

## Συνέχειες και ασυνέχειες των παιδοψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή: Ζητήματα αναγνώρισης

Γ. Καραντάνος

*Παιδοψυχίατρος-Ψυχίατρος, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2012, 23:Π15-Π26

**Τ**α ευρήματα από τις συστηματικές προοπτικές-μακροπρόθεσμες μελέτες σε δείγματα γενικού πληθυσμού αποτελούν την κύρια πηγή αναφοράς για τεκμηριωμένες πληροφορίες και γνώσεις σχετικά με τις συνέχειες και ασυνέχειες των παιδοψυχιατρικών διαταραχών προς την ενήλικη ζωή. Μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς έχουν επίσης συμβάλει σε αυτό. Η παρουσίαση αυτή στηρίζεται σε επιλεγμένες μελέτες αναφοράς. Παρουσιάζονται καταρχάς ευρήματα από μελέτες που δείχνουν την έκταση της συνέχειας σε ένα γενικό συνολικό επίπεδο. Ακολουθώς, γίνονται ενδεικτικές μόνο αναφορές σε ευρήματα μελετών σχετικά με συνέχειες ή ασυνέχειες, με βάση τις πιο συνήθεις και συχνές διαταραχές της κλινικής πράξης. Ακολουθείται η διάκριση των διαταραχών αυτών σε εσωτερικευμένου (αγχώδεις και συναισθηματικές) και εξωτερικευμένου τύπου (ΔΕΠ-Υ, εναντιωματική, διαταραχές διαγωγής-αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας). Ασφαλώς υπάρχουν ασυνέχειες, τα ευρήματα όμως δείχνουν και σημαντικές διασυνδέσεις ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές των παιδιών-εφήβων και σε αυτές των ενηλίκων. Από τη συστηματικότερη μακροπρόθεσμη μελέτη αναδεικνύεται ότι από τα άτομα με ψυχιατρική διάγνωση στην ηλικία των 26 ετών, τα μισά είχαν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό ήδη έως την ηλικία των 15 ετών, με το ποσοστό να φτάνει στο 75% έως την ηλικία των 18 ετών. Στις περιπτώσεις με συνέχεια, η ομοιοτυπική συνέχεια είναι η συνηθέστερη εκδοχή. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις με ετεροτυπική συνέχεια, ενώ ομοιοτυπική και ετεροτυπική συνέχεια μπορεί να συντρέχουν. Συνέχειες διαπιστώνονται και για τις αγχώδεις διαταραχές, με συχνή εμφάνιση συννοσηρότητας μεταξύ τους (στενή ομοιοτυπική συνέχεια), καθώς και με την κατάθλιψη (ευρύτερη ομοιοτυπική συνέχεια). Περιπτώσεις ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με διάγνωση από την παιδική ηλικία τείνουν προς χρονιότητα, με συνεχιζόμενες ανάγκες θεραπευτικής υποστήριξης, ενώ συνέχεια διαπιστώνεται και για υποκλινικές αρχικά περιπτώσεις της διαταραχής. Στις εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές, δυσμενής συνέχεια από τη διαταραχή διαγωγής προς την αντικοινωνικού τύπου διαταραχή προσωπικότητας, με διαιωνιζόμενες επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική λειτουργία, διαπιστώνεται από παλαιότερες και πιο πρόσφατες μελέτες, ενώ στη διαδρομή αυτή η χρήση ουσιών θεωρείται τώρα ως μία ομοιοτυπική διασύνδεση. Η συνέχεια φαίνεται πιο ισχυρή για τον τύπο με παιδική έναρξη, όλες όμως οι περιπτώσεις διαταραχής διαγωγής χρειάζονται έγκαιρη αντιμετώπιση. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ η ανάπτυξη διαταραχής διαγωγής επιβαρύνει σημαντικά την έκβαση και η πρόληψή της αποτελεί ουσιαστική μέριμνα της παρέμβασης. Τέλος, οι περιπτώσεις εναντιωματικής διαταραχής φαίνεται να είναι μάλλον ανομοιο-

γενείς και υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτό μπορεί να εξηγή τις ετεροτυπικές συνέχειες που διαπιστώνονται. Πολλά ζητήματα μένουν ανοιχτά στην παραπέρα έρευνα, εντούτοις τα δεδομένα που ήδη υπάρχουν σχετικά με τις συνέχειες είναι σημαντικά και ενδιαφέρουν εξίσου την παιδοψυχιατρική και την ψυχιατρική. Η έμφαση που πρέπει να δοθεί στην έγκαιρη παρέμβαση, στην επαρκή παρουσία υπηρεσιών και κατάλληλων προγραμμάτων, καθώς και στη συνεργασία, απορρέει λογικά από τα ευρήματα.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Μακροπρόθεσμες μελέτες, ομοιοτυπική-ετεροτυπική συνέχεια, εσωτερικευμένου (internalizing)/εξωτερικευμένου (externalizing) τύπου διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική διαταραχή.

## Εισαγωγή

Πρωτοπόροι κλινικοί και ερευνητές –όπως ο Eisenberg, ο Rutter και άλλοι– ήδη από τη δεκαετία του '70 είχαν συλλάβει την ιδέα ότι η αναπτυξιακή-προοπτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας είναι η κύρια οδός, προκειμένου να αναδειχθούν και να κατανηθούν οι διασυνδέσεις, στον βαθμό βέβαια που ισχύουν, ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές των παιδιών και σε εκείνες των ενηλίκων.<sup>1</sup> Το ζήτημα με τις «Συνέχειες και Ασυνέχειες» συνδέεται εδώ στενά, καθώς ουσιαστικά απηχεί το βασικό ερώτημα: βλέποντας προς τα εμπρός, σε τι βαθμό οι διαταραχές των παιδιών σημαίνουν κίνδυνο για διαταραχές και προβλήματα στην ενήλικη ζωή ή, βλέποντας προς τα πίσω, σε τι βαθμό οι διαταραχές των ενηλίκων έχουν την καταβολή τους στην παιδική και εφηβική ηλικία ή και την αφετηρία τους σε συγκεκριμένες διαταραχές από τότε.<sup>2</sup> Η αναπτυξιακή προσέγγιση συνυφαίνεται ακριβώς με τις προσπάθειες που έχουν γίνει, ώστε να δοθούν όσο γίνεται πιο τεκμηριωμένες απαντήσεις στο ερώτημα αυτό και ευρύτερα στα ζητήματα που σχετίζονται με τις συνέχειες και τις ασυνέχειες. Φυσικά, οι προσπάθειες είχαν τη διαδρομή τους, από την κατανόηση της σημασίας αυτών των οπτικών μέχρι τη σύνταξη του κατάλληλου ερευνητικού πεδίου.

Αρχικά, μελέτες με μια μακροπρόθεσμη προοπτική είχαν αντικείμενο μάλλον ειδικές ομάδες (π.χ. παιδιά που μεγάλωναν σε αντίξοες συνθήκες), ενώ οι αποκλίσεις της συμπεριφοράς αποδίδονταν με πιο γενικούς όρους, όπως η ευαλωτότητα (vulnerability), με την έννοια ότι προδιαθέτει σε επόμενες δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις, και έναντι αυτής ερχόταν η ανθεκτικότητα (resilience). Για σοβαρές πάλι διαταραχές, όπως ο αυτισμός, ήδη οργανώνονταν μελέτες με μακροπρόθεσμη προοπτική, όπως αυτή του Rutter,

που πράγματι έδωσε πολύτιμες πληροφορίες για την πορεία αυτών των παιδιών, είκοσι και πλέον χρόνια αργότερα, έχοντας φτάσει στην ενηλικίωση. Στο ξεκίνημα, το πρόβλημα ήταν ότι περισσότερο ασαφή ήταν ζητήματα σχετικά με τη συνέχεια και την έκβαση, για διαταραχές πιο συχνές στην κλινική πράξη, όπως π.χ. οι διαταραχές διαγωγής, οι οποίες επίσης έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή. Μελέτες υπήρχαν ήδη στη δεκαετία του '70, που έδειχναν συνέχεια αλλά έθεταν και ερωτηματικά: βλέποντας προς τα εμπρός, η συνέχεια φαινόταν πιο αδύνατη, βλέποντας προς τα πίσω, φαινόταν πιο ισχυρή και μερικές φορές πολύ ισχυρή.<sup>1</sup> Ασφαλώς, όλα αυτά ήταν αναγκαίο να διευκρινιστούν περισσότερο.

Σημαντική ήταν η συμβολή του DSM-III (1980) με τις διαφοροποιήσεις κατηγοριών και διαταραχών και όλα όσα βοήθησαν την κλινική και ερευνητική συνεννόηση. Η αναζήτηση της συνέχειας ή της ασυνέχειας μπορούσε τώρα να προχωρήσει με αφετηρία συγκεκριμένες μορφές ψυχοπαθολογίας ή διαταραχές. Η αναπτυξιακή προσέγγιση παρείχε επίσης πρόσφορο έδαφος για ουσιαστική διεπιστημονική συμβολή και συνεργασία.

## Προοπτικές-Μακροπρόθεσμες μελέτες

Σημαντικό εργαλείο για την έρευνα υπήρξε ο σχεδιασμός προοπτικών-μακροπρόθεσμων μελετών, με στόχο την παρακολούθηση της εξέλιξης και πορείας της ψυχικής υγείας και της ψυχοπαθολογίας για μεγάλες χρονικές περιόδους, από την παιδική-εφηβική ηλικία προς την ενηλικίωση, σε αντιπροσωπευτικά δείγματα στον γενικό πληθυσμό. Η μελέτη της πορείας των διαταραχών, το ζήτημα της συνέχειας ή της ασυνέχειας, έχει άρρηκτα συνδεθεί με την πορεία αυτών των μελετών. Έχει συζητηθεί ότι τις μελέτες

αυτές συνέλαβαν και οργάνωσαν επιστήμονες με διορατικότητα και ότι η ιστορική και επιστημονική τους συμβολή αξίζουν ιδιαίτερης πραγμάτευσης.<sup>2,3</sup> Διενεργήθηκαν σε διάφορα μέρη του κόσμου, μερικές πολύ πρώιμα. Στην Ευρώπη (όπως στην Αγγλία και την Ολλανδία), στην Αμερική και τον Καναδά (μελέτες του Οντάριο, Ν. Υόρκης, στα Smokey Mountains) αλλά και στη Ν. Ζηλανδία. Η τελευταία, αν και ηχεί κάπως μακρινή, φαίνεται να έχει αποβεί ίσως η σημαντικότερη, με πληθώρα αναφορών των πολυάριθμων δημοσιεύσεών της, ιδίως κατά την τελευταία δεκαετία. Ακολουθεί σύντομη αναφορά.

Η μελέτη αυτή περιέλαβε όλα σχεδόν τα παιδιά (το 91%) που γεννήθηκαν στο Dunedin της Ν. Ζηλανδίας σε διάστημα ενός χρόνου, μεταξύ 1972–1973: 1037 παιδιά, 52% αγόρια, 91% λευκά (complete birth cohort). Η συστηματική παρακολούθηση άρχισε από την ηλικία των 3 ετών και συνεχίστηκε ανά διετία μέχρι τα 15, μετά στα 18, στα 21, στα 26 και, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις, στα 32. Η προσπάθεια ήταν, σε κάθε χρονικό σημείο, τα παιδιά να προσέρχονται πίσω στο ερευνητικό κέντρο, ακόμη και αν είχαν μεταναστεύσει μακριά, και να παραμένουν εκεί μία ολόκληρη ημέρα, ώστε να γίνονται οι εκτιμήσεις. Έτσι διατηρήθηκε η συνοχή του πληθυσμού αυτού, π.χ. στην ηλικία των 26 ετών συγκεντρώθηκε το 96% όσων ζούσαν: 980 από τα 1037, όχι πια παιδιά αλλά άτομα. Η αρχική τακτική ήταν να προσπαθήσουν να ελέγξουν κατά πόσο παρατηρήσεις πρώιμων αποκλίσεων της συμπεριφοράς. Ήδη στην ηλικία των 3 ετών, μπορούσαν να προβλέψουν ψυχοπαθολογία και δυσλειτουργία σε επόμενες φάσεις της ψυχολογικής ανάπτυξης. Για παράδειγμα, στην ηλικία των 3 ετών ξεχώρισαν δύο ομάδες (ανάμεσα σε πέντε) που παρουσίαζαν εμφανείς αλλά διαφοροποιημένες αποκλίσεις συμπεριφοράς: μία με έντονη αναστολή και μία με δύσκολα διαχειρίσιμη υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Στην ηλικία των 21 ετών, στην πρώτη ομάδα υπήρχε σημαντικά συχνότερα διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ στη δεύτερη αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας μαζί με εμπλοκές σε αξιόποινες πράξεις. Και στις δύο ομάδες υπήρχαν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ τα αγόρια και στις δύο ομάδες είχαν συχνότερα προβλήματα με αλκοόλ.<sup>4</sup>

Στην πορεία, όταν τα παιδιά είχαν φτάσει στην ηλικία των 11 ετών, η μελέτη της συνέχειας ή της ασυ-

νέχειας γινόταν πλέον χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες διαγνώσεις, καθώς είχε εκδοθεί και το DSM-III, ενώ ακολούθησαν στη συνέχεια και οι αναθεωρήσεις του. Οι δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας προέρχονται κυρίως από αυτή την περίοδο, από τα 11 στα 26 ή στα 32 τους χρόνια. Ασφαλώς, κλινικές μελέτες με αφετηρία συγκεκριμένες διαταραχές (συνήθως μία ή δύο) έχουν επίσης συμβάλει πολύ στην αναγνώριση και κατανόηση ζητημάτων σχετικών με τη συνέχεια και την ασυνέχεια των παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Πάντως, για τα θέματα της «Συνέχειας-Ασυνέχειας», τα ευρήματα από τις μακροπρόθεσμες μελέτες αποτελούν τη βασική αναφορά.

### **Διευκρινίσεις σχετικά με την παρουσίαση των ευρημάτων**

Η παρουσίαση των ευρημάτων θεωρείται ότι μπορεί να επιχειρηθεί σε δύο επίπεδα, που είναι βέβαια συμπληρωματικά μεταξύ τους.<sup>5</sup> Καταρχάς σε ένα πιο συνολικό και σφαιρικό επίπεδο, όπου κεντρικό θέμα είναι η ανάδειξη της τάσης των παιδοψυχιατρικών διαταραχών για συνέχεια προς την ενήλικη ζωή και η έκταση αυτής της συνέχειας. Το άλλο επίπεδο είναι, με αφετηρία συγκεκριμένη διαταραχή ή διαταραχές, τα δεδομένα της συνέχειας ή ασυνέχειας να παρουσιάζονται πιο αναλυτικά και διεξοδικά. Σε κάθε επίπεδο βέβαια ανακύπτουν δυσκολίες λόγω της πολυπλοκότητας των θεμάτων. Η παρουσίαση αυτή κινείται κυρίως σε πιο συνολικό και σφαιρικό επίπεδο. Οι αναφορές που θα γίνουν σε συγκεκριμένες διαταραχές, καθώς και σε μερικές συνοσηρές ακολουθίες τους, είναι ενδεικτικές, προκειμένου να δοθεί σαφέστερα μια συνολική εικόνα, με βάση πάντα τα ευρήματα. Επιλέγονται ορισμένες δημοσιεύσεις από τις μακροπρόθεσμες μελέτες και προβάλλονται μερικά σημεία που από αυτές πάλι έχουν προκύψει, ιδίως όταν έχουν και πρακτικό χαρακτήρα. Πριν προχωρήσουμε στην παρουσίαση των ευρημάτων, μία σειρά ζητήματα χρήζουν τοποθέτησης και διευκρινίσεων.

- Έχοντας μακροπρόθεσμες μελέτες στον γενικό πληθυσμό, η έκταση της συνέχειας προβάλλεται σαφέστερα με βάση το τι συμβαίνει με τις πιο συνήθεις, τις πιο συχνές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, πράγμα που παραπέμπει άμεσα στην επίγνωση αναγκών και στη στόχευση των παρεμβάσεων. Έτσι, στις εκτιμήσεις σε αυτό το επίπεδο

δο, δεν περιλαμβάνονται διαταραχές με δεδομένη τη χρονιότητα, όπως π.χ. ο αυτισμός.

- Πολλές μελέτες ακολουθούν ή χρησιμοποιούν τη διάκριση εσωτερικευμένες/εξωτερικευμένες (internalizing/externalizing), η οποία αποδίδει δύο ευρείες περιοχές ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και στην καθεμία εμπίπτουν ορισμένες από τις συνήθειες και συχνές διαταραχές που συναντάμε στην κλινική πράξη. Στην εσωτερικευμένη περιοχή περιλαμβάνονται οι αγχώδεις και οι συναισθηματικές διαταραχές, ενώ στην εξωτερικευμένη η ΔΕΠ-Υ, η εναντιωματική διαταραχή, η διαταραχή διαγωγής, η αντικοινωνική διαταραχή ενηλίκων ως συνέχεια της προηγούμενης, καθώς και η χρήση ουσιών. Η διάκριση αυτή θεωρείται ότι έχει νόημα και ότι είναι χρήσιμη για την κλινική και ερευνητική συνεννόηση, πράγμα που υποστηρίχθηκε πάλι πρόσφατα.<sup>6</sup> Ασφαλώς δεν εξαντλείται η ψυχοπαθολογία με τις δύο αυτές περιοχές.
- Σε σχέση με τη συνέχεια των διαταραχών, ιδίως οι πιο πρόσφατες μελέτες ακολουθούν τη διάκριση σε ομοιοτυπική (homotypic) και ετεροτυπική (heterotypic) συνέχεια. Όταν μία διαταραχή συνεχίζεται η ίδια ή προβλέπει τον εαυτό της στον χρόνο περνώντας από διάφορες αναπτυξιακές φάσεις, πιθανόν με υποχωρήσεις και υποτροπές (π.χ. προηγούμενες αγχώδεις εκδηλώσεις ακολουθούνται από επόμενες αγχώδεις εκδηλώσεις), τότε η συνέχεια είναι ομοιοτυπική. Όταν μία διαταραχή ακολουθείται από μία άλλη διαφορετική διαταραχή στην πορεία (π.χ. προηγούμενη εναντιωματική διαταραχή ακολουθείται αργότερα από κατάθλιψη), τότε η συνέχεια είναι ετεροτυπική. Ομοιοτυπική και ετεροτυπική συνέχεια μπορεί βέβαια να συντρέχουν. Οι ετεροτυπικές συνέχειες θέτουν πιο σύνθετα προβλήματα για την έρευνα και την κατανόηση. Η σημασία της συννοσηρότητας συζητείται στην παρούσα εργασία.
- Ένα σημαντικό πλεονέκτημα στο πλαίσιο των προοπτικών μελετών είναι η δυνατότητα να αναζητούν και να εντοπίζουν διαφορετικές αναπτυξιακές διαδρομές που πιθανόν έχουν σημασία για την κατανόηση της αιτιολογίας, αλλά και για την αντιμετώπιση και την πρόγνωση. Για παράδειγμα, μπορεί να δειχθεί ότι διαφορετικές αναπτυξιακές διαδρομές μπορεί να συγκλίνουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων της ίδιας διαταραχής, έχοντας όμως διαφορετικές συνέπειες για την παραπέρα συνέχεια ή ασυ-

νεία τους – το καλύτερο παράδειγμα εντοπίζεται στο πλαίσιο των διαταραχών διαγωγής.

- Η προοπτική μελέτη επιτρέπει επίσης να ελέγχεται η εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας όχι μόνο μεταξύ παιδιών γενικά και ενηλίκων, αλλά και μεταξύ παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Αυτό επιτρέπει διαπιστώσεις σε σχέση πάλι με τις αναπτυξιακές διαδρομές, την ηλικία έναρξης, πρόδρομα συμπτώματα και άλλα θέματα που μπορεί να σχετίζονται με πλευρές της συνέχειας ή της ασυνέχειας.
- Τέλος, μία ακόμη σειρά σημαντικών θεμάτων συνδέονται εδώ: Ζητήματα ταξινόμησης, π.χ. μέσα από τα ευρήματα των μακροπρόθεσμων μελετών ελέγχεται η λογική με την οποία έχουν αντιμετωπιστεί ορισμένες διαταραχές και οι διακρίσεις τους στα ταξινομικά συστήματα, και λαμβάνονται υπόψη στις επόμενες αναθεωρήσεις. Ζητήματα σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια, π.χ. αν θα έπρεπε να διαφοροποιούνται αναπτυξιακά και με την ηλικία – ένα τρέχον παράδειγμα είναι οι προτεινόμενες τροποποιήσεις για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στους ενηλίκους. Ζητήματα επίσης σχετικά με τη σημασία της διαστασιακής έναντι της κατηγορικής απόδοσης των διαταραχών – χωρίς και να αντιτίθενται –, καθώς και η σημασία που έχουν ως προς τη συνέχεια οι υποκλινικές περιπτώσεις. Η ηλικία έναρξης μιας διαταραχής κατέχει επίσης σημαντική θέση εδώ, καθώς και ενδεχόμενες διαφορές ως προς το φύλο.

Ασφαλώς, τα ευρήματα που έχουν συγκεντρωθεί έχουν εμπλουτίσει σημαντικά τις πληροφορίες και έχουν καταστήσει τις γνώσεις μας πιο στέρεες. Πολλά όμως ζητήματα μένουν ανοιχτά σε περαιτέρω έρευνα, ιδίως σε σχέση με τους μηχανισμούς που μπορεί να υπεισέρχονται και να επηρεάζουν τη συνέχεια ή και την ασυνέχεια.<sup>5</sup>

### **Η έκταση της συνέχειας των διαταραχών σε συνολικό επίπεδο**

Ξεκινώντας από τον ευρωπαϊκό χώρο, συχνές είναι οι αναφορές στη μακροπρόθεσμη μελέτη από την Ολλανδία, η οποία περιέλαβε 1600 περίπου παιδιά (τυχαίοποιημένο δείγμα) από τον γενικό πληθυσμό μιας περιοχής. Η μελέτη άρχισε το 1983 με ηλικίες τότε των παιδιών μεταξύ 4 και 16 ετών και εύρος παρακολούθησης 14 χρόνια, με ενδιάμεσες αξιολογήσεις. Κατά την έκβαση, τα άτομα είχαν φτάσει σε ηλικίες μεταξύ 18 και 30 ετών. Στην αρχική φάση, οι εκτιμή-



σεις έγιναν με βάση το σχετικό ερωτηματολόγιο του Achenbach (CBCL) που συμπλήρωσαν οι γονείς σε συνέντευξη. Κατά την έκβαση συμπληρώθηκαν τα κατάλληλα για την ηλικία ερωτηματολόγια, αρχικά από τα ίδια τα άτομα και στη συνέχεια, με την έγκρισή τους, πάλι από τους γονείς τους (η συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους γονείς σε αυτή την ηλικία ήταν και μια καινοτομία αυτής της μελέτης).<sup>7</sup> Σε μια παράλληλη εκτίμηση κατά την έκβαση, έγινε και η απόδοση της τρέχουσας ψυχοπαθολογίας με αναφορά και στις διαγνώσεις κατά DSM-IV.<sup>8</sup>

Με βάση τα ερωτηματολόγια, παιδιά που κατά την αρχική εκτίμηση παρουσίαζαν βαθμολογία με αποκλίσεις σε διάφορες κλίμακες συμπτωμάτων, συνέχιζαν να παρουσιάζουν τέτοιες αποκλίσεις σε ποσοστό 41% κατά τις βαθμολογήσεις των ιδίων των ατόμων και σε ποσοστό 29% κατά τις βαθμολογήσεις των γονέων τους. Προκύπτουν επομένως και τα δύο: συνέχειες αλλά και ασυνέχειες. Με βάση τις κλινικές διαγνώσεις, υψηλές βαθμολογίες απόκλισης στο ερωτηματολόγιο κατά την παιδική ηλικία αύξαναν σημαντικά τον κίνδυνο παρουσίας ψυχιατρικής διαταραχής 14 χρόνια αργότερα. Και με τις δύο εκτιμήσεις, η σημαντικότερη συσχέτιση συνέχειας ήταν ως προς τις διασπαστικού τύπου διαταραχές. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι παιδιά που κατά την αρχική εκτίμηση παρουσίαζαν μεν αυξημένα συμπτώματα που εμπίπτουν στο πλαίσιο της ΔΕΠ-Υ, χωρίς όμως αυξημένα σκορ σε άλλες κλίμακες, ιδίως αντικοινωνικής συμπεριφοράς, δεν φαινόταν να παρουσιάζουν αυξημένη ψυχοπαθολογία κατά την έκβαση.

Από τη σημαντική σειρά δημοσιεύσεων στο πλαίσιο της μακροπρόθεσμης μελέτης του Dunedin που αναφέρθηκε, εκείνη του 2003 έτυχε πολύ συχνής αναφοράς.<sup>9</sup> Το εύρος ηλικίας ήταν μεταξύ 11 και 26 ετών, με αρχικές διαγνώσεις κατά DSM-III, στην πορεία το DSM-III-R και τώρα το DSM-IV. Στόχος της μελέτης ήταν να αναδειχθεί η έκταση στην οποία οι ψυχιατρικές διαταραχές των ενηλίκων έχουν τη βάση τους σε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των προηγούμενων ηλικιών, γεγονός που θεωρείται ότι αναδεικνύεται καλύτερα με "prospective follow back" μελέτη: Δηλαδή η παρουσία προηγούμενης ψυχοπαθολογίας και διαγνώσεων δεν στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν αναδρομικά, όπως συμβαίνει συχνά σε τέτοιου είδους μελέτες, αλλά στις αξιολογήσεις που προγραμματισμένα και άμεσα είχαν γίνει

κατά την εξελισσόμενη φάση της μελέτης. Αυτό δε ήταν ένα από τα ισχυρά σημεία της μελέτης. Επίσης, οι διαγνωστικές εκτιμήσεις στην ηλικία των 26 ετών έγιναν ως προς ένα ικανό εύρος διαγνώσεων -17. Οι εκτιμήσεις αναφέρονταν στο παρελθόν έτος από την ημέρα της επανεξέτασης. Τα κυριότερα συμπεράσματα έχουν ως εξής:

Οι ενήλικοι με μία ψυχιατρική διαταραχή, στην πλειοψηφία τους είχαν μία διαταραχή που μπορούσε να διαγνωστεί από την παιδική ή εφηβική τους ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, σε συνολικό επίπεδο, τα μισά από τα άτομα τα οποία 26 τους χρόνια πληρούσαν τα κριτήρια για μια διαταραχή κατά το DSM-IV είχαν λάβει μια διάγνωση ήδη μεταξύ 11 και 15 ετών, ενώ τα 3/4 είχαν λάβει μία διάγνωση μέχρι τα 18 τους χρόνια. Αυτά ως προς όλους τους τρόπους που είχαν προβλεφθεί, ώστε η διάγνωση παρουσίας μιας διαταραχής κατά τη συνέντευξη να ελέγχεται και ως προς την κλινική της σημασία (βοήθεια που είχε ζητηθεί/υπηρεσίες που είχαν δοθεί κατά το παρελθόν έτος).

Η ομοιοτυπική συνέχεια ήταν αυτή που γενικά επικρατούσε. Πιο αναλυτικά, ομοιοτυπική ήταν η συνέχεια ιδιαίτερα ως προς τις αγχώδεις διαταραχές και αρκετά για την κατάθλιψη. Σημαντική συσχέτιση υπήρχε επίσης ανάμεσα στη διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας των ενηλίκων και την παρουσία διαταραχής διαγωγής και/ή εναντιωματικής διαταραχής πριν από την ηλικία των 15 ετών. Επίσης, σε ενηλίκους με διάγνωση διαταραχής χρήσης ουσιών, η διαταραχή διαγωγής ήταν αυτή που κυρίως είχε προηγηθεί. Παράλληλα, αναδείχτηκε και υψηλός βαθμός ετεροτυπικής συνέχειας. Σε αρκετές δηλαδή από τις διαγνώσεις των ενηλίκων υπήρχαν και άτομα που κατά την παιδική-εφηβική τους ηλικία είχαν λάβει διαφορετικές διαγνώσεις. Αυτό ίσχυε περισσότερο πάλι μεταξύ των ατόμων που τώρα λάμβαναν διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής, για την κατάθλιψη, καθώς και για τα άτομα που τώρα έπαιρναν διάγνωση σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής. Το τελευταίο ήταν αρκετά αναμενόμενο, αφού και άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι σε άτομα που αργότερα θα λάβουν μια διάγνωση σχιζοφρενικού τύπου διαταραχής μπορεί να έχουν προηγηθεί διάφορες άλλες διαγνώσεις.

Σημαντικό ήταν το εύρημα ότι παιδιά με διαταραχή διαγωγής και/ή εναντιωματική διαταραχή, εκτός από τη συνέχεια προς την αντικοινωνική προσωπικότητα, παρουσίαζαν επιπλέον, ως ενήλικοι, και διάφορες άλλες μείζονες διαταραχές. Οι συγγραφείς δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στο εύρημα αυτό. Όπως σημειώνουν, αναπτύχθηκαν «αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες, διαταραχές διατροφής, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, ακόμη και μανιακά επεισόδια». Όπως συζητήθηκε αργότερα, είναι πιθανόν η εναντιωματική διαταραχή, η οποία στη μελέτη αυτή του Dupedin συμπεριλαμβανόταν ενιαία με τη διαταραχή διαγωγής, να συνέβαλε στην παραπέρα ανάπτυξη τόσο ποικίλης ψυχοπαθολογίας.<sup>10</sup> Υπάρχουν ενδείξεις από αξιολογικές μελέτες ότι αυτό μπορεί να συμβαίνει με την εναντιωματική διαταραχή<sup>11</sup> και, επειδή το ζήτημα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, θα συζητηθεί πιο αναλυτικά παρακάτω. Πάντως, άτομα με αντικοινωνικές συμπεριφορές στο προσκήνιο μπορεί να έχουν αρκετά σύνθετη ψυχοπαθολογία που πρέπει να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται.

Τα συνολικά ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές των ενηλίκων σε μεγάλο βαθμό αποτελούν προεκτάσεις ψυχιατρικών διαταραχών από την παιδική ή εφηβική ηλικία. Μία υπόδειξη για την κλινική πράξη είναι ότι οι κλινικοί, μπροστά στις διαταραχές νεαρών ενηλίκων, χρήσιμο είναι να έχουν κατά νου ότι περίπου 1 στα 2 περιστατικά μάλλον θα έχει ένα προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, πιθανόν από αρκετά νωρίς. Φανερό είναι βέβαια η σημασία που έχει η προσεκτική λήψη του προηγούμενου αναπτυξιακού-ψυχιατρικού ιστορικού. Φυσικά είναι σαφές το νόημα για τη σχέση παιδοψυχιατρικής και πρόληψης. Τονίζεται, τέλος, η χρησιμότητα που θα έχει να βρεθεί τρόπος να αποτυπώνεται αναπτυξιακά η διαδρομή των συμπτωμάτων του ατόμου στο DSM-V.<sup>9</sup>

Στο σημείο αυτό, χρήσιμη είναι μία στοιχειώδης αναφορά στα ευρήματα της μελέτης των Kessler et al,<sup>12</sup> που –αν και διαφορετικής μεθοδολογίας– έχει πτυχές που επιτρέπουν παραλληλισμούς. Στόχος ήταν εκτιμήσεις της διά βίου επίπτωσης των ψυχιατρικών διαταραχών κατά το DSM-IV αλλά και ο προσδιορισμός της ηλικίας έναρξής τους, με έμφαση κυρίως στις διαταραχές που εμπíπτουν στις δύο ευρείες περιοχές ψυχοπαθολογίας. Είναι σε διαφορετικό πληθυσμό, στην Αμερική, με δείγμα αντιπροσωπευτικό

σε εθνικό επίπεδο, και έτυχε επίσης πολύ συχνής αναφοράς. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα είναι ότι «οι μισές από όλες τις διά βίου περιπτώσεις αρχίζουν στην ηλικία των 14 ετών και τα τρία τέταρτα στην ηλικία των 24 ετών». Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης, όχι μόνο για διαταραχές που συνεπάγονται μειωμένο έλεγχο παρορμήσεων, όπως η εναντιωματική και η διαταραχή διαγωγής, αλλά και για τις αγχώδεις διαταραχές συνολικά, προσδιορίζεται ακόμη νωρίτερα, στην ηλικία των 11 ετών. Τονίζεται και εδώ η έμφαση που πρέπει να δοθεί στην παιδική και εφηβική ηλικία, συμπέρασμα που απορρέει λογικά από τα ευρήματα. Δίνονται παρακάτω μερικά στοιχεία της συνέχειας και της τροπής που ενδεχομένως θα λάβουν, με αφετηρία συγκεκριμένες διαταραχές στις δύο ευρείες περιοχές ψυχοπαθολογίας.

#### **Διαταραχές στις δύο ευρείες περιοχές ψυχοπαθολογίας (Internalizing/Externalizing): Συνέχειες και ακοιλουθίες**

Στο πλαίσιο του εσωτερικευμένου τύπου μορφών ψυχοπαθολογίας, αξιολογημένη συνέχεια έχει αναδειχθεί ως προς όλες τις διαγνώσεις που εμπíπτουν σ' αυτόν, ενώ έχουν και ισχυρή συννοσηρότητα μεταξύ τους. Ακολουθούν μερικά από τα ευρήματα για τις αγχώδεις διαταραχές συνολικά, καθώς και –ειδικότερα– για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ). Η κατάθλιψη απαιτεί ασφαλώς χωριστή αντιμετώπιση.

Αγχώδεις διαταραχές της μιας ή της άλλης μορφής, με αρκετές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του παιδιού, μπορεί να αρχίζουν αρκετά νωρίς. Στη μελέτη Kessler et al<sup>12</sup> που αναφέρθηκε, οι αγχώδεις διαταραχές ήταν η συχνότερη διαγνωστική κατηγορία σε βάθος χρόνου (28%) και είναι ενδιαφέρον ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξής τους προσδιορίζεται γενικά στα 11 χρόνια. Ορισμένες μορφές έχουν μέσο όρο έναρξης νωρίτερα (άγχος αποχωρισμού και ειδικές φοβίες στα 7 χρόνια) ή λίγο αργότερα (π.χ. κοινωνική φοβία στα 13 χρόνια). Υπάρχει αρκετή σταθερότητα παρουσίας του στον χρόνο (stability), από την παιδική στην εφηβική ηλικία και παραπέρα στην ενήλικηση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ασυνέχειες. Ακόμη και στο πλαίσιο της προσχολικής ηλικίας φαίνεται να υπάρχει τέτοια σταθερότητα, σε περιπτώσεις που αγχώδεις εκδηλώσεις αρχίσουν από τόσο νωρίς.<sup>13</sup>

Στο πλαίσιο της μελέτης του Dunedin,<sup>14</sup> στην ηλικία των 32 ετών η επίπτωση διαταραχών άγχους στα άτομα του γενικού πληθυσμού κυμαινόταν από 2% έως 9%, με βάση επτά επιμέρους διαγνώσεις αγχώδους διαταραχής κατά DSM-IV. Κατά την εξελισσόμενη φάση, τα μισά περίπου από τα άτομα αυτά είχαν λάβει μια ψυχιατρική διάγνωση (όχι υποχρεωτικά αγχώδους διαταραχής) μεταξύ 11 και 15 ετών, ενώ το 1/3 είχε παρουσιάσει μια αγχώδη διαταραχή ήδη μέχρι τα 15 (υπεραγχώδη, άγχους αποχωρισμού, φοβία). Η παρουσία προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού αυξανόταν προς τα 18 ή και λίγο αργότερα, και από εκεί και μετά υπήρχαν σχετικά λίγες «καινούργιες» περιπτώσεις.

Υπήρχε ισχυρή τάση συννοσηρότητας μεταξύ των διαφόρων μορφών άγχους, π.χ. ποσοστό 30% των ατόμων με διαταραχή γενικευμένου άγχους συμπλήρωναν κριτήρια και για κοινωνική φοβία (στενή ομοιοτυπική συνέχεια), καθώς και με την κατάθλιψη (ευρύτερη ομοιοτυπική συνέχεια). Η συνέχεια δηλαδή εντάσσεται στην ίδια ευρεία περιοχή εσωτερικευμένου τύπου ψυχοπαθολογίας. Κάποιοι συσχετισμοί με εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές (ετεροτυπική συνέχεια) βρέθηκαν κυρίως με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες: ενήλικοι με αυτή τη διαταραχή σε έναν βαθμό είχαν λάβει διάγνωση διαταραχής διαγωγής ή εναντιωματικής διαταραχής κατά την εφηβική τους ηλικία, πράγμα που δεν συνέβαινε με τις άλλες μορφές αγχώδους διαταραχής. Επίσης, οι ειδικές φοβίες στους ενήλικους, ενώ είχαν έναρξη από νωρίς, δεν παρουσίαζαν ιδιαίτερες συννοσηρότητες με άλλες διαταραχές.

Η ισχυρή συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης έχει πιθανόν επισκιάσει ως ένα σημείο την καθεαυτό σημασία που φαίνεται ότι πρέπει να δίνεται στις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Στο πλαίσιο της μελέτης της κατάθλιψης, σε κλινικούς κυρίως πληθυσμούς, μια ερευνητική διαπίστωση με αρκετή αποδοχή είναι ότι αγχώδεις εκδηλώσεις προηγούνται αναπτυξιακά στην πορεία προς την κατάθλιψη, η οποία θα εμφανιστεί αργότερα. Προκύπτει έτσι ένα είδος ευρύτερης ομοιοτυπικής συνέχειας, καθώς και η σκέψη για ένα κοινό υπόστρωμα, ενώ η ορισμένη κατεύθυνση της ακολουθίας –από το άγχος προς την κατάθλιψη– στρέφει φυσικά το βάρος στην κατάθλιψη.<sup>5,15</sup> Πρόσφατα ευρήματα ωστόσο από τις μακροπρόθεσμες μελέτες σε γενικούς πληθυσμούς,

δείχνουν ότι παράλληλα μπορεί να ισχύουν και εναλλακτικές εκδοχές.<sup>5,10</sup> Στη μελέτη της Ν. Υόρκης, η υπεραγχώδης διαταραχή προέβλεπε συνέχεια με την ίδια και με άλλες αγχώδεις διαταραχές, καθώς και με την κατάθλιψη, υπήρχαν όμως περιπτώσεις που η κατάθλιψη είχε προηγηθεί και ακολούθησαν οι αγχώδεις εκδηλώσεις.<sup>16</sup>

Το ζήτημα αυτό ελέγχεται ειδικότερα στο πλαίσιο της μελέτης του Dunedin, με βάση τον συνδυασμό διαταραχής γενικευμένου άγχους και κατάθλιψης.<sup>17</sup> (Από τις αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή γενικευμένου άγχους θεωρείται ότι έχει τους περισσότερους συσχετισμούς με την κατάθλιψη). Στην ηλικία των 32 ετών ο συνδυασμός αυτός παρατηρήθηκε στο 12% του γενικού αυτού πληθυσμού. Μελετώντας την προηγούμενη πορεία τους, φάνηκε ότι πράγματι αγχώδεις εκδηλώσεις προηγούνταν της κατάθλιψης, αλλά μόνο στο 1/3 των περιπτώσεων. Σε άλλο 1/3 η ακολουθία ήταν αντίστροφη, η κατάθλιψη δηλαδή προηγήθηκε της αγχώδους διαταραχής, ενώ στο υπόλοιπο 1/3 είχαν αρχίσει ταυτόχρονα. Η εναλλακτική τοποθέτηση που διατυπώνεται είναι ότι, τουλάχιστον στον συνδυασμό αυτό, η αγχώδης διαταραχή δεν είναι ιεραρχικά κατώτερη, αλλά ισότιμη με την κατάθλιψη.

Τα παραπάνω στον συνδυασμό τους υποδεικνύουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν και αυτές καταστάσεις που με διάφορους τρόπους επιβαρύνουν την ψυχική υγεία. Στην κλινική πράξη χρειάζεται η αξιολόγηση της παρουσίας τους και ένας σχεδιασμός για την αντιμετώπισή τους, ακόμη και αν τις δεχτούμε ως έναν παράγοντα επικινδυνότητας της κατάθλιψης.<sup>5</sup> Τονίζεται η ανάγκη για οργανωμένες παρεμβάσεις και κατά την προσχολική ηλικία.<sup>13,18</sup>

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μία κύρια διαταραχή που εξετάζεται τόσο στο πλαίσιο των διαταραχών άγχους όσο και ξεχωριστά. Όπως είναι γνωστό από την έρευνα και την κλινική πράξη, ΙΨΔ διαταραχή με τη μορφή που απαντά στους ενήλικους μπορεί να εμφανίζεται από την ηλικία των 4–5 ετών. Είναι προφανές επομένως το ενδιαφέρον για τη συνέχεια. Στη μελέτη του Dunedin<sup>19</sup> διαχωρίστηκε μία υποομάδα παιδιών ως εξής: παιδιά τα οποία στην ηλικία των 11 ετών, σε προσωπική συνέντευξη με τον εξεταστή, απάντησαν «ναι» σε τουλάχιστον μία από τέσσερις ερωτήσεις σχετικές με ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς (61 παιδιά, 8% του γενικού



πληθυσμού). Είκοσι χρόνια μετά, τα παιδιά αυτά, ενήλικοι πλέον, πληρούσαν σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό τα κριτήρια ΙΨΔ. Η μελέτη έχει μια μοναδικότητα, καθώς δείχνει μια σημαντική σταθερότητα της ΙΨΔ στον χρόνο, ξεκινώντας ακόμη και από υποκλινικό επίπεδο.

Σημειώνονται ακόμη μερικές παράλληλες διαπιστώσεις που έγιναν στον πληθυσμό αυτόν στην ηλικία μεταξύ 26–32 ετών. Ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμοί ήταν αρκετά συχνοί και σε άτομα που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια ψυχιατρική διαταραχή (γύρω στο 17%). Αυτό, σε αντίθεση με τη συχνότητα πλήρους ΙΨΔ που ήταν 2,3% στα 26 και 1,8% στα 32 χρόνια. Ήταν επίσης πολύ συχνότεροι (31–49%) σε άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις αλλά όχι ΙΨΔ. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παρουσία συμπτωμάτων αύξανε σημαντικά την πιθανότητα παρουσίας άλλων ψυχιατρικών διαταραχών του άξονα Ι. Είναι ενδιαφέρον ότι η παρουσία των ΙΨ συμπτωμάτων στα 26 αύξανε σημαντικά την πιθανότητα να υπάρχουν και στα 32. Γενικά, οι ιδεοληψίες ήταν που κυρίως προκαλούσαν τη μεγαλύτερη ενδοψυχική ανησυχία και ωθούσαν στην αναζήτηση βοήθειας ακόμη και τα άτομα που δεν είχαν ψυχιατρική διάγνωση (10%).<sup>19</sup>

Ενδιαφέροντα στοιχεία παρέχει και μια πολύ πρόσφατη δημοσίευση από το ειδικό ιατρείο παιδικής ΙΨΔ στο Maudsley.<sup>20</sup> Παρακολουθούνται 142 παιδιά, που εξετάστηκαν στο ιατρείο σε διάστημα εννέα χρόνων. Νεαροί και γονείς συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά διαγνωστικές συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια. Η ΙΨΔ συνεχιζόταν στο 41% των περιπτώσεων. Το 40% των ατόμων είχε και μία άλλη ψυχιατρική διάγνωση, εκτός της ΙΨΔ. Η διάρκεια που ήδη είχε η διαταραχή κατά την αρχική εξέταση φάνηκε να είναι ο σπουδαιότερος προγνωστικός παράγοντας για τη διαιώνισή της. Η υψηλότερη αρχική ψυχοπαθολογία συσχετιζόταν επίσης με τη συννοσηρή κατάσταση στη συνέχεια.

Το συμπέρασμα είναι ότι η ΙΨΔ με έναρξη στην παιδική ηλικία τείνει προς χρονιότητα. Το 50% εξακολουθούσε να δέχεται θεραπεία και πολλοί από αυτούς τους νεαρούς αισθάνονταν την ανάγκη να συνεχιστεί.<sup>20</sup> Με την ευκαιρία αυτή, θίγεται και το θέμα μιας ήπιας μετάβασης από τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες προς τις υπηρεσίες ενηλίκων, πράγμα που ισχύει βέβαια και για άλλες περιπτώσεις διαταραχών.

Αυτονόητο είναι το ζήτημα της έγκαιρης αναγνώρισης και παρέμβασης με το ενδεχόμενο να μπορεί να προληφθεί η χρονιότητα ή για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας. Ασφαλώς, υπάρχουν αρκετά άλλα θέματα που μπορεί ιδιαίτερα να σχετίζονται με την πρώιμη εμφάνιση ΙΨΔ διαταραχής, όπως τάσεις προς ορισμένες συννοσηρότητες, που ξεφεύγουν από τα όρια του παρόντος.

Περνώντας στις εξωτερικευμένου-διασπαστικού τύπου διαταραχές, τα δεδομένα εμφανίζονται ιδιαίτερα σύνθετα, τόσο ως προς τις μεταξύ τους ακολουθίες και συνέχειες όσο και ως προς τις ετεροτυπικές συνέχειες που μπορεί να προκύπτουν. Ακολουθεί μια όσο γίνεται πιο συνοπτική αναφορά στα ζητήματα αυτά. Σημειώνεται καταρχάς ότι διαταραχές που εμπíπτουν εδώ εξ ορισμού εμφανίζονται από την παιδική ή την εφηβική ηλικία: ΔΕΠ-Υ πριν τα 6–7, εναντιωματική και διαταραχή διαγωγής κάπου στη διαδρομή μέχρι τα 18, ενώ η διάγνωση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή προϋποθέτει την παρουσία διαταραχής διαγωγής πριν από την ηλικία των 15 ετών.

Η συνέχεια από τη διαταραχή διαγωγής (ΔΔ) προς την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι η ισχυρότερη ίσως συνέχεια που έχει αναδείξει η έρευνα διαχρονικά. Στη διαδρομή τους η εμπλοκή με χρήση ουσιών περιλαμβάνεται επίσης (έστω και αν η έναρξη χρήσης μπορεί να συμβαίνει και λίγο αργότερα) και μάλιστα θεωρείται τώρα ως μια ομοιοτυπική διασύνδεση.<sup>5,21,22</sup> Η δυσμενής αυτή συνέχεια (ΔΔ προς αντικοινωνική προσωπικότητα) είχε επισημανθεί αρκετά νωρίς (Robins 1978),<sup>23</sup> με την παράλληλη όμως διαπίστωση ότι αρκετά αντικοινωνικά παιδιά, περίπου τα μισά, δεν εξελίσσονται σε αντικοινωνικούς ενηλίκους. Η από νωρίς έναρξη, πριν από την ηλικία των 10 ετών, και η ποικιλία των αντικοινωνικών συμπεριφορών, συνδεόταν ισχυρότερα με τη συνέχεια, γεγονός που επιβεβαιώθηκε κατόπιν και από άλλες μελέτες.<sup>5</sup>

Με βάση την ηλικία έναρξης (πρώιμη ή όψιμη), από τις μακροπρόθεσμες μελέτες (ιδίως του Dunedin) μπόρεσαν να αναδειχτούν δύο διαφορετικές αναπτυξιακές διαδρομές, οι οποίες συγκλίνουν μεν κάπου στην εφηβεία, αλλά η παραπέρα πορεία τους μπορεί να είναι πάλι διαφορετική ως προς τη συνέχεια ή την ασυνέχεια. Από αυτές τις διαπιστώσεις προέρχεται και η κυριότερη διάκριση που αναφέρε-



ται στο DSM-IV: τύπος με παιδική έναρξη και τύπος με εφηβική έναρξη, με κριτήριο την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων διαταραχής διαγωγής πριν την ηλικία των 10 ετών.<sup>24</sup> Η άποψη που επικρατεί είναι ότι τα παιδιά με πρώιμη έναρξη εμφανίζουν επιβαρύνσεις ως προς διάφορες ατομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους, που οδηγούν σε αλυσιδωτές αρνητικές αλληλεπιδράσεις και καθιστούν τη συνέχεια πιο πιθανή (early onset-life persistent). Αντίθετα, τα παιδιά με όψιμη έναρξη βρίσκονται πιο κοντά στο φυσιολογικό, η εμπλοκή τους με παραβατικές πράξεις μπορεί να ανήκει στις δοκιμές της εφηβείας, πράγματα που καθιστούν την ασυνέχεια και την «επιστροφή» τους πιο πιθανή (adolescent limited).<sup>5,24</sup>

Εν όψει του DSM-V εξετάζεται η αντοχή στον χρόνο της παραπάνω διάκρισης και η χρησιμότητά της στην κλινική πράξη, καθώς και διάφορα άλλα θέματα που μπορεί να υπεισέρχονται στη συνέχεια ή στην ασυνέχεια. Πάντως, και οι δύο υποομάδες χρειάζονται έγκαιρη και οργανωμένη αντιμετώπιση.<sup>24</sup> Ανοιχτά θέματα ή αντικρουόμενα ευρήματα υπάρχουν σχετικά και με ενδεχόμενες διαφορές ως προς το φύλο.<sup>22</sup> Με δεδομένη την ανομοιογένεια της συμπεριφοράς των παιδιών που εμπίπτουν στα κριτήρια της διαταραχής διαγωγής, ένα σημαντικό ζήτημα που εξετάζεται είναι ποιες πρώιμες εκδηλώσεις και χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορεί ιδιαίτερα να σχετίζονται με τη συνέχεια και έκβαση προς τις πιο σοβαρές αντικοινωνικές εκδηλώσεις, αυτές που περιλαμβάνουν επιθετικότητα και βία.<sup>24</sup>

Με αφετηρία τη ΔΕΠ-Υ, μια παράλληλη συχνή συννόσηση είναι μεταξύ ΔΕΠ-Υ και ΔΔ, με τη μεσολάβηση ενδεχομένως εναντιωματικής διαταραχής. Οι δύο καταστάσεις έχουν διαχωριστεί και η ακολουθία είναι από τη ΔΕΠ-Υ προς τη ΔΔ και όχι το αντίστροφο. Άλλωστε, ένας σημαντικός λόγος που τονίζεται η ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι ακριβώς ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου προς τη ΔΔ. Η έναρξη της ΔΕΠ-Υ δεν τροφοδοτείται από άλλες διαταραχές και έχει αξιοσημείωτη συνέχεια: περίπου τα μισά παιδιά συνεχίζουν να λαμβάνουν τη διάγνωση στην ενήλικη ζωή, έχοντας ενδεχομένως επιπτώσεις σε διάφορους τομείς ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, χωρίς αυτό να σημαίνει αναγκαστικά αντικοινωνικές συμπεριφορές, ή τουλάχιστον όχι σοβαρές. Ο συνδυασμός ΔΕΠ-Υ και ΔΔ επιβαρύνει την πρόγνωση και φαίνεται ότι μερι-

κές από τις σοβαρότερες συνέπειες στην αρχή της ενηλικίωσης (π.χ. εγκλεισμός) προκύπτουν κυρίως όταν στο μεταξύ έχει αναπτυχθεί ΔΔ. Η εμπλοκή με χρήση ουσιών πάλι ενισχύεται με τη μεσολάβηση ΔΔ, υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη τάση προς τη χρήση και χωρίς τη μεσολάβηση ΔΔ.<sup>25</sup>

Περνώντας στην εναντιωματική διαταραχή, όπως ήδη σημειώθηκε, αυτή μπορεί να συνυπάρχει με ΔΕΠ-Υ ή μπορεί να μεσολαβεί και προς τη ΔΔ. Στα διαγνωστικά συστήματα, αν και υπάρχουν διαφορές μεταξύ DSM-IV και ICD-10, ουσιαστικά αντιμετωπίζεται ως υποκείμενη ή πρόδρομος της ΔΔ. Μολονότι ισχύει η συνέχεια Εναντιωματική-ΔΔ-Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η εναντιωματική διαταραχή μπορεί να τροφοδοτεί και άλλες ετεροτυπικές διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη, ακόμη και απευθείας ή ανεξάρτητα από τη συνέχεια προς τη ΔΔ.<sup>11</sup> Φαίνεται δηλαδή ότι η εναντιωματική διαταραχή μπορεί να συνιστά μια ετερογενή ομάδα και κυρίως ότι περιλαμβάνεται μια συναισθηματική διάσταση η οποία μπορεί να συμβάλει, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται αυτή η ποικιλία συνεχειών. Ιδιαίτερα διαφωτιστική προς αυτή τη κατεύθυνση είναι μια πρόσφατη μελέτη από την Αγγλία, σε μεγάλο αριθμό παιδιών (18.415 παιδιά, 5-16 ετών, συγχρονική-cross-sectional) που είναι αντιπροσωπευτικός σε εθνικό επίπεδο.<sup>26</sup>

Η αρχική υπόθεση ήταν ότι μπορούν να διαχωριστούν τρεις διαστάσεις (ευερεθιστότητα, ισχυρογνωμοσύνη, σκληρότητα-hurtfulness), που η καθεμία αντιστοιχεί σε ορισμένα από τα συμπτώματα που ορίζουν τη διάγνωση της εναντιωματικής διαταραχής. Μπορεί να έχουν την τάση να συντρέχουν, αλλά η καθεμία να έχει και χωριστές διασυνδέσεις ως προς άλλες διαταραχές ή συμπτώματα. Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ως εξής: Η ευερεθιστότητα βρέθηκε να σχετίζεται με άγχος και κατάθλιψη, η ισχυρογνωμοσύνη με ΔΕΠ-Υ, ενώ η σκληρότητα (hurtful) με εχθρικότητα και κακεντρέχεια. Και οι τρεις παράγοντες συμπτώματα διαταραχής διαγωγής, αλλά με διαφοροποιημένη πάλι σχέση ως προς την επιθετικότητα: Ευερεθιστότητα και ισχυρογνωμοσύνη δεν συνδέονταν με επιθετικές συμπεριφορές, παρόλο που μπορεί να υπήρχαν προβλήματα, ενώ η σκληρότητα φάνηκε ότι σχετίζεται κυρίως με επι-

θετικές συμπεριφορές. Ανεξάρτητα και από το τι θα δείξει η παραπέρα έρευνα, η μελέτη αυτή είναι ένα καλό παράδειγμα της δυνατότητας που προσφέρει η αναπτυξιακή προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας για καλύτερη κατανόηση. Η μελέτη λαμβάνεται υπόψη από την αρμόδια ομάδα που επεξεργάζεται το DSM-V, μαζί και με άλλες που υποδεικνύουν ότι η εναντιωματική διαταραχή πρέπει να βρει μία διαφορετική θέση.<sup>10,27</sup> Σε πρακτικό επίπεδο, τα παιδιά με εναντιωματικού τύπου εκδηλώσεις χρειάζονται προσεκτική αξιολόγηση και ανάλογη αντιμετώπιση.

### Συμπεράσματα

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η παρουσία διαγνωστικής ψυχοπαθολογίας-ψυχιατρικής διαταραχής κατά την παιδική-εφηβική ηλικία αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα κινδύνου για την παρουσία ψυχιατρικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή: περίπου οι μισές από τις περιπτώσεις ενηλίκων έχουν έναρξη πριν από την ηλικία των 15 ετών, με βάση μάλιστα τις πιο συνήθεις διαταραχές που συναντάμε στην κλινική πράξη. Από πλευράς ψυχικής υγείας, είναι προφανής η έμφαση που πρέπει να δοθεί σε όλους τους τρόπους πρόληψης και παρέμβασης κατά την παιδική και εφηβική περίοδο. Ασφαλώς, για πολλά επιμέρους θέματα χρειάζεται περαιτέρω μελέτη – ένα θέμα που προβάλλει είναι από πόσο νωρίς μπορεί να αναγνωρίζονται καταστάσεις και συμπεριφορές που αξιόπιστα να προβλέπουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

Σαφή είναι βέβαια τα μηνύματα για την Παιδοψυχιατρική αλλά και για την επαρκή οργάνωση και παρουσία υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης και παρέμβασης, σε συνεργασία ιδίως με τα σχολεία, υποστηρίζουν τους στόχους της πρόληψης. Ας σημειωθεί ότι, διεθνώς, τα περισσότερα από τα παιδιά που έχουν ανάγκη από αντιμετώπιση και υποστήριξη δεν προσεγγίζουν υπηρεσίες. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για καταστάσεις όπως οι διαταραχές διαγωγής, με τις τόσες σοβαρές και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους. Αλλά και όταν γίνεται η διάγνωση σε αυτά τα παιδιά, συχνά χρειάζεται να υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα, για να έχει πιθανότητες η περαιτέρω αντιμετώπιση να αποβεί πιο αποτελεσματική – στη χώρα μας δεν έχουμε καθόλου προγράμματα ειδικά για παιδιά με διαταραχές διαγωγής.

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που προκύπτει από τα ευρήματα, το οποίο άλλωστε αντιμετωπίζουμε συχνά στην κλινική πράξη, είναι η ευαίσθητη περίοδος της μετάβασης από το παιδοψυχιατρικό πλαίσιο σε ένα πλαίσιο ενηλίκων, για τους νεαρούς που τα προβλήματά τους συνεχίζονται ή υποτροπιάζουν. Από τη μία χρειάζεται να προβλέπεται από τις υπηρεσίες η ομαλή μετάβαση, από την άλλη θα πρέπει να είναι δεδομένη η ενεργός συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ παιδοψυχιάτρων και ψυχιάτρων. Είναι ουσιαστικό για τους ασθενείς μας, αλλά είναι και μια εμπειρία που μας εμπλουτίζει.

## Continuities and discontinuities of psychopathology from childhood to adulthood

G. Karantanos

*Child Psychiatrist-Psychiatrist, Athens, Greece*

Psychiatriki 2012, 23:S15–S26

Important data about possible continuities and discontinuities of psychopathology from childhood to adulthood have been provided by findings from well scheduled prospective longitudinal studies of community-based samples. Findings from clinical populations have contributed as well. This presentation relies on data from selected studies of reference. An effort is made to combine results demonstrating the extent of continuity at a more general level with those indicating continuities or discontinuities concerning disorders commonly presented in clinical practice. These disorders are those included in the internalizing (anxiety and mood disorders) and externalizing (ADHD, oppositional, conduct disorder-antisocial personality disorder) domains of psychopathology. Discontinuities

do exist, however findings also suggest considerable longitudinal links between childhood-adolescence and adulthood. Reports from the Dunedin longitudinal study showed that half of those with psychiatric diagnoses at the age of 26 had met criteria for psychiatric disorder by the age of 15, and that figure approached 75% by the age of 18. Homotypic continuity is the most prominent. There are also heterotypic continuities, while homotypic and heterotypic continuities may co-occur. Among common disorders, findings suggest continuity tendencies even for anxiety disorders and for subclinical cases with obsessive and compulsive symptoms as well. Comorbidity between different anxiety disorders (strict homotypic continuity) as well as between them and depression (broad homotypic continuity) is very common. In the externalizing domain, longitudinal links between conduct disorder and antisocial personality disorder, including adverse consequences in psychosocial functioning, have been repeatedly found. Childhood onset subtype of conduct disorder is more prone to this adverse outcome, however all cases with conduct disorder need early recognition and intervention. During the course of conduct disorder, substance use is now recognized as a kind of homotypic continuity. About half of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) cases continue into adulthood. These individuals usually face problems in several aspects of their adult life, such as interpersonal relationships, educational and occupational functioning. In ADHD cases, the emergence of conduct disorder worsens the adverse outcome; therefore prevention of this complication is of significant importance for intervention. There are indications that oppositional disorder cases may be heterogeneous and that this may explain the heterotypic continuities that have been found so far. Many aspects are open to further study, particularly those concerning the possible mechanisms involved in continuities or discontinuities in various disorders. Data suggesting the extent of continuities are important for both child psychiatry and psychiatry. Attention should be focused on early intervention, services provision and cooperation. The latter is of vital importance during the transition from child to adult services.

**Key words:** Prospective longitudinal studies, homotypic-heterotypic continuity, internalizing-externalizing disorders, anxiety disorders, conduct disorder, oppositional disorder.

## Βιβλιογραφία

- Rutter M. *Developmental Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1980
- Maugham B, Kim-Cohen J. Continuities between childhood and adult life. *Br J Psychiatry* 2005, 187:301–303
- Colman I, Jones P. Birth cohort studies in psychiatry: beginning at the beginning. *Psychol Med* 2004, 34:1375–1383
- Caspi A, Moffitt T, Newman D, Silva P. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:1033–1039
- Rutter M, Kim-Cohen J, Maugham B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:276–295
- Kendler KS, Aggen SH, Knudsen GP, Roysamb E, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T. The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV axis I and all axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2011, 168:29–39
- Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst F. Continuity and change in psychopathology from childhood into adulthood: a 14 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39:850–858
- Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst F. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14 year follow-up of a Dutch epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:182–189
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne B, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:709–717
- Copeland WE, Shanatan L, Costello JE, Angold A. Childhood and Adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66:764–772
- Burke JB, Loeber R, Lahey B, Rathoum P. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry* 2005, 46:1200–1210
- Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:593–602
- Tandon M, Cardeli E, Luby J. Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2009, 18:593–610
- Gregory A, Caspi A, Moffitt HT, Koenen K, Eley TC, Poulton R. Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2007, 164:301–308
- Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y et al. Families at high and low risk for depression. A 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:29–36
- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55:56–64

17. Moffitt T, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM et al. Depression and Generalized Anxiety disorder. Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:651–660
18. Cuthbert B. Early prevention of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2010, 167:1428–1430
19. Fullana M, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE et al. Obsessions and Compulsion in the Community: Prevalence, interference, help-seeking, developmental stability and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry* 2009, 166:329–336
20. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2010, 197:128–134
21. Meyers J, Dick D. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset use disorders, in *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2010, 19:465–477
22. Samuelsen MY, Hodgins S, Larsson A, Larm P, Tengstrom A. Adolescent antisocial behaviour as predictor of adverse outcomes to age 50. A follow-up study of 1947 individuals. *Criminal Just Behav* 2010, 37:158–174
23. Robins L. Study childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies. *Psychol Med* 1978, 8:611–622
24. Moffitt T, Arsenuit L, Jaffee S, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL et al. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:3–33
25. Elkins I, McGue M, Iacono W. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64:1145–1152
26. Stringaris A and Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry* 2009, 50:216–223
27. DSM-V. Proposed revision. Rationale. American Psychiatric Association, Washington DC, 2010

---

Αλληλογραφία: Γ. Καραντάνος, Παιδοψυχίατρος-Ψυχίατρος, Παπαδιαμαντοπούλου 12, 115 28 Αθήνα  
e-mail: karant-g@otenet.gr