αποχωρισμός από τη μητέρα, η γέννηση άλλου παιδιού, ο παιδικός σταθμός, θάνατος μέλους της οικογένειας καθώς και ψυχοπιεστικοί παράγοντες μέσα στην οικογένεια λειτούργουν επιβαρυντικά.

Στα μεγαλύτερα παιδιά χωρισμός των γονέων, αλλαγή σχολείου, σπιτιού ή σχολικός εκφοβισμός μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση δευτεροπαθούς εγκόπρισης.

Η εγκόπριση μπορεί να αποτελεί ένδειξη σεξουαλικής κακοποίησης. Στην περίπτωση αυτή το παιδί κατακρατεί τα κόπρανα σαν αντίδραση στον τραυματισμό του πρωκτού ή σαν άμυνα στον κίνδυνο νέας κακοποίησης.

Κλινική αξιολόγηση

Πρωτοπαθής εγκόπριση

Πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό που να περιλαμβάνει:

- Εκτίμηση αναπτυξιακής ετοιμότητας του παιδιού για εκπαίδευση των σφιγκτήρων.
- Φόβος του παιδιού για την τουαλέτα.
- Στάση και συναισθήματα των γονέων στη διαδικασία της εκπαίδευσης των σφιγκτήρων.
- Διαφωνίες στην οικογένεια για θέματα ελέγχου.

Εγκόπριση με κατακράτηση κοπράνων

Πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό που να περιλαμβάνει:

- Φόβο και αποστροφή τουαλέτας.
- Αποφυγή χρήσης σχολικής τουαλέτας.
- Διατροφικές συνήθειες.
- Στάση του παιδιού απέναντι στο πρόβλημα: μερικά παιδιά συνηθίζουν την επαφή των κοπράνων με το δέρμα και τη δυσσομία. Άλλα μπορεί να ντρέπονται, ενώ κάποια παιδιά χρησιμοποιούν τα κόπρανα ως εκδήλωση επιθετικότητας.
- Στάση των γονέων: αρνητικά συναισθήματα των γονέων απέναντι στο πρόβλημα έχουν σαν αποτέλεσμα αντίσταση στη θεραπεία.

Δευτεροπαθής εγκόπριση

Πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό που να περιλαμβάνει:

- Αξιολόγηση των συναισθηματικών χαρακτηριστικών του παιδιού (επιθετικό ή αντίθετα ιδιαίτερα υποχωρητικό).
- Στάση και συναισθήματα γονέων (τιμωρητική, ελεγκτική) προκαλούν την αντίδραση του παιδιού που χρησιμοποιεί τα κόπρανα σαν έκφραση επιθετικότητας προς αυτούς.
- Ψυχοκοινωνικό στρες.
- Στρεσογόνες καταστάσεις στη ζωή του παιδιού (γέννηση αδελφού, διαζύγιο, θάνατος).
- Συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών.

Φυσική εξέταση

- Αξιολόγηση λειτουργικότητας του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.
- Παρουσία ραγάδων.
- Δακτυλική εξέταση μόνο όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη (αν η λήκυθος είναι κενή συνιστάται ακτινολογικός έλεγχος).
- Διερεύνηση για σεξουαλική παραβίαση.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με την παθοφυσιολογία της εγκόπρισης.
- Προσθήκη φρούτων και φυτικών ινών στη διατροφή του παιδιού. Συστάσεις για αυξημένη χορήγηση υγρών.
- Σε περιπτώσεις σοβαρής κατακράτησης, προηγείται κένωση του εντέρου με καθαρτικά ή υποκλυσμό.
- Προσθήκη φαρμακευτικής αγωγής με μαλακτικά των κοπράνων και παραφινέλαιο για αρκετό χρονικό διάστημα, με στόχο την πρόληψη της

συνεχιζόμενης δυσκοιλιότητας και την αποσύνδεση της λειτουργίας της αφόδευσης από την επώδυνη εμπειρία.

- Προοδευτική μείωση των φαρμάκων σε χρονικό διάστημα 2–6 μηνών. Η επαναφορά του εντέρου στο φυσιολογικό σχήμα και χωρητικότητα καθυστερεί πολύ, για αυτό και η αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει μήνες.
- Παράλληλη εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών που εστιάζονται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδιού αναφορικά με τη χρήση της τουαλέτας, με παροχή κινήτρων και επιβράβευση των επιθυμητών συμπεριφορών.
- Ενθάρρυνση των γονέων να αφήσουν την ευθύνη της διαδικασίας στο παιδί, αποφεύγοντας τη συνεχή υπενθύμιση και ακόμα περισσότερο την πίεση για χρήση της τουαλέτας.
- Σε περιπτώσεις όπου το παιδί εκδηλώνει έντονη επιθετικότητα ή συναισθηματική διαταραχή πρωτογενώς ή σαν αποτέλεσμα της εγκόπρισης, συνιστάται παραπομπή της οικογένειας σε παιδοψυχιατρική υπηρεσία.

Πρόγνωση

Το πρόβλημα συνήθως υποχωρεί αυτόματα.

Η συνδυασμένη φαρμακευτική και συμπεριφορική αντιμετώπιση οδηγεί στις περισσότερες περιπτώσεις (60%) σε σημαντική βελτίωση.

Η πρόγνωση είναι φτωχή σε ειδικές κατηγορίες παιδιών, όπως παιδιά με αυτισμό, νοητική υστέρηση, υπερκινητικότητα, μαθησιακές δυσκολίες, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές καθώς και παιδιά που προέρχονται από χαοτικές, αποδιοργανωμένες ή χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου οικογένειες.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Rutter Michael and Taylor Eric. Child and Adolescent Psychiatry. Forth Edition Blackwell Publishing 2002.
- 2) Barton D. Schmitt MD. Toilet training problems: Under achievers, refusers and stool holders.. Contemporary Pediatrics, 2004.
- 3) Παπαγεωργίου Β.Α. Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Θεσσαλονίκη 2005.
- 4) Psychiatric disorders in childhood. Peter Hoare in: Forfar and Arneils Textbook of Pediatrics 7th Edition 2008.
- 5) Brazzelli M., Griffiths PV, Cody JD, Tappin D. Behavioral and cognitive interventions with or without other treatments for the management of fecal incontinence in children. Cochrane Database Syst. Rev. 2011.

Ενούρηση**Ορισμός**

Ως ενούρηση ορίζεται **η ακούσια ούρηση κατά τη διάρκεια της μέρας, της νύχτας ή και τα δύο, σε**

παιδιά με αναπτυξιακή ηλικία μεγαλύτερη από την ηλικία των 5 ετών χωρίς να υπάρχουν συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες του νευρικού ή του ουροποιητικού συστήματος. Η διάρκεια των ενουρητικών επεισοδίων πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 μήνες, ώστε να χαρακτηριστούν ως διαταραχή.

Όσον αφορά τη συχνότητα των επεισοδίων τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται είναι:

- Σύμφωνα με το ICD-10 τα επεισόδια **συμβαίνουν 2 τουλάχιστον φορές τον μήνα σε παιδιά μικρότερα των 7 ετών και τουλάχιστον μία φορά τον μήνα σε παιδιά μεγαλύτερα των 7 ετών.**
- Σύμφωνα με το DSM-IV τα επεισόδια **συμβαίνουν τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.**

Στους δύο αυτούς ορισμούς (ICD-10 και DSM-IV) είναι σαφής η σημασία της χρονολογικής και αναπτυξιακής ωριμότητας και της απουσίας οργανικής παθολογίας ή ψυχιατρικής διαταραχής.

Η λειτουργία της ούρησης

Τα ούρα που παράγονται καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου συλλέγονται στην ουροδόχο κύστη. Καθώς η ποσότητα των ούρων αυξάνει, οι μύες του τοιχώματος της κύστης χαλαρώνουν ώστε να μην αυξάνεται η ενδοκυστική πίεση. Όταν η ποσότητα των ούρων φτάσει την ανώτατη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστεως (λειτουργική χωρητικότητα) οι μύες του τοιχώματος παύουν να χαλαρώνουν και αρχίζουν συσπάσεις κατά ώσεις. Οι συσπάσεις αυτές γίνονται αντιληπτές από τον εγκέφαλο ως αίσθημα γεμάτης κύστης ή επείγουσας ούρησης.

Αν το παιδί επιθυμεί να αναβάλλει την ούρηση συσπά τους μύες του περινέου που έτσι βοηθούν τον έξω σφιγκτήρα της κύστης να κλείσει. Συγκεκριμένη στάση του σώματος, αλλά και κινήσεις των κάτω άκρων, βοηθούν επίσης στην αναβολή της ούρησης.

Εφόσον η ούρηση ξεκινήσει, οι μύες του περινέου χαλαρώνουν, ο έξω σφιγκτήρας ανοίγει και επιτρέπει στα ούρα να εξέλθουν. Ταυτόχρονα οι μύες του τοιχώματος της κύστης συσπώνται, με αποτέλεσμα τα ούρα να εξέρχονται με πίεση.

Αναπτυξιακά στάδια για την κατάκτηση του ελέγχου της ουροδόχου κύστης

Στη βρεφική ηλικία η ούρηση είναι αντανάκλαστική. Με την πάροδο των χρόνων το παιδί μαθαίνει σταδιακά να ελέγχει τη διαδικασία της ούρησης, ικανότητα που απαιτεί αναπτυξιακή ετοιμότητα, αλλά και την επιθυμία του παιδιού να αποκτήσει τον έλεγχο της διαδικασίας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η στάση των γονέων κατά τη διάρκεια της αγωγής του αλτέρας.

Τα στάδια που διέρχεται η πλειοψηφία των παιδιών είναι:

- Στον 2^ο χρόνο της ζωής το παιδί αρχίζει σταδιακά να συνειδητοποιεί το αίσθημα της γεμάτης κύστης.
- Στον 3^ο χρόνο αναβάλλει την ούρηση συσπώντας τους μύες του περινέου με συνέπεια την αύξηση της χωρητικότητας της ουροδόχου κύστης.
- Στον 3^ο-4^ο χρόνο ουρεί όταν κάθεται στην τουαλέτα και έχει γεμάτη κύστη.
- Στην ηλικία των 4 χρόνων μπορεί να διακόψει εκούσια την ούρηση.
- Στην ηλικία των 6 χρόνων έχει αποκτήσει την ικανότητα να αρχίζει την ούρηση ανεξάρτητα από το επίπεδο πληρότητας της ουροδόχου κύστης.

Τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν να ελέγχουν την ούρηση πρώτα κατά τη διάρκεια της ημέρας και μετά κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Μέχρι τον τέταρτο χρόνο ζωής τα περισσότερα παιδιά έχουν μάθει να ελέγχουν την ούρηση στη διάρκεια όλου του 24ώρου.

Τύποι ενοούρησης

Συνήθως ο όρος ενοούρηση χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της νυχτερινής ενοούρησης.

Ως **νυχτερινή ενοούρηση** ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία, συνήθως χωρίς υποκείμενη παθολογία, υπάρχει απώλεια ούρων στη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου, σε παιδιά ηλικίας που θα έπρεπε να είχε επιτευχθεί ο έλεγχος της ούρησης τη νύχτα.

Ταξινομείται με βάση δύο παράγοντες: τη μεγαλύτερη στεγνή περίοδο που έχει επιτευχθεί και την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων από το κατώτερο ουροποιητικό. Η στεγνή περίοδος μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και δεν έχει σημασία αν επιτεύχθηκε αυτόματα ή ήταν αποτέλεσμα θεραπείας.

Πρωτοπαθής νυχτερινή ενοούρηση

Το παιδί δεν έχει αποκτήσει την ικανότητα του ελέγχου της ούρησης κατά τη διάρκεια της νύχτας και το μεγαλύτερο στεγνό διάστημα που μπορεί να έχει πετύχει είναι λιγότερο από 6 μήνες. Οφείλεται σε καθυστέρηση της ωρίμανσης της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης.

Δευτεροπαθής νυχτερινή ενοούρηση

Υπάρχει υποτροπή μετά από μεγάλη στεγνή περίοδο. Το παιδί έχει αποκτήσει έλεγχο της ούρησης κατά τη διάρκεια της νύχτας για σημαντικό χρονικό διάστημα. Το διάστημα αυτό ορίζεται σε τουλάχιστον 6 μήνες

από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ουρολόγων και την ICCS (International Children's Continence Society).

Με βάση την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων από την ουροδόχο κύστη, κατά τη διάρκεια της ημέρας τόσο η πρωτοπαθής όσο και η δευτεροπαθής διακρίνονται σε:

Μονοσυμπτωματική νυχτερινή ενούρηση

Χαρακτηρίζεται από νυχτερινή ενούρηση χωρίς ημερήσιες διαταραχές της λειτουργίας της κύστης. Η ικανότητα της κύστης για αποθήκευση των ούρων και κένωση είναι φυσιολογική.

Μη μονοσυμπτωματική νυχτερινή ενούρηση

Ορίζεται η νυχτερινή ενούρηση που συνοδεύεται κατά τη διάρκεια της ημέρας από συμπτώματα του κατώτερου ουροποιητικού, καθώς και συμπτώματα από άλλα συστήματα όπως το γαστρεντερικό (δυσκοιλιότητα, εγκόπριση). Τα συμπτώματα σπάνια έχουν παθολογικό υπόστρωμα και η αιτιολογία στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι λειτουργική.

Τα συνήθη συμπτώματα στη διάρκεια της ημέρας είναι:

Επείγουσα ούρηση

Οφείλεται σε υπερδραστηριότητα των μυών της ουροδόχου κύστης. Οι ακούσιες συσπάσεις του εξωστήρα που αρχίζουν χωρίς η κύστη να είναι γεμάτη, προκαλούν στο παιδί επείγουσα, έντονη επιθυμία για ούρηση που δεν μπορεί να ανασταλεί. «Η επιτακτική ούρηση» οδηγεί σε επιτακτική ακράτεια και μερική απώλεια ούρων.

Μερικά παιδιά επιλέγουν να αναβάλλουν την ούρηση για μεγάλο χρονικό διάστημα (δεν θέλουν να χρησιμοποιήσουν τη σχολική τουαλέτα ή να διακόψουν το παιχνίδι) και καταφεύγουν σε χειρισμούς για να την εμποδίσουν. Συσπούν τους μύες του περινέου, πηδούν από το ένα πόδι στο άλλο, κάθονται οκλαδόν πιέζοντας το περίνεο με τη φτέρνα. Σε πολλές περιπτώσεις η κύστη υπερ-διατείνεται και γίνεται υποτονική. Έτσι, αναγκαστικά οδηγείται σε ακράτεια από υπερχειλίση.

Ακράτεια ούρων λόγω αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης

Μερικά παιδιά βρέχονται όταν γελούν, βήχουν ή φτερνίζονται. Η κατάσταση αυτή εμφανίζεται σπάνια στην παιδική ηλικία.

Παθολογικά αίτια

Ουρολοίμωξη, άλλη οξεία νόσηση.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Η νυχτερινή ενούρηση είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας και οι μελέτες που αναφέρονται σε επιδημιολογικά δεδομένα είναι πολλές.

Δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία για τον ελάχιστο αριθμό βρεγμένων νυχτών που απαιτούνται μέσα σε συγκεκριμένη περίοδο, ώστε να χαρακτηριστεί ένα παιδί ότι έχει νυχτερινή ενούρηση.

Σύμφωνα με τα επόμενα στοιχεία, τα οποία βασίζονται σε δύο επεισόδια ανά εβδομάδα κατά μέσο όρο, νυχτερινή ενούρηση έχουν:

- 15–20% των παιδιών ηλικίας 5 χρόνων (1 στα 6 παιδιά).
- 7% των παιδιών ηλικίας 7 χρόνων (1 στα 14 παιδιά).
- 5% των παιδιών ηλικίας 10 χρόνων (1 στα 20 παιδιά).
- 2–3% των παιδιών ηλικίας 12–14 χρόνων (1 στα 30 παιδιά).
- 1–2% των παιδιών άνω των 15 χρόνων (1 στα 50–100 παιδιά).

Περίπου το 80–85% των παιδιών που έχουν νυχτερινή ενούρηση, έχουν μονοσυμπτωματική νυχτερινή ενούρηση και ο αριθμός των αγοριών είναι διπλάσιος από τον αριθμό των κοριτσιών, αν και η διαφορά μειώνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 13 χρόνων.

Η νυχτερινή ενούρηση υποχωρεί αυτόματα σε ποσοστό 15% των παιδιών κάθε χρόνο. Ωστόσο, 1% των εφήβων και των ενηλίκων υπολογίζεται πως παραμένουν ενουρητικοί.

Η ημερήσια ενούρηση είναι πολύ σπανιότερη και είναι συχνότερη στα κορίτσια, απαντάται στο 3,1% 7χρονων κοριτσιών και 2,1% αγοριών της ίδιας ηλικίας. Όπως και στις περιπτώσεις της νυχτερινής ενούρησης, υποχωρεί αυτόματα σε ποσοστό 14% των παιδιών κάθε χρόνο (Hellstrom et al 1990).

Παράγοντες που συνδέονται με την πρωτοπαθή νυχτερινή ενούρηση

Η νυχτερινή ενούρηση είναι μια πολυπαραγοντική αναπτυξιακή διαταραχή με σύνθετο και ποικίλο τρόπο έκφρασης. Αν και δεν θεωρείται πλέον σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής, φαίνεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην εμφάνισή της.

Οικογενειακή προδιάθεση

Η νυχτερινή ενούρηση είναι συχνά οικογενής διαταραχή. Σε ποσοστό 70% των περιπτώσεων αναφέρεται ιστορικό νυχτερινής ενούρησης σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Η συμβολή των γενετικών παραγόντων είναι σημαντική. Τα χρωμοσώματα 12q, 13q και 22 είναι πιθανοί τόποι γονιδίων που σχετίζονται με την ενούρηση, αλλά ο μηχανισμός μεταβίβασης δεν είναι σαφής και φαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση αυτού του χαρακτηριστικού. Γονείς που ήταν οι ίδιοι ενουρητικοί μπορεί να συμπεριφέρονται στο παιδί με τέτοιο τρόπο που να

μην ευνοείται η διαδικασία ωρίμανσης και τελικά η απόκτηση του ελέγχου της κύστης.

Καθυστέρηση του χρόνου ωρίμανσης

Τα περισσότερα παιδιά με νυχτερινή ενοούρηση ξεπερνούν το σύμπτωμα με την πάροδο του χρόνου, με ή χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Το γεγονός αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι στην εμφάνιση της νυχτερινής ενοούρησης συμμετέχει κάποια καθυστέρηση στη διαδικασία της ωρίμανσης.

Αρχικά, κατά τη φάση της πλήρωσης της κύστης στέλνεται μήνυμα στο στέλεχος ώστε να ανασταλεί η ούρηση. Όταν γεμίσει η κύστη το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα αναγνωρίζει τα σήματα πληρότητας, το παιδί ξυπνάει και πηγαίνει στην τουαλέτα. Ίσως στα ενοουρητικά παιδιά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα καθυστερεί να αναγνωρίσει το αίσθημα της πληρότητας της ουροδόχου κύστης και να ανταποκριθεί.

Χαμηλή λειτουργική ικανότητα της ουροδόχου κύστης

Μερικά παιδιά δεν μπορούν να συγκρατήσουν τη φυσιολογική ποσότητα των ούρων που παράγεται τη νύχτα. Κατά τη φάση πλήρωσης της κύστης δεν στέλνονται μηνύματα από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα για χάλαση των μυών της κύστης, ώστε να αυξηθεί η χωρητικότητά της, οπότε και η λειτουργική χωρητικότητα της κύστης είναι μικρή. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν πολλά ενοουρητικά επεισόδια κάθε νύχτα και συχνή ούρηση την ημέρα.

Μια άλλη ομάδα παιδιών με φυσιολογική χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης εμφανίζει το σύμπτωμα της επείγουσας ούρησης. Τα παιδιά αυτά μπορούν και ελέγχουν την ούρηση κατά τη διάρκεια της ημέρας με συχνές ουρήσεις και κένωση της μερικώς γεμάτης ουροδόχου κύστης. Κατά τη διάρκεια της νύχτας όμως, που δεν μπορούν να ουρούν τόσο συχνά, συμβαίνουν ενοουρητικά επεισόδια.

Βαθύς ύπνος – Δυσκολία στην αφύπνιση

Συχνά οι γονείς αναφέρουν ότι τα ενοουρητικά παιδιά κοιμούνται βαθύτερα από τα άλλα. Παρότι δεν έχει βρεθεί σαφής συσχέτιση ανάμεσα στον βαθύ ύπνο και τα ενοουρητικά επεισόδια, φαίνεται να υπάρχει αδυναμία του παιδιού να αναγνωρίσει το αίσθημα της γεμάτης κύστης κατά τη διάρκεια του ύπνου, ώστε να ξυπνήσει και να ουρήσει.

Αντιδιουρητική ορμόνη

Ο ρόλος της αντιδιουρητικής ορμόνης στην εμφάνιση νυχτερινής ενοούρησης έχει εκτενώς ερευνηθεί. Η αντιδιουρητική ορμόνη παράγεται στον υποθάλαμο και αποθηκεύεται στην υπόφυση. Απελευθερώνεται σε διαφορετικές ποσότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ συνήθως αυξάνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι ένα ποσοστό παιδιών με νυχτερινή ενοούρηση δεν παράγει αυξημένα ποσά αντιδιουρητικής ορμόνης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το ποσοστό των παιδιών που δεν παρουσιάζουν νυχτερινή αιχμή στην τιμή της αντιδιουρητικής ορμόνης και έχουν ενοούρηση, κυμαίνεται από 25–100%. Το ευρύ φάσμα των ποσοστών υποδεικνύει ότι συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες. Έτσι, υπάρχουν παιδιά χωρίς νυχτερινή αιχμή στην τιμή της αντιδιουρητικής ορμόνης που μπορούν να αφυπνιστούν ή να κρατηθούν στο αίσθημα μιας γεμάτης κύστης, δηλαδή δεν έχουν ενοούρηση. Οπότε, ένας ομαλός κιρκάδιος ρυθμός έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να σταματήσουν τα ενοουρητικά επεισόδια.

Χρόνια δυσκοιλιότητα

Η χρόνια δυσκοιλιότητα ερεθίζει την κύστη και μπορεί να προκαλέσει συχνότερη ούρηση, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας όσο και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Πολλές έρευνες ενοχοποιούν τη χρόνια δυσκοιλιότητα για την εμφάνιση νυχτερινής ενοούρησης, αν και μπορεί να υπάρχει κοινός αιτιολογικός συναισθηματικός παράγοντας.

Υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων και αμυγδαλών

Οι σύντομες άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου που μπορεί να συμβαίνουν σε αυτά τα παιδιά, προκαλούν μικρή πτώση των επιπέδων του οξυγόνου και πιθανόν ελαττώνουν την ικανότητα του παιδιού να ξυπνήσει όταν αισθανθεί γεμάτη την κύστη.

Διατροφή

Τροφές που περιέχουν μεθυλξανθίνες (ουσίες με διουρητική δράση) έχουν ενοχοποιηθεί. Έτσι, πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση καφέ, τσαγιού, σοκολάτας ή ανθρακούχων ποτών τύπου Cola πριν τον ύπνο.

Οργανικά προβλήματα

Απαντώνται σπάνια σε παιδιά με νυχτερινή ενοούρηση (<5%) και συνήθως προκαλούν και ημερήσια ενοούρηση. Αναφέρονται οι ουρολοιμώξεις, η οξουρίαση, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο άποιος διαβήτης, η νυχτερινή επιληψία, ουρογεννητικές συγγενείς ανωμαλίες, η δρεπανοκυτταρική νόσος καθώς και παθολογικές ουροδυναμικές καταστάσεις.

Επιβαρυντικά γεγονότα

Όταν στην ηλικία απόκτησης ελέγχου της κύστης, δηλαδή 2–4 χρόνων, συμβαίνουν συχνά διάφορα γεγονότα τα οποία λειτουργούν επιβαρυντικά στη διαδικασία της μάθησης του ελέγχου της κύστης, π.χ. αποχωρισμός από τη μητέρα, γέννηση άλλου παιδιού στην οικογένεια, παιδικός σταθμός ή νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Παράγοντες που συνδέονται με δευτεροπαθή νυχτερινή ενούρηση

Η δευτεροπαθής νυχτερινή ενούρηση εμφανίζεται συνήθως στα 5–8 έτη έλπειτα από κάποιο γεγονός, όπως ο χωρισμός των γονέων, η έναρξη του σχολείου, η αλλαγή κατοικίας και η ψυχολογική πίεση από συμμαθητές.

Η δευτερογενής ενούρηση είναι συχνά μια ψυχολογική παλινδρόμηση. Ενώ το παιδί έχει μάθει να ελέγχει την ούρησή του, ξαφνικά παλινδρομεί σε προηγούμενο αναπτυξιακό στάδιο και αδυνατεί να συγκρατήσει τα ούρα του κατά τη διάρκεια της νύχτας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η νυχτερινή ενούρηση είναι μια ψυχοαντιδραστική διαταραχή. Με άλλα λόγια, αφορά παιδιά που βιώνουν εσωτερικές συναισθηματικές συγκρούσεις, έντονο άγχος και αυστηρό Υπερεγώ (υπερβολικός αυτοέλεγχος και κριτική). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως τα παιδιά που παρουσιάζουν νυχτερινή ενούρηση έχουν υποστεί από νωρίς μεγάλη πίεση να ελέγξουν τα ούρα τους, ενώ σε άλλες περιπτώσεις έχουν βιώσει υπερβολική απόρριψη από τα πρόσωπα φροντίδας. Στα ενουρητικά παιδιά διακρίνεται γενικά μια επιθυμία να επιστρέψουν ή να παραμείνουν σε προηγούμενο αναπτυξιακό στάδιο, όπου έχουν τη φροντίδα της μητέρας και ταυτόχρονα δεν έχουν τις ευθύνες της ηλικίας τους. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις περιπτώσεις των παιδιών που παρουσιάζουν νυχτερινή ενούρηση όταν έρχεται νέο μέλος στην οικογένεια. Η αδελφική αντιζηλία προς το νεογέννητο της οικογένειας που έχει κερδίσει την φροντίδα και την τρυφερότητα της μητέρας, ενισχύει την ανάγκη του παιδιού για παραπάνω προσοχή και αποδοχή από τους γονείς του, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε συμπεριφορές παλινδρόμησης.

Μπορεί σπάνια να σχετίζεται με δομικές ή ανατομικές ανωμαλίες του ουροποιητικού και του νευρικού συστήματος και νοσήματα όπως π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης και η ουρολοιμώξη. Συχνότερα συνυπάρχει και ημερήσια ενούρηση. Στην περίπτωση της ημερήσιας ενούρησης, ψυχοδυναμικά, η ψυχική σύγκρουση είναι τόσο έντονη που ούτε η λειτουργία της συνειδησης μπορεί να ελέγξει την ψυχοσωματική αντίδραση του παιδιού. Στην πρωινή ενούρηση, η σχέση μητέρας και παιδιού ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα διαταραγμένη, εφόσον το επιθετικό στοιχείο προς το πρόσωπο φροντίδας είναι τόσο έντονο.

Ακόμη, η δευτεροπαθής νυχτερινή ενούρηση μπορεί να είναι μία από τις πολλές συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης.

Επιπτώσεις της νυχτερινής ενούρησης στο παιδί και την οικογένεια

Η νυχτερινή ενούρηση έχει σοβαρές επιπτώσεις στη

ζωή του παιδιού και την οικογένεια. Γεννά αίσθημα ντροπής, ενοχής, ανικανότητας, άγχους καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση συνολικά. Συχνά, ιδίως για τα μεγαλύτερα παιδιά, αποτελεί το κρυμμένο μυστικό της οικογένειας. Η νυχτερινή ενούρηση επηρεάζει τα παιδιά στις προσωπικές τους σχέσεις και την κοινωνική τους ζωή. Νοιώθουν αποκομμένα, απομονωμένα. Δεν μπορούν να διανυκτερεύσουν στο σπίτι ενός φίλου, να πάνε κατασκήνωση. Έρευνες έχουν δείξει ότι η νυχτερινή ενούρηση βιώνεται από τα παιδιά σαν μια πολύ σοβαρή αγχώδης εμπειρία.

Η οικογένεια επηρεάζεται ψυχολογικά και οικονομικά.

Προσέγγιση της νυχτερινής ενούρησης από τον παιδίατρο

Σε κάθε παιδί με νυχτερινή ενούρηση, πρέπει να ερωτώνται και να λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής:

- Οικογενειακό ιστορικό ενούρησης.
- Προσδιορισμός του τύπου της ενούρησης.
- Τρόπος εκπαίδευσης σφιγκτήρων.
- Αξιολόγηση της στάσης του παιδιού και της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα.
- Επιβαρυντικά γεγονότα της ζωής του παιδιού και της οικογένειας.
- Κατανάλωση υγρών στη διάρκεια της ημέρας (περιορισμός;).
- Ποσότητα και είδος υγρών που καταναλώνει το βράδυ.
- Συνήθειες σχετικά με την ούρηση:
 - Αδειάζει η κύστη στο τέλος της ούρησης;
 - Συχνή ούρηση, αναβολή ούρησης, επείγουσα ούρηση ή διαφυγή ούρων κατά τη διάρκεια της ημέρας.
 - Αποφυγή τουαλέτας εκτός σπιτιού.
 - Χρήση τουαλέτας πριν τον ύπνο.
- Πληροφορίες σχετικά με τα ενουρητικά επεισόδια:
 - Αριθμός επεισοδίων ενούρησης τη νύχτα και την εβδομάδα.
 - Ποσότητα ούρων που ουρεί στο κρεβάτι.
 - Ώρα που συμβαίνει το ενουρητικό επεισόδιο.
 - Αφύπνιση του παιδιού μετά την ενούρηση.
- Συνύπαρξη παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση ενούρησης:
 - Δυσκοιλιότητα, εγκόπριση.
 - Σακχαρώδης διαβήτης.
 - Αναπτυξιακά προβλήματα.
 - Μαθησιακές δυσκολίες, διάσπαση προσοχής.
 - Συναισθηματικές διαταραχές.

- Οικογενειακά προβλήματα.
- Φυσική εξέταση-εργαστηριακός έλεγχος:
 - Πλήρης κλινική εξέταση και μέτρηση αρτηριακής πίεσης.
 - Έλεγχος για σεξουαλική παραβίαση.
 - Γενική ούρων.
 - Σε περίπτωση μονοσυμπτωματικής νυχτερινής ενοούρησης δεν συνιστάται περαιτέρω έλεγχος.
 - Σε περίπτωση μη μονοσυμπτωματικής νυχτερινής ενοούρησης επιβάλλεται έλεγχος ανάλογα με το ιστορικό και τα ευρήματα.

Θεραπεία

Η ενοούρηση στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα της οικογένειας. Οι ίδιοι οι γονείς εφαρμόζουν διάφορες θεραπευτικές μεθόδους και αρκετοί καταφεύγουν στην τιμωρία ως μέσο αγωγής. Ίσως και οι παιδίατροι δεν δίνουν πολλή σημασία σε ένα σύμπτωμα που συνήθως αυτοϊάται με την πάροδο του χρόνου.

Όταν οι γονείς προσέρχονται με το παιδί τους στον παιδίατρο, με αίτημα τη διακοπή των ενοουρητικών επεισοδίων, συνήθως έχουν έντονη επιθυμία άμεσης επίλυσης του προβλήματος.

Η νυχτερινή ενοούρηση μέχρι την ηλικία των 5 χρόνων δεν θεωρείται πρόβλημα και δεν πρέπει με κανέναν τρόπο να αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα.

Η θεραπεία είναι μακροχρόνια και επίπονη. Ο μέσος απαιτούμενος χρόνος για να εξαφανιστεί το σύμπτωμα μπορεί να είναι 8–12 εβδομάδες. Καμιά φορά όμως, απαιτούνται μέχρι και 4 μήνες, ενώ συχνά υπάρχει υποτροπή του συμπτώματος.

Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται ώστε να αναγνωρίσουν τις ενδείξεις προόδου.

Η αντιμετώπιση συνήθως περιλαμβάνει μία μέθοδο ή και συνδυασμό μεθόδων και προτείνεται από τον παιδίατρο, με βάση τις ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού και της οικογένειας.

Αρχικά, σε όλες τις περιπτώσεις δοκιμάζεται η εκπαίδευση και η παροχή κινήτρου. Στα μεγαλύτερα παιδιά (άνω των 7 ετών), όπου αυξάνονται οι κοινωνικές πιέσεις και επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή τους, προτείνονται πιο δραστικές μέθοδοι.

Αν το παιδί μετά την εφαρμογή της θεραπείας έχει πετύχει 14 συνεχείς στεγνές νύχτες ή μέχρι και 90% βελτίωση στον αριθμό των «βρεγμένων» νυχτών ανά εβδομάδα, θεωρείται ότι έχει απαντήσει πολύ καλά στο θεραπευτικό σχήμα που έχει εφαρμοστεί.

Αν παρουσιάζει απλώς βελτίωση θεωρείται ότι έχει απαντήσει μερικώς στη θεραπεία.

Εκπαίδευση-γενικές αρχές αντιμετώπισης

Παροχή πληροφοριών και πρακτικών συμβουλών προς το παιδί και την οικογένεια:

- Η ενοούρηση δεν είναι λάθος του παιδιού ούτε της οικογένειας και δεν πρέπει να τιμωρείται.
- Η χρήση πλαστικού καλύμματος στο στρώμα ή αποσμητικών χώρου μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις.
- Η διατήρηση ημερολογίου για «στεγνές» και «βρεγμένες» νύχτες βοηθά στην αξιολόγηση του αποτελέσματος της παρέμβασης.
- Το παιδί ενθαρρύνεται να αδειάζει την κύστη τακτικά κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά και πριν τον ύπνο.
- Αποφυγή καφέ, τσαγιού και αναψυκτικών τύπου cola κυρίως τις απογευματινές ώρες.
- Κατανάλωση της μεγαλύτερης ποσότητας των ημερήσιων υγρών το πρωί και μέχρι νωρίς το απόγευμα, ελαχιστοποίηση των υγρών δύο ώρες πριν τον ύπνο.
- Αποθαρρύνεται απόλυτα η χρήση πάνας.

Πρόγραμμα επιβράβευσης

Φαίνεται πως σε πολλά παιδιά ο συνδυασμός της επιθυμίας για αντιμετώπιση του προβλήματος με το κίνητρο της επιβράβευσης είναι ισχυρός και τελικά αποτελεσματικός. Στόχος είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς σε σχέση με το συγκεκριμένο σύμπτωμα, στην περίπτωση αυτή με την ενοούρηση. Ο εκάστοτε στόχος καθορίζεται με σαφήνεια, όπως και το είδος της επιβράβευσης και πρέπει να τηρείται με συνέπεια. Αρχικά για παράδειγμα, το παιδί επιβραβεύεται όταν πηγαίνει στην τουαλέτα πριν τον ύπνο ή όταν περιορίζει τα υγρά που πίνει πριν τον ύπνο. Αργότερα, συμφωνούνται μεγαλύτερες ανταμοιβές όταν ο στόχος είναι οι «στεγνές» νύχτες. Οι «βρεγμένες» νύχτες αγνοούνται και δεν τιμωρούνται με αφαίρεση προνομίων που έχουν κατακτηθεί. Η μέθοδος προτείνεται για παιδιά μικρότερα των 7 ετών.

Το είδος των ανταμοιβών μπορεί να είναι μια ιδιαίτερη ημέρα ή μια δραστηριότητα. Η αγορά παιχνιδιών σε παιδιά που κατακλύζονται από παιχνίδια δεν έχει αξία.

Μέθοδος καθορισμένης αφύπνισης κατά τη διάρκεια της νύχτας

Εάν αποφασιστεί να χρησιμοποιηθεί η τακτική του νυχτερινού ξυπνήματος, τότε το παιδί θα πρέπει να είναι τελείως ξύπνιο όταν πηγαίνει στην τουαλέτα. Είναι προτιμότερο να ακολουθηθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα με αφύπνιση, συνήθως τρεις ώρες αφότου έχει κοιμηθεί, ή αν υπάρχουν ενδείξεις ότι το παιδί

«βρέχεται» νωρίς το πρωί, να αφυπνίζεται τις πρώτες πρωινές ώρες. Η μέθοδος του νυχτερινού ξυπνήματος έχει περιορισμένη επιτυχία και πρέπει να θεωρείται ως προσωρινό μέτρο, γιατί δεν βοηθάει το παιδί να μάθει να αναγνωρίζει το αίσθημα της γεμάτης κύστης αφού αυτό δεν συνδυάζεται πάντα με τη στιγμή της αφύπνισης.

Παρ' όλα αυτά ενισχύει πολύ συναισθηματικά το παιδί και το κάνει να νοιώθει καλύτερα.

Alarm (ξυπνητήρι) ενοούρησης

Προτείνεται σε παιδιά μεγαλύτερα των 7 χρονών. Χρησιμοποιείται μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους με μεγάλο ποσοστό αρχικής επιτυχίας (60–80%), ενώ το ποσοστό υποτροπής υπολογίζεται από 10–50% τον πρώτο χρόνο μετά την έναρξη της θεραπείας.

Όλα τα είδη alarm διαθέτουν έναν ευαίσθητο ανιχνευτή ούρων ο οποίος κλείνοντας ένα μικρό ηλεκτρικό κύκλωμα ενεργοποιεί το alarm που κουδουνίζει. Στη συνέχεια πρέπει το ίδιο το παιδί να απενεργοποιήσει το alarm. Ο στόχος είναι να ενεργοποιηθεί το παιδί μέσω του ηχητικού ερεθίσματος ώστε να μπορεί να αντιδρά άμεσα και γρήγορα στο ερέθισμα της γεμάτης κύστης κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η θεραπεία με το alarm ενοούρησης είναι επίπονη. Αν δεν βοηθήσει ή οδηγήσει σε αυξημένο άγχος και νευρικότητα τις πρώτες 6–8 εβδομάδες, τότε η αγωγή διακόπτεται και επιλέγεται άλλη προσέγγιση.

Φαρμακευτικές θεραπείες

Δεσμοπρεσίνη

Η δεσμοπρεσίνη δρα άμεσα και η δράση της διαρκεί 10–12 ώρες. Λόγω της ισχυρής αντιδιουρητικής ιδιότητας του φαρμάκου πρέπει τα παιδιά να παίρνουν μια μικρή ποσότητα υγρών πριν τον ύπνο. Η δεσμοπρεσίνη είναι καλά ανεκτή και η χορήγησή της σε σωστή δοσολογία δεν έχει παρενέργειες. Η αποτελεσματικότητά της αυξάνεται όταν συνδυάζεται με το alarm ενοούρησης. Τα ποσοστά υποτροπής είναι μεγάλα, της τάξης του 75% μετά τη διακοπή. Η χρήση της συνιστάται σε παιδιά άνω των 5 ετών περιστασιακά, όπως όταν το παιδί διανυκτερεύει εκτός σπιτιού ή σε περιπτώσεις που το πρόβλημα της ενοούρησης δεν είναι ανεκτό από την οικογένεια και δημιουργεί εντάσεις.

Υδροχλωρική οξυβουτυρίνη

Πρόκειται για ουσία με αντιχολινεργική και αντισπασμωδική δράση που στόχο έχει να μειώσει τις συσπάσεις της ουροδόχου κύστης. Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις πολυσυμπτωματικής νυχτερινής ενοούρησης.

Ιμπραμίνη

Ανήκει στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Η ήπια αντιχολινεργική της δράση φαίνεται ότι αυξάνει τη λειτουργική χωρητικότητα της κύστης, ενώ μέσω αδρενεργικού μηχανισμού, μειώνονται οι μυϊκές συσπάσεις του τοιχώματος της κύστης. Δεν χρησιμοποιείται πλέον ευρέως, λόγω των συνήθως δοσοεξαρτώμενων σοβαρών παρενεργειών της.

Άλλες θεραπευτικές μέθοδοι

Έχουν χρησιμοποιηθεί στην πρωτοπαθή αλλά κυρίως στη δευτεροπαθή νυχτερινή ενοούρηση μόνες ή σε συνδυασμό:

- Ψυχοθεραπεία
- Οικογενειακή θεραπεία
- Ύπνωση

Φαίνεται πως ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 χρόνων εγκαθιστά δευτεροπαθή νυχτερινή ενοούρηση, η οποία συνεχίζεται και αργότερα εξαιτίας των κακών χειρισμών και του άγχους της οικογένειας, ως αποτέλεσμα ψυχικής παλινδρόμησης στο πέρας από το ένα στάδιο ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης στο άλλο.

Είναι σημαντικό ο παιδίατρος να γνωρίζει τα στάδια, ώστε να αναγνωρίζει τα χαρακτηριστικά τους και να βοηθά στην εξομάλυνση του περάσματος, δηλαδή στις λεγόμενες αναπτυξιακές κρίσεις.

Υποτροπή

Θεωρείται ότι έχουμε υποτροπή όταν υπάρξουν περισσότερες από δύο «βρεγμένες» νύχτες μέσα σε διάστημα δύο εβδομάδων, μετά την ολοκλήρωση της όποιας θεραπευτικής προσέγγισης έχει εφαρμοστεί. Συνήθως συμβαίνει μέσα στους πρώτους 6–12 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Είναι σημαντικό η οικογένεια και το παιδί να είναι προετοιμασμένοι ώστε να αντιμετωπίσουν ψύχραιμα το γεγονός και να επαναλάβουν την προσπάθεια.

Βιβλιογραφικές πηγές

- 1) Tu ND, Baskin LS. Nocturnal enuresis in children: Management. Διαθέσιμο στο: www.uptodate.com/contents/nocturnal-enuresis-in-children-management
- 2) The Cochrane Collaboration. Simple Behavioural interventions for nocturnal enuresis in children. Διαθέσιμο στο: www.cochrane.org
- 3) NICE Guidelines (CG111) Published date: October 2010. Διαθέσιμο στο: www.nice.org.uk/guidance/cg111
- 4) Ramakrishnan K. Evaluation and treatment of enuresis. Am Fam Physician. 2008; 78:489–96.
- 5) Neveus T., von Gontard A., Hoebeke P., et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from

the Standardization Committee of the International Children's Continence Society J.Urol. 2006; 176:314–324.

- 6) Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αδαμαντία Ξεκαλάκη
Νυχτερινή ενούρηση. Αντιμετώπιση στο πλαίσιο της
πρωτοβάθμιας παιδιατρικής φροντίδας. ΙΥΠ. Διεύ-
θυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής.
Εκδόσεις Γ.Β. Παρισιάνος, Αθήνα 2006.
- 7) Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου. Νυχτερινή ενούρηση
στα παιδιά: Ανασκόπηση αιτιολογίας και επιπτώσεων.
Βασικές αρχές για την θεραπεία. Παιδιατρική 1998;
61:548–556.



Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής

Η Πράξη «ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΞΙ (6) ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 0 ΕΩΣ 18 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ» (MIS 372074) υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠ.ΑΝ.Α.Δ.) 2007-2013 και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και από Εθνικούς Πόρους.



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης