



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ»

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Διευθύντρια ΠΜΣ: Καθηγήτρια Ιωάννα Γριβέα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή: Ανασκόπηση»

Ιωάννα Χατζή
Ειδικευόμενη Ιατρός Παιδιατρικής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Λάρισα, 2025

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1^ο Μέλος – Επιβλέπων Καθηγητής:

Ν. Σκεντέρης, αφ. Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής – Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2^ο Μέλος:

Α. Σολδάτου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

3^ο Μέλος:

Α. Μιχούλα, Επίκουρος Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

«Oppositional Defiant Disorder: Review»

“Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη – Λέξεις κλειδιά	5
Abstract – Key words	6
Πίνακας συντομογραφιών	7
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	8
Κεφάλαιο 2: Σκοπός	9
Κεφάλαιο 3: Μέθοδος	10
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα	12
4.1 Ορισμός – Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή	12
4.2 Επιδημιολογία	14
4.3 Αιτιοπαθογένεια	15
4.4 Κλινική εικόνα – Απεικονιστικά Ευρήματα	19
4.5 Συννοσηρότητες και Διαφορική Διάγνωση	22
4.6 Διαγνωστικά εργαλεία	26
4.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση	28
4.8 Πρόγνωση	40
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση	42
Βιβλιογραφικές Αναφορές	44

Περίληψη

Αντικείμενο: Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή αποτελεί μια διακριτή ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στην παιδική και εφηβική ηλικία και χαρακτηρίζεται από ένα εμμένον πρότυπο εχθρικής, προκλητικής, και αρνητικής συμπεριφοράς απέναντι σε πρόσωπα εξουσίας, όπως γονείς και εκπαιδευτικούς, σε βαθμό τέτοιο ώστε να έχει δυσμενή επίδραση στη λειτουργικότητα του παιδιού στην καθημερινότητά του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρατεθούν τα πιο σύγχρονα δεδομένα, με βάση τη μέχρι τώρα γνωστή βιβλιογραφία, για μια διαταραχή συμπεριφοράς που δεν είναι ευρέως γνωστή και η σημασία της αρχίζει να αναδεικνύεται τα τελευταία έτη.

Μέθοδος: Η εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών επιστημονικών πηγών, που αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar, με λέξεις κλειδιά *Oppositional Defiant Disorder, children*, χρησιμοποιώντας φίλτρα που αφορούν τη χρονολογία δημοσίευσης, τη γλώσσα και το περιεχόμενο των άρθρων.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 35 μελέτες από ένα σύνολο 130 μελετών, στις οποίες κατέληξε η αναζήτηση. Από την έρευνα, ο επιπολασμός της διαταραχής ανέρχεται στο 3,3% και η συχνότητα εμφάνισης τυπικά αφορά παιδιά κάτω των 8 ετών, συνήθως άρρενος φύλου. Η αιτιοπαθογένεια παραμένει ασαφής, ενώ σε αυτή διαδραματίζουν ρόλο γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η διαφοροδιάγνωση απαιτεί προσοχή λόγω επικαλύψεων με άλλες διαταραχές. Στη θεραπεία προεξάρχοντα ρόλο κατέχουν οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση είναι κρίσιμη, καθώς η διαταραχή μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρότερες διαταραχές συμπεριφοράς στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

Συμπεράσματα: Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή αποτελεί μια σύνθετη και πολυπαραγοντική ψυχική διαταραχή, με σημαντικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού. Η ακριβής διάγνωση, η κατανόηση των επιμέρους παραγόντων που την προκαλούν και η συνεργασία μεταξύ οικογένειας, σχολείου και ειδικών ψυχικής υγείας είναι απαραίτητα στοιχεία για την αποτελεσματική διαχείρισή της. Η ανάγκη για συνεχή έρευνα, ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και στήριξη των οικογενειών είναι επιτακτική, προκειμένου να προληφθούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της διαταραχής.

Λέξεις κλειδιά: Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, διαταραχές συμπεριφοράς, παιδική και εφηβική ηλικία

Abstract

Introduction: Oppositional Defiant Disorder is a distinct mental disorder that primarily appears in childhood and adolescence. It is characterized by a persistent pattern of hostile, defiant, and negative behaviour toward authority figures, such as parents and teachers, to a degree that significantly impacts the child's daily functioning.

Purpose: The purpose of the present study is to present the most up-to-date data, based on current scientific literature, regarding a behavioural disorder that is not widely known, although its significance has begun to emerge in recent years.

Method: The study is based on a literature review of international scientific sources, which were retrieved from the PubMed and Google Scholar databases, using the keywords *Oppositional Defiant Disorder*, *children* and applying filters related to the publication date, language, and content of the articles.

Results: A total of 35 studies were selected from an initial pool of 130 articles, retrieved through the search. According to the research, the prevalence of the disorder is estimated at 3.3%, and it typically occurs in children under the age of 8, usually of male gender. The aetiology remains unclear, with genetic, environmental, and psychosocial factors playing a role. Differential diagnosis requires careful consideration due to overlaps with other disorders. Non-pharmacological interventions play a predominant role in treatment. Early recognition and intervention are crucial, as the disorder may develop into more severe behavioural disorders during adolescence and adulthood.

Conclusion: Oppositional Defiant Disorder is a complex and multifactorial mental disorder with significant implications for a child's development. Accurate diagnosis, understanding of the contributing factors, and collaboration among the family, school, and mental health professionals are essential for its effective management. Continued research, healthcare professional education, and family support are crucial in preventing the long-term consequences of the disorder.

Key words: Oppositional Defiant Disorder, behavioural disorders, childhood and adolescence

Πίνακας Συντομογραφιών

ΕΠΑ	Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή
ODD	Oppositional Defiant Disorder
CD	Conduct Disorders
ΔΕΠΥ	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας
DSM-5	Πέμπτο Εγχειρίδιο Διαγνωστικών και Στατιστικών Κριτηρίων των ψυχιατρικών διαταραχών
DMDD	Disruptive Mood Dysregulation Disorder
ΓΑΔ	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
ΙΨΔ	Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή
AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
PMT	Parent Management Training
CBT	Cognitive Behavioural Therapy
WHO	World Health Organisation
NICE	National Institute for Health and Care Excellence

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder, ODD) είναι μια ψυχιατρική διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη εχθρότητα, ανυποταξία, επιθετικότητα και προκλητική συμπεριφορά απέναντι σε ενήλικες ή πρόσωπα εξουσίας.

Η πρώτη βιβλιογραφία σχετικά με την εναντιωματική και προκλητική συμπεριφορά δεν χρησιμοποίησε τον όρο "Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή", αλλά αναφερόταν σε χαρακτηριστικά όπως η αμφισβήτηση, η επιθετικότητα και η δυσκολία συμμόρφωσης με κανόνες και αυθεντίες. Στην κλασική ψυχιατρική βιβλιογραφία, οι αντιφάσεις στην παιδική συμπεριφορά συχνά συγγέονταν με την κατηγορία των "συμπεριφορικών διαταραχών" ή "διαταραχών συναισθηματικής και κοινωνικής προσαρμογής". Κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται πιο οργανωμένες καταγραφές αυτών των συμπεριφορών [1,2,3,4,5]. Η σημαντικότερη εξέλιξη συνέβη το 1980 με την εμφάνιση του DSM-III, του τρίτου εγχειριδίου διαγνωστικών και στατιστικών κριτηρίων των ψυχιατρικών διαταραχών. Σε αυτό, η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) καθιερώθηκε ως αυτόνομη διάγνωση και ορίστηκε με τα εξής βασικά κριτήρια: παρατεταμένη ανυποταξία, εχθρότητα και προσβολές προς ενήλικες ή αυθεντίες, καθώς και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις [1]. Η διάγνωση της ΕΠΔ συνέχισε να εξελίσσεται, με το DSM-IV (1994) και το DSM-5 (2013) να αναθεωρούν και να επικαιροποιούν τα κριτήριά της [2]. Το DSM-5 αναγνώρισε τη σημασία της κλινικής εκτίμησης των συμπτωμάτων και την ένταξή τους στο πλαίσιο της αναπτυξιακής ηλικίας του παιδιού. Οι αλλαγές στη διάγνωση ανέδειξαν την ανάγκη για διαφοροποίηση μεταξύ των παιδιών που εμφάνιζαν φυσιολογική αντιδραστική συμπεριφορά και των παιδιών με πραγματικά διαταραγμένες συμπεριφορές [3].

Παρά την περιορισμένη έρευνα, σύγχρονες μελέτες έχουν αναδείξει ότι η ΕΠΔ αποτελεί μια ξεχωριστή και εξαιρετικά ετερογενή διαταραχή [6]. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι μελέτες γύρω από την ΕΠΔ επικεντρώθηκαν στις αιτίες και τη θεραπεία της διαταραχής, με τους ερευνητές να εξετάζουν παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, το περιβάλλον καθώς και οι νευροαναπτυξιακοί παράγοντες [4]. Η σύγχρονη βιβλιογραφία τονίζει τη σπουδαιότητα της πρώιμης διάγνωσης και θεραπευτικής

παρέμβασης, με σκοπό την πρόληψη της εξέλιξης αυτής της διαταραχής σε πιο σοβαρές κατάστασης στη μετέπειτα ενήλικη ζωή [5].

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να παραθέσει τα πιο σύγχρονα δεδομένα, με βάση τη μέχρι τώρα γνωστή βιβλιογραφία, για μια διαταραχή συμπεριφοράς που δεν είναι ευρέως γνωστή και η σημασία της αρχίζει να αναδεικνύεται τα τελευταία έτη. Στη συνέχεια καταγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και σημειώνονται τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή.

Κεφάλαιο 2: Σκοπός

Σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η ανασκόπηση της τρέχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, μια διαταραχή συμπεριφοράς που δεν είναι καθολικά γνωστή και η σπουδαιότητά της επισημαίνεται τα τελευταία έτη. Για την κατανόηση της διαταραχής, αρχικά διατυπώθηκε ο ορισμός της, καθώς και τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5, που τη διασαφηνίζουν και την καθιστούν διακριτή διαταραχή της ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετος σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή των πιθανών μηχανισμών που οδηγούν στην εμφάνισή της, με βάση τα πιο σύγχρονα δεδομένα, καθώς η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής παραμένει ασαφής. Αναλύθηκε η κλινική εικόνα της ΕΠΔ, η σημασία της διαφοροδιάγνωσής της, ενώ τέλος παρατέθηκαν οι έως σήμερα εφαρμοσμένες θεραπείες για τη διαχείρισή της. Η κατανόηση όλων των παραπάνω χαρακτηριστικών της ΕΠΔ έχει ως απώτερο στόχο την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της, αλλά και τη βελτίωση των παραγόντων εκείνων που δύναται να συμβάλλουν στην πρόληψη εμφάνισης της διαταραχής.

Κεφάλαιο 3: Μέθοδος

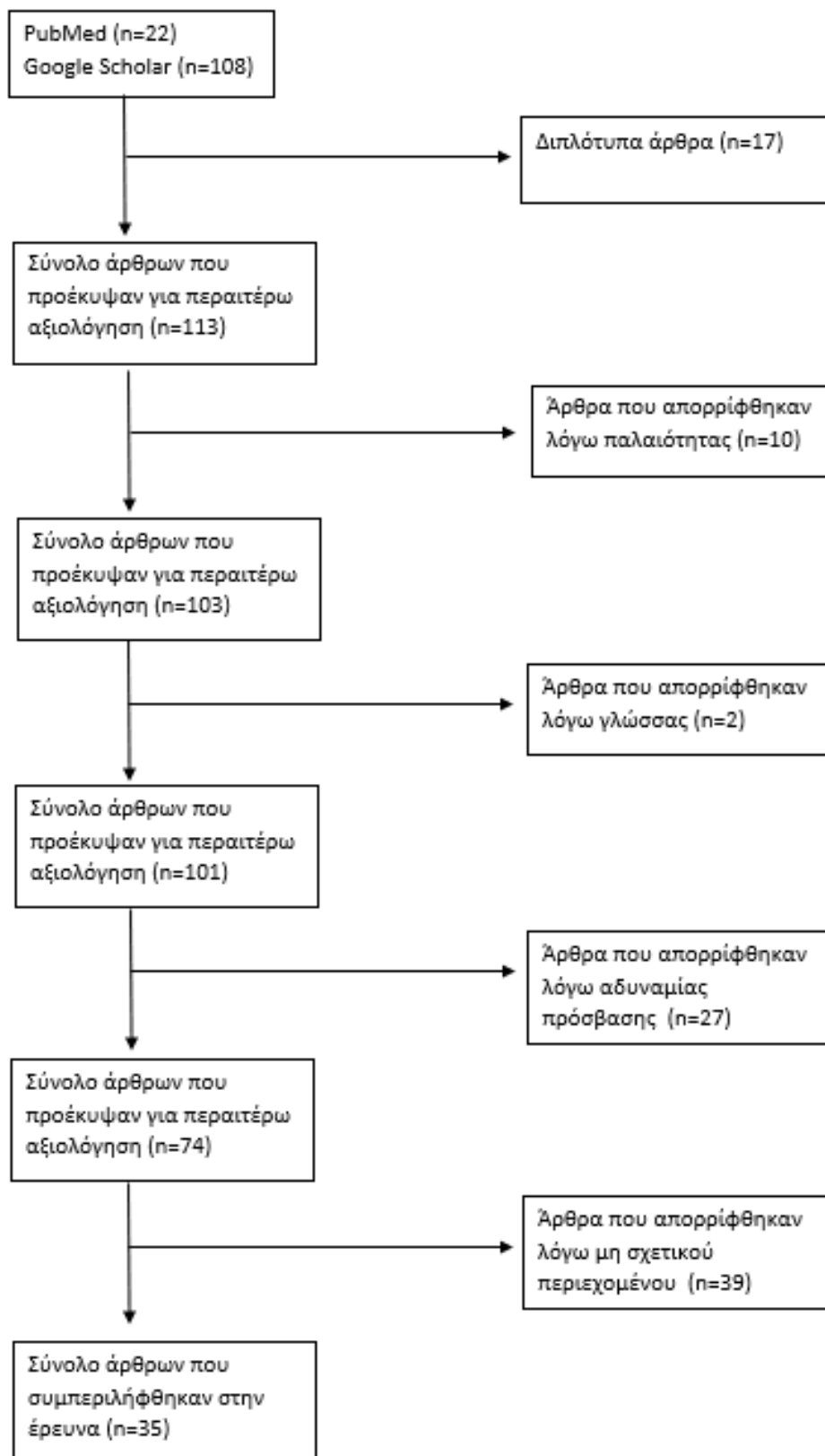
Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και αναζήτηση μελετών και άρθρων που δημοσιεύθηκαν από το 2000 έως και το 2025, ώστε να διασφαλιστεί η συλλογή σύγχρονων πληροφοριών, αλλά και να περιοριστεί ο μεγάλος τους αριθμός. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- PubMed: oppositional defiant disorder (MeSH terms)
- Google Scholar: oppositional defiant disorder in children

Έγινε αναζήτηση μελετών, δημοσιευμένων σε παγκόσμια επιστημονικά περιοδικά, από πανεπιστημιακά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα και κρατικούς φορείς, με τη χρονολογία δημοσίευσής τους να εντάσσεται στο χρονολογικό όριο που ζητήθηκε. Η ανασκόπηση περιλαμβάνει πρωτογενείς και δευτερογενείς μελέτες και το δείγμα προέρχεται από τον παιδιατρικό πληθυσμό.

Για τον περιορισμό του αριθμού των μελετών και τη διασφάλιση του στοχευμένου περιεχομένου χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα κριτήρια (φίλτρα) κατά την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, πρώτο κριτήριο αποτέλεσε η ημερομηνία δημοσίευσης του άρθρου, ώστε να ανήκει στο χρονικό διάστημα 2000-2025. Ακόμη, ζητήθηκε η γλώσσα συγγραφής να είναι η αγγλική (English), ενώ στην ελληνική γλώσσα δεν υπήρχε κάποια δημοσίευση. Επιπλέον, δεν συμπεριλήφθηκαν δημοσιεύσεις στις οποίες υπήρχε αδυναμία πρόσβασης. Τέλος, απορρίφθηκε η βιβλιογραφία, της οποίας το περιεχόμενο δεν συσχετιζόταν άμεσα με την παρούσα εργασία. Τα κριτήρια αποκλεισμού που ορίστηκαν ήταν: α) η δημοσίευση σε γλώσσα έτερη της αγγλικής, β) η δημοσίευση πέραν του χρονικού ορίου που τέθηκε, γ) η θεματολογία που διαφέρει από την ΕΠΔ σε παιδιά και εφήβους και τέλος, δ) η αδυναμία πρόσβασης.

Διάγραμμα ροής ένταξης – αποκλεισμού μελετών



Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, ανέδειξε σημαντικά ευρήματα σχετικά με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, καλύπτοντας πτυχές που αφορούν στην επιδημιολογία, την αιτιοπαθογένεια, την κλινική εικόνα, τη συννοσηρότητα και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

4.1 Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή – Ορισμός

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές συμπεριφοράς της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και ορίζεται, με βάση το DSM-5, ως ένα εμμένον μοτίβο θυμού / ευερεθιστότητας, αντιδραστικής / αποκλίνουσας συμπεριφοράς και εκδικητικότητας, το οποίο είναι αρκετά σοβαρό, ώστε να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του παιδιού ή του εφήβου για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών [7].

Ενώ οι προκλητικές συμπεριφορές είναι σήμα κατατεθέν του συνόλου των διαταραχών συμπεριφοράς γενικότερα, στην ΕΠΔ χαρακτηριστική είναι η συχνότητα των επεισοδίων θυμού και εναντίωσης απέναντι σε πρόσωπα εξουσίας, συνηθέστερα γονείς και δασκάλους [8]. Προς αποφυγή της σύγχυσης σχετικά με τη διάγνωση της ΕΠΔ, το DSM-5 έχει θεσπίσει σαφή κριτήρια, όπως αυτά φαίνονται στον παρακάτω πίνακα [9]. Τα κριτήρια αυτά ολοκληρώνουν και τον ορισμό της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής.

Διαγνωστικά κριτήρια για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

A. Ένα μοτίβο θυμού/ευερεθιστότητας, αντιδραστικής/ αποκλίνουσας συμπεριφοράς και εκδικητικότητας, το οποίο διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες, στοιχειοθετείται από τουλάχιστον 4 συμπτώματα από οποιαδήποτε από τις παρακάτω κατηγορίες και εκφράζεται κατά την αλληλεπίδραση με τουλάχιστον ένα άτομο, που δεν είναι αδελφός/αδελφή.

Θυμός / ευερεθιστότητα

1. Συχνά χάνει την ψυχραιμία του/της
2. Είναι συχνά εύθικτος ή ενοχλείται εύκολα
3. Είναι συχνά θυμωμένος και νιώθει πικρία

Εναντιωματική / αποκλίνουσα συμπεριφορά

4. Συχνά καβγαδίζει με άτομα εξουσίας, ή για παιδιά και εφήβους με ενήλικες
5. Συχνά ενεργά αγνοεί ή αρνείται να συμμορφωθεί με αιτήματα προερχόμενα από ενήλικες ή με κανόνες
6. Συχνά σκόπιμα ενοχλεί άλλους
7. Συχνά κατηγορεί άλλους για τα λάθη του/της ή την απρεπή συμπεριφορά

Εκδικητικότητα

8. Έχει γίνει εμπαιχτής ή εκδικητικός/-ή τουλάχιστον 2 φορές τους τελευταίους 6 μήνες.

Σημείωση: η επιμονή και συχνότητα αυτών των συμπεριφορών χρησιμοποιείται προς διαχωρισμό μιας συμπεριφοράς εντός φυσιολογικών ορίων, από μια συμπεριφορά που είναι συμπτωματική. Για παιδιά μικρότερα των 5 ετών, η συμπεριφορά θα πρέπει να συμβαίνει τις περισσότερες ημέρες σε μια περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά (κριτήριο A8). Για άτομα μεγαλύτερα των 5 ετών, η συμπεριφορά θα πρέπει να παρατηρείται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά (κριτήριο A8). Ενώ αυτά τα κριτήρια συχνότητας παρέχουν καθοδήγηση για τον καθορισμό ενός ελάχιστου επιπέδου συχνότητας των συμπεριφορών, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κι άλλοι παράγοντες, όπως το αν η συχνότητα και η ένταση των συμπεριφορών είναι εκτός του φάσματος των αναμενόμενων συμπεριφορών ενός ατόμου με βάση το αναπτυξιακό του επίπεδο, το φύλο και την κοινότητα.

B. Η ενοχλητική συμπεριφορά σχετίζεται με ψυχική δυσφορία του ατόμου ή άλλων ατόμων στον άμεσο κοινωνικό του περίγυρο (οικογένεια, ομάδα συνομηλίκων, συναδέλφους) ή έχει αρνητικό αντίκτυπο σε κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

Γ. Οι συμπεριφορές δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά την πορεία ενός ψυχωτικού επεισοδίου, χρήσης ουσιών, κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής. Επίσης, δεν πληρούνται τα κριτήρια της Διαταραχής Διασπαστικής Απορρύθμισης της Διάθεσης.

Βαθμός Σοβαρότητας ΕΠΑ

Ήπια: τα συμπτώματα περιορίζονται σε ένα μόνο περιβάλλον (σπίτι, σχολείο, εργασία, παρέα συνομηλίκων)

Μέτρια: μερικά συμπτώματα εμφανίζονται σε τουλάχιστον 2 περιβάλλοντα

Σοβαρή: μερικά συμπτώματα εμφανίζονται σε 3 ή περισσότερα περιβάλλοντα

4.2 Επιδημιολογία και ταξινόμηση

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή συνιστά μια από τις συχνότερες διαταραχές συμπεριφοράς μεταξύ παιδιών και εφήβων [8]. Ο επιπολασμός της ΕΠΔ ανέρχεται στο 3,3%, με την Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων να εκτιμά ότι το 1 με 16% όλων των παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας (6-18 ετών) έχει ΕΠΔ [10, 11, 12, 13]. Στη βιβλιογραφία, ο επιπολασμός της ΕΠΔ σε παιδιά και εφήβους κυμαίνεται μεταξύ 28% και 65% σε κλινικά δείγματα και μεταξύ 2,6% και 15,6% σε δείγματα επιπέδου κοινότητας. Οι περισσότερες εκτιμήσεις των δειγμάτων κοινότητας κυμαίνονται μεταξύ 3% και 6% και αυτός ο δείκτης δεν διαφέρει ιδιαίτερα σε παγκόσμιο επίπεδο [11]. Η απόκλιση μεταξύ των χωρών φάνηκε να σχετίζεται με διαφορές στη μεθοδολογία καταγραφής που ακολουθήθηκε [6, 11]. Δεδομένα για τον ενήλικο πληθυσμό είναι σημαντικά περιορισμένα [11].

Η ΕΠΔ περιγράφεται στο DSM-5 ως μια διαταραχή που τυπικά παρατηρείται κατά την προσχολική ηλικία και συνήθως παύει να αναπτύσσεται μετά την πρώιμη εφηβεία [7]. Παρόλα αυτά, μελέτες διαπιστώνουν πως η ΕΠΔ διαγιγνώσκεται σε κάθε ηλικία, από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι και την ενήλικη ζωή, παρά το γεγονός ότι η τυπική εικόνα περιλαμβάνει την έναρξη πριν την ηλικία των 8 ετών [6, 11].

Αναφορικά με την κατανομή μεταξύ των φύλων, φαίνεται πως η ΕΠΔ καταγράφεται περισσότερο συχνά στα αγόρια. Ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης ΕΠΔ στα άρρενα άτομα συγκριτικά με τα θήλεα ανέρχεται σε 1,6:1 [11, 14, 15]. Η διαφορά αυτή μεταξύ των φύλων ενδέχεται να σχετίζεται με την έμφυτη τάση των αγοριών να εκδηλώνουν σωματική βία, σε αντίθεση με τα κορίτσια, τα οποία τείνουν να εκδηλώνουν τη βία λεκτικά ή μέσω διαδικτυακού εκφοβισμού [14]. Μεταξύ των ενηλίκων δεν έχει βρεθεί διαφορά στην εμφάνιση της ΕΠΔ μεταξύ των φύλων [13].

Διάφορα μοντέλα έχουν περιγραφεί σχετικά με την ταξινόμηση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής, εκ των οποίων δύο είναι τα επικρατέστερα με βάση το DSM-5-TR (Text Revision) [11]. Το πρώτο είναι το μοντέλο δύο παραγόντων, το οποίο αναγνωρίζει δύο διαστάσεις της ΕΠΔ: την ευερεθιστότητα (irritable) και την ισχυρογνωμοσύνη (defiant / headstrong) [15]. Το δεύτερο είναι το μοντέλο τριών παραγόντων, το οποίο αναγνωρίζει τρεις διαστάσεις της ΕΠΔ: την ευερεθιστότητα (irritable), την ισχυρογνωμοσύνη (defiant / headstrong) και την

εκδικητικότητα (vindictive / hurtful) [17,18]. Παρόλο που οι δύο αυτές διαστάσεις της ΕΠΔ είναι ευρέως αναγνωρισμένες, ο πραγματικός αριθμός των διαστάσεων της είναι αβέβαιος [19].

4.3 Αιτιοπαθογένεια

Μεταξύ των ερευνητών υπάρχει ομοφωνία στο γεγονός πως δεν υπάρχει καθορισμένη αιτία για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή [15]. Η αιτιολογία της είναι σύνθετη και πιθανότατα είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων [11].

Γενετικοί / Βιολογικοί παράγοντες

Η ακριβής γενετική βάση της διαταραχής, δεν είναι πλήρως καθορισμένη. Η κληρονομικότητα φαίνεται να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ΕΠΔ, φτάνοντας σε ποσοστό έως και 50% [11]. Η γενετική προδιάθεση για άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η διαταραχή διαγωγής ή η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, συχνά σχετίζεται με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή [11,19].

Το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί σε γονίδια, τα οποία έχουν συνδεθεί με την ΕΠΔ. Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται σε γονίδια που σχετίζονται με τη ρύθμιση της διάθεσης, της συμπεριφοράς και ορισμένων νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. Αυτά είναι κυρίως γονίδια του ντοπαμινεργικού και σεροτονινεργικού συστήματος, τα οποία συνδέονται με την επιθετικότητα [19]. Για παράδειγμα, η μειωμένη λειτουργία του γονιδίου 5-HTT (γονίδιο για τον υποδοχέα της σεροτονίνης, serotonin transporter gene), ή ορισμένων παραλλαγών αυτού (όπως του 5-HTTLPR), έχει συσχετιστεί με αυξημένη προδιάθεση σε επιθετικές ή παρορμητικές συμπεριφορές [19, 20]. Το SLC6A4 (γονίδιο μεταφορέα σεροτονίνης) εμπλέκεται στη ρύθμιση της διάθεσης και της παρορμητικότητας. Μετάλλαξη αυτού παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών όπως η ΕΠΔ, ειδικά σε συνδυασμό με αρνητικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα [19, 21]. Τέλος, το γονίδιο MAOA (Monoamine oxidase A) είναι υπεύθυνο για την αποδόμηση ορισμένων νευροδιαβιβαστών – σεροτονίνη,

ντοπαμίνη. Άτομα που φέρουν μεταλλάξεις αυτού είναι πιο επιρρεπή σε εναντιωματική και επιθετική συμπεριφορά, χαρακτηριστικά της ΕΠΔ [19, 22].

Η νευροαπεικόνιση ασθενών με ΕΠΔ έχει αναδείξει ανατομικές διαφορές, που φαίνεται να σχετίζονται με την εκδήλωση διαταραχών, που έχουν ως προεξάρχον σύμπτωμα την επιθετική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, έχει φανεί πως στην πλειονότητα των ασθενών με ΕΠΔ παρατηρείται μειωμένος όγκος στην αμυγδαλή, στον πρόσθιο νησιωτικό φλοιό, στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου και στον μέσο προμετωπιαίο φλοιό. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται, επίσης, πως χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης (μειωμένη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση) ή αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης, συνδέονται με αντικοινωνική ή και επιθετική συμπεριφορά και έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς με ΕΠΔ [12,19,23, 24].

Αν και η γενετική έρευνα για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή βρίσκεται ακόμα σε πρώιμο στάδιο, η κατανόηση των γενετικών αυτών παραμέτρων δύναται να συνδράμει στην καλύτερη προσέγγιση και θεραπεία αυτής της διαταραχής.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες λειτουργούν καθοριστικά για την ανάπτυξη και εκδήλωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής. Σε αυτούς συγκαταλέγονται η οικογένεια, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η εκπαίδευση και τα πολιτισμικά πρότυπα που επηρεάζουν το άτομο. Συχνά, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τους γενετικούς, ενισχύοντας ή επιβαρύνοντας την πιθανότητα ανάπτυξης ΕΠΔ.

Ακόμη και πριν τη γέννηση, το ενδομήτριο περιβάλλον διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην πρωταρχική ανάπτυξη του ατόμου. Έξεις της μητέρας, όπως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης, η έκθεση σε τοξίνες, η ελλιπής διατροφή και η ανεπαρκής πρόσληψη των απαραίτητων βιταμινών, προδιαθέτουν στην ανάπτυξη διαταραχών, όπως η ΕΠΔ [11, 12]. Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα κινδύνου, που δρα στην περιγεννητική περίοδο [11].

Η οικογένεια συνιστά ένα δυναμικό και διαδραστικό σύστημα, που επηρεάζει άμεσα τα μέλη της. Προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία της οικογένειας, η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών και γενικότερα η αρνητική γονική

φροντίδα έχει αποδειχθεί πως αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη της ΕΠΔ. Η έρευνα έχει δείξει πως παιδιά γονέων που πάσχουν από κατάθλιψη, άγχος ή εξαρτήσεις από αλκοόλ ή άλλες ουσίες, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων ΕΠΔ. Η έκθεση σε μορφές συναισθηματικής ή φυσικής κακοποίησης και η γαλούχηση σε ένα περιβάλλον από το οποίο εκλείπουν ισχυροί δεσμοί και επικοινωνία, η διάσπαση της οικογενειακής συνοχής προερχόμενη, για παράδειγμα, από ένα διαζύγιο, ένα θάνατο ή μια υιοθεσία μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αποδιοργάνωση και υπερβολική αντίδραση σε στρεσογόνα ερεθίσματα, χαρακτηριστικά που συνδέονται με την ΕΠΔ [11, 19, 25].

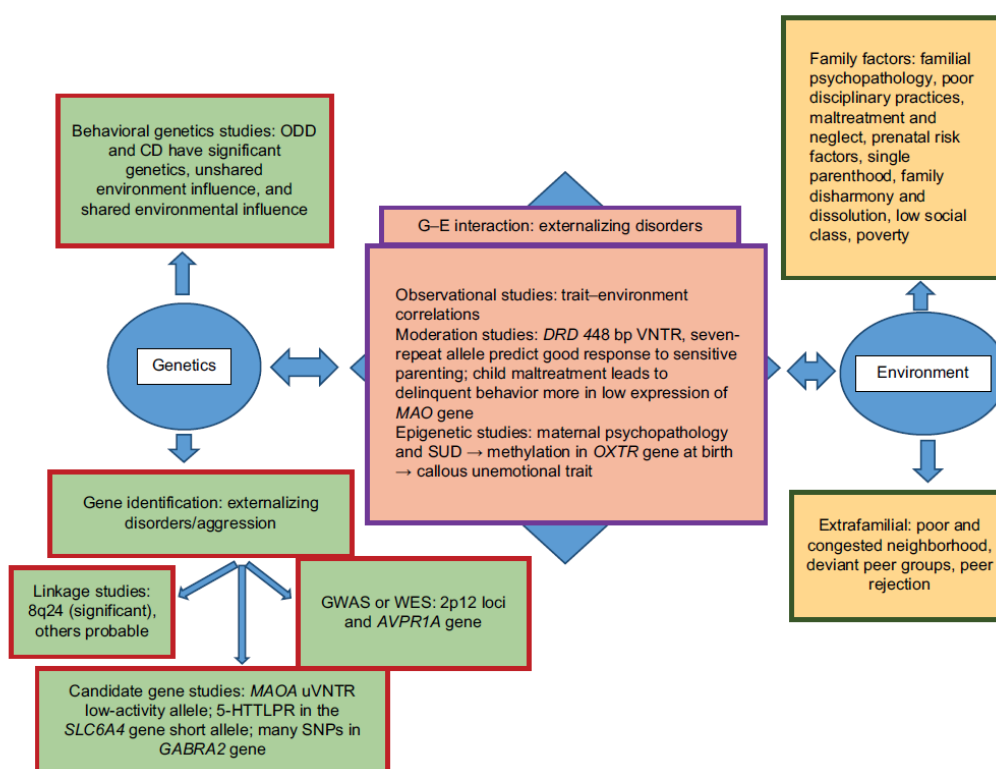
Οι γονικές πρακτικές και στρατηγικές έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη διαταραχών συμπεριφοράς στα παιδιά, συμπεριλαμβανομένης της ΕΠΔ και συγκαταλέγονται στις Δυσμενείς Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACEs – Adverse Childhood Experiences). Ο αυστηρός γονικός έλεγχος, η ασυνεπής χρήση της πειθαρχίας, οι αντιφατικοί κανόνες, η αποτυχία εφαρμογής στρατηγικών θετικής ενίσχυσης (positive reinforcement), όπως αποδοχή και υποστήριξη ή η υπέρμετρη χρήση σωματικής τιμωρίας, συντελούν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΕΠΔ. Η αδιαφορία για τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και η αδυναμία προσαρμογής της γονικής στάσης στις ανάγκες του παιδιού μπορεί να οδηγήσει στην ενίσχυση της τάσης του παιδιού να αντιστέκεται στους κανόνες και τα πρόσωπα που τους θέτουν [25].

Ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη συμπτωμάτων της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής είναι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν. Οι κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η κοινωνική βία και οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν αρνητικά την οικογενειακή σταθερότητα και τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανάπτυξης. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε τέτοια περιβάλλοντα είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα και η εναντίωση σε κανόνες [11, 12].

Το σχολικό περιβάλλον και οι σχέσεις με τους συνομηλίκους μπορεί να λειτουργήσουν επιβαρυντικά στην ανάπτυξη διαταραχών συμπεριφοράς και συγκεκριμένα της ΕΠΔ. Ένα αρνητικό σχολικό περιβάλλον, όπου κυριαρχούν μορφές σχολικού εκφοβισμού (bullying), η απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων καθώς

και οι συγκρούσεις με δασκάλους και συμμαθητές, μπορεί να προάγει αρνητικές συμπεριφορές, επιθετικότητα και ανυπακοή [18, 19, 26].

Συνολικά, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής, δρώντας σε συνδυασμό με τους γενετικούς – βιολογικούς παράγοντες, όπως φαίνεται και στην εικόνα 1. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραμέτρων είναι κρίσιμη για την κατανόηση της διαταραχής και τη δημιουργία στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης.

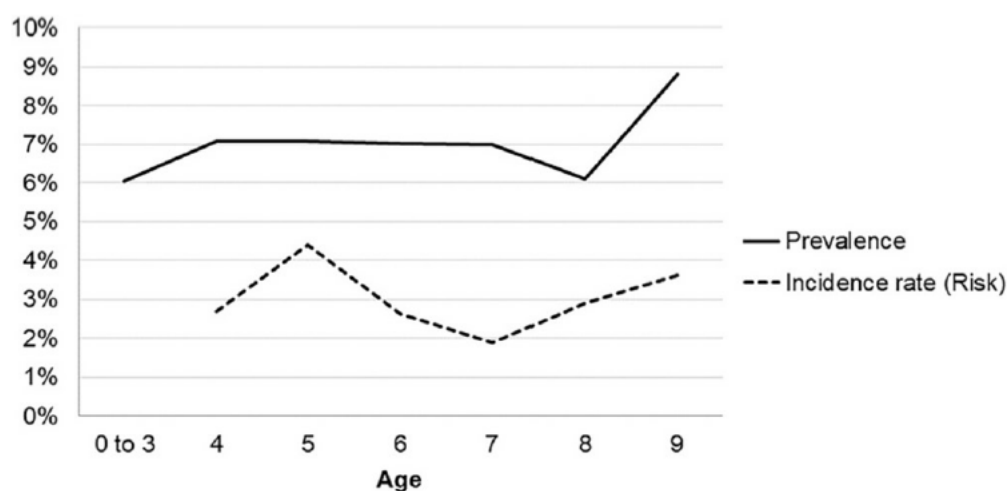


Εικόνα 1: Αιτιοπαθογένεια της ΕΠΔ (Ανατύπωση από: Ghosh A, Ray A, Basu A. *Oppositional defiant disorder: current insight. Psychol Res Behav Manag.* 2017)

4.4 Κλινική Εικόνα – Απεικονιστικά Ευρήματα

Η κλινική εικόνα της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής περιγράφεται και συνοψίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5. Η ΕΠΔ χαρακτηρίζεται από εμμένοντα μοτίβα αρνητισμού, εχθρικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς, που διαταράσσει πολλούς τομείς λειτουργικότητας του ατόμου, για τουλάχιστον 6 μήνες. Δεν απουσιάζουν ο έντονος θυμός, η εκδικητική συμπεριφορά και η αδυναμία ελέγχου του διαθέσεως. Αποδέκτης αυτών των συμπεριφορών είναι συνήθως κάποιο άτομο εξουσίας, όπως γονέας ή δάσκαλος. Σημαντικό είναι να τονιστεί, πως τα συμπτώματα αυτά για να αξιολογηθούν στο πλαίσιο της ΕΠΔ, δεν πρέπει να αποτελούν μέρος ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου [12].

Τυπικά, η κλινική εικόνα της διαταραχής, αρχίζει και γίνεται εμφανής κατά την προσχολική ηλικία, περί τα 3 έτη ζωής. Έπειτα, παρατηρείται μια μείωση της πιθανότητας εμφάνισής της κατά τη σχολική ηλικία, μεταξύ 6 και 7 ετών, ενώ στη συνέχεια σημειώνεται και πάλι αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης κατά την προεφηβική και εφηβική ηλικία, μεταξύ 8 και 9 ετών [27]. Οι διακυμάνσεις στην εμφάνιση της διαταραχής ανάλογα με την ηλικία είναι εμφανείς στην εικόνα 2.



Εικόνα 2: Επιπολασμός και επίπτωση της ΕΠΔ, σε ηλικίες 3 έως 9 ετών (Ανατύπωση από: . Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Penelo E, Domènech JM. First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9. *BMJ Open*. 2019)

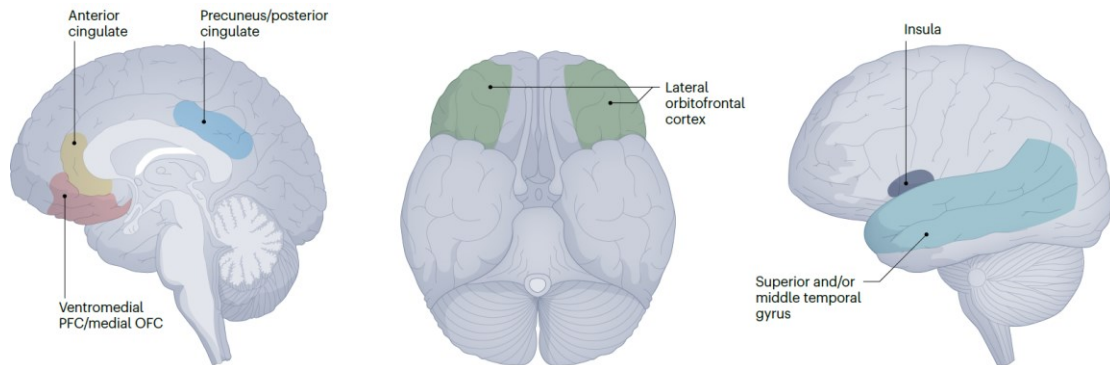
Σε αυτές τις ηλικίες, προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα που παραπέμπουν στη διάγνωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής μπορεί να είναι μερικά από τα εξής [8]:

- Συχνά ξεσπάσματα θυμού
- Υπέρμετροι καβγάδες με ενήλικες
- Άρνηση συμμόρφωσης με απαιτήσεις ενηλίκων
- Διαρκής αμφισβήτηση κανόνων
- Άρνηση να ακολουθήσουν κανόνες
- Συμπεριφορά με σκοπό την ενόχληση / αναστάτωση άλλων
- Μετάθεση της ευθύνης για δική τους ανάρμοστη συμπεριφορά σε άλλους
- Ενοχλούνται εύκολα από τους άλλους
- Απρεπής ομιλία απέναντι σε άλλους

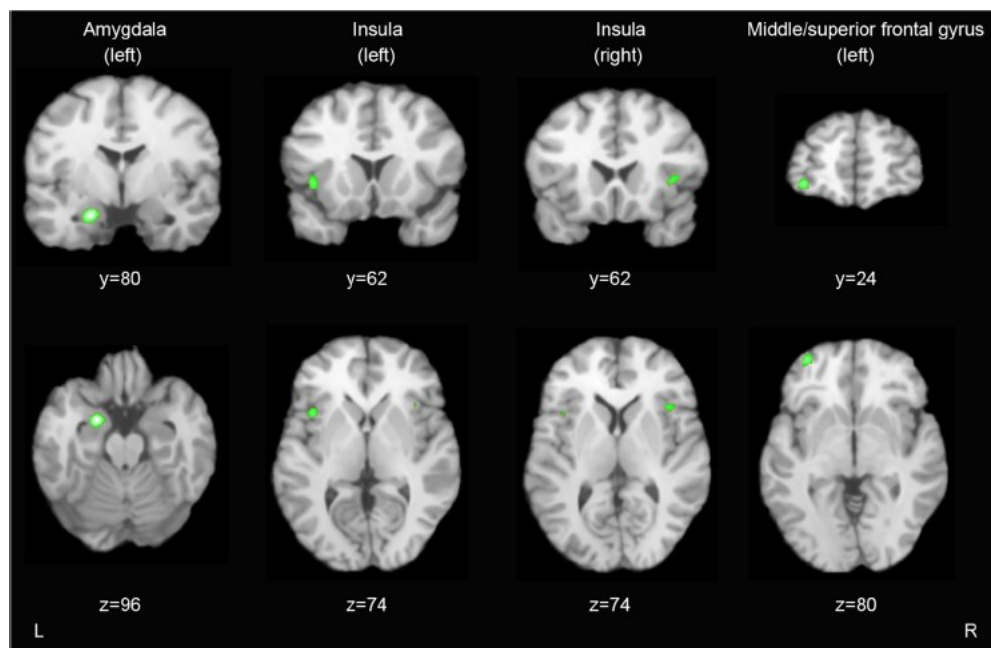
Είναι σημαντικό να καταγραφεί, πως οι συμπεριφορές αυτές δεν είναι ασυνήθεις μεταξύ παιδιών αυτών των ηλικιακών ομάδων, ειδικά σε στιγμές κόπωσης ή αναστάτωσης. Για να γίνει, λοιπόν, η διερεύνηση της διάγνωσης της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής ή κάποιας άλλης διαταραχής συμπεριφοράς, θα πρέπει τα συμπτώματα αυτά να παρατηρούνται πολύ συχνότερα και εντονότερα, συγκριτικά με άλλα παιδιά αυτών των ηλικιών, να διαρκούν τουλάχιστον έξι μήνες και να υπάρχει έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού σε τομείς όπως το σχολείο ή η ομάδα συνομηλίκων [8,10].

Η νευροαπεικόνιση, όπως φάνηκε και παραπάνω, έχει αναδείξει ορισμένα ευρήματα, που είναι κοινά μεταξύ των ασθενών με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και κατέχει σημαντικό ρόλο στην διερεύνηση της επιθετικής συμπεριφοράς. Ο ρόλος της στην κλινική πράξη είναι περιορισμένος και δεν αποτελεί εργαλείο που θέτει από μόνο του τη διάγνωση της ΕΠΔ [15]. Παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθούν τα απεικονιστικά ευρήματα που προκύπτουν. Οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνηθέστερα είναι η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI) και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI). Με τη συνδρομή αυτών παρατηρείται μειωμένος όγκος φαιάς ουσίας σε περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται σε κοινωνικές και συναισθηματικές λειτουργίες των νέων με ΕΠΔ ή Διαταραχή Διαγωγής. Τέτοιες περιοχές του εγκεφάλου είναι ο νησιωτικός φλοιός, η αμυγδαλή, το κατώτερο τμήμα της μετωπιαίας έλικας και ο ραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός [6, 19, 28]. Στις

εικόνες 3 και 4 παρουσιάζονται οι περιοχές στις οποίες παρατηρούνται οι αλλοιώσεις που αναφέρθηκαν.



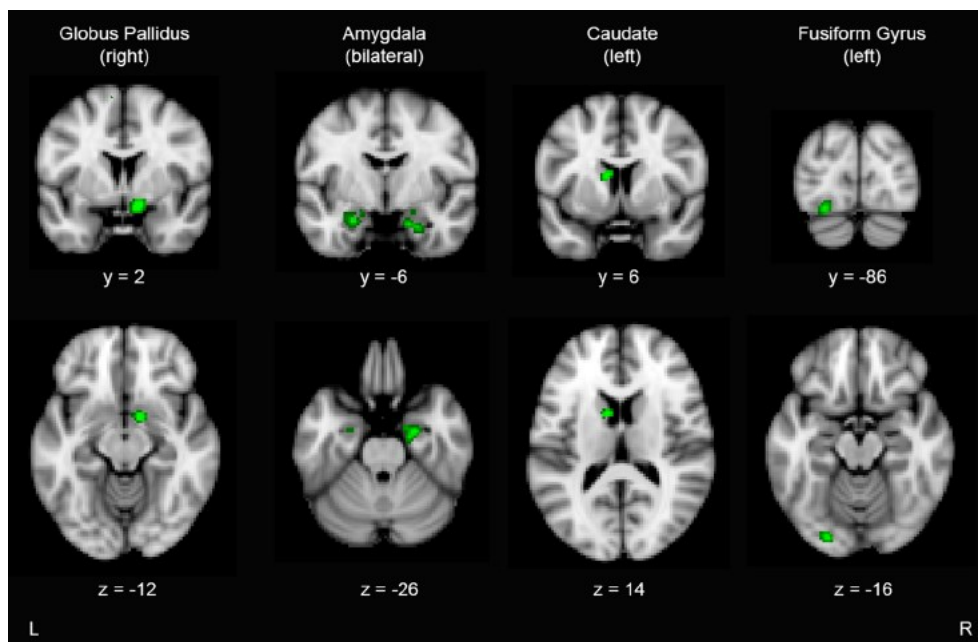
Εικόνα 3: Διαφορές σε εγκεφαλικές δομές σε νέους με ΕΠΔ (Ανατύπωση από: Hawes, David & Gardner, Frances & Dadds, Mark & Frick, Paul & Kimonis, Eva & Burke, Jeffrey & Fairchild, Graeme. (2023). *Oppositional defiant disorder primer. Nature Reviews Disease Primers*)



Εικόνα 4: Αποτελέσματα MRI (Ανατύπωση από: Noordermeer, Siri & Luman, Marjolein & Oosterlaan, Jaap. (2016). *A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. Neuropsychology Review*)

Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI) σε ασθενείς με ΕΠΔ κατέγραψε μειωμένη δραστηριότητα περιοχών του εγκεφάλου κατά τη διεκπεραίωση εκτελεστικών λειτουργιών [6, 19, 28]. Περιοχές που παρουσίασαν, σύμφωνα με

έρευνες, μειωμένη λειτουργικότητα ήταν η αμυγδαλή, η ωχρά σφαίρα, ο κερκοφόρος πυρήνας και η ατρακτοειδής έλικα, όπως απεικονίζεται και στην εικόνα 5 [28].



Εικόνα 5: Αποτελέσματα λειτουργικής MRI (Ανατύπωση από: Noordermeer, Siri & Luman, Marjolein & Oosterlaan, Jaap. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. Neuropsychology Review)

4.5 Συννοσηρότητες και Διαφορική Διάγνωση

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή συνυπάρχει συχνά με άλλες ψυχιατρικές και αναπτυξιακές διαταραχές, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση και την αντιμετώπισή της περισσότερο σύνθετη. Έχει διαπιστωθεί πως η ΕΠΔ συνιστά μια από τις συνηθέστερα διαγνωσθείσες διαταραχές σε παιδιά με νοητική υστέρηση. Οι συννοσηρότητες της ΕΠΔ περιλαμβάνουν τις διαταραχές διάθεσης, άγχους καθώς και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς, οι συχνότερες από τις οποίες περιγράφονται παρακάτω [14, 15, 29].

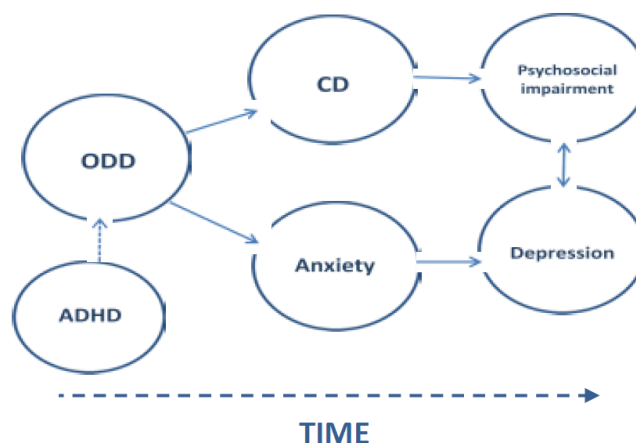
Η διαταραχή που εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με την ΕΠΔ, φαίνεται να είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Υπολογίζεται πως η ΕΠΔ απαντάται στο 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ. Μελέτες

καταλήγουν στη διαπίστωση, πως παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν οξυμένα συμπτώματα ΕΠΔ, κάτι που οδηγεί σε σοβαρότερες καταστάσεις. Η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών συνδέεται με φτωχή ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, εντονότερη εκδήλωση επιθετικότητας και ανάρμοστης συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες στις σχέσεις με τους γονείς και την ομάδα των συνομηλίκων, από την οποία δέχονται απόρριψη [12, 14, 15].

Η Διαταραχή Διαγωγής (Conduct Disorder, CD) είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη και επίμονη παράβαση των κοινωνικών κανόνων, αυξημένη επιθετικότητα και είναι στενά συνδεδεμένη με την ΕΠΔ. Παρά την ομοιότητα που υπάρχει μεταξύ των δύο διαταραχών σε ό,τι αφορά την κλινική τους εμφάνιση, παραμένουν δύο διακριτές διαταραχές, που πολύ συχνά συνυπάρχουν. Η ύπαρξη της ΕΠΔ αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης της CD, και συνήθως προηγείται αυτής [12, 30, 31]. Όταν οι δύο διαταραχές συνυπάρχουν, παρατηρούνται έντονα συμπτώματα, αυξημένα ποσοστά παραβατικότητας και διαταραχών διάθεσης στους ασθενείς, καθώς και μεγαλύτερη έκπτωση στον τομέα της κοινωνικής λειτουργικότητας. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε τέτοιες περιπτώσεις, καθώς η έντονη εναντιωματική συμπεριφορά που εκδηλώνεται μπορεί να αποτελεί μια προσπάθεια διαχείρισης άγχους και κατάθλιψης, διαταραχών, που όταν είναι και αυτές παρούσες, που επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική υγεία των ασθενών [12].

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν πως η συσχέτιση της ΕΠΔ με διαταραχές διάθεσης, όπως η κατάθλιψη ή η αγχώδης διαταραχή, δεν είναι αμελητέα [31, 32]. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΕΠΔ εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους, ήδη από την προσχολική ηλικία και ειδικά καθώς εισέρχονται στην εφηβεία [9]. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως για την CD, η ΕΠΔ είναι προγενέστερη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ή του άγχους και η συνύπαρξή της με τις διαταραχές διάθεσης επιβαρύνει τα συμπτώματα των ασθενών [18, 31, 32].

Όπως έγινε εμφανές, η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η καίρια αναγνώριση αυτών των συννοσηροτήτων δύναται να βελτιώσει την κλινική προσέγγιση και την εξατομίκευση των θεραπευτικών παρεμβάσεων μεταξύ των ασθενών.



ODD: oppositional defiant disorder; CD: conduct disorder; ADHD: attention deficit/hyperactivity disorder (common precursor to ODD)

Εικόνα 6: Συσχέτιση της ΕΠΔ με άλλες διαταραχές (Ανατύπωση από: Quay, Katie & Stringaris, Argyris. (2012). *Oppositional defiant disorder*)

Στους πίνακες που ακολουθούν (πίνακας 2 και 3), παρατίθεται η διαφοροδιάγνωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής από άλλες διαταραχές, σημειώνονται τα κοινά τους σημεία, αλλά και αυτά που τις διαφοροποιούν και τις διακρίνουν.

Διαφορική Διάγνωση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής		
Διαταραχή	Αλληλοεπικαλυπτόμενα συμπτώματα	Διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά / πρόσθετες πληροφορίες
ΔΕΠΥ	Δυσκολία στην τήρηση κανόνων, αντιπαραθέσεις με πρόσωπα εξουσίας, μπορεί να προκαλούν ενόχληση σε άλλους	Στην ΕΠΔ, η εναντίωση σε πρόσωπα εξουσίας συμβαίνει και εκτός καταστάσεων στις οποίες απαιτείται προσοχή ή ακινησία. Η ΕΠΔ συχνά συνυπάρχει με τη ΔΕΠΥ.
Διαταραχή Διαγωγής (CD)	Προβλήματα συμπεριφοράς, που οδηγούν σε διαμάχη με πρόσωπα εξουσίας	Σοβαρότερα προβλήματα συμπεριφοράς σημειώνονται σε ασθενείς με CD, όπως επιθετικότητα απέναντι σε ζώα ή άλλα πρόσωπα, καταστροφή περιουσίας, καθώς και μοτίβα κλοπής ή απάτης. Ο θυμός και η ευερεθιστότητα αποτελούν κριτήρια της ΕΠΔ, αλλά δεν

		ανήκουν στα διαγνωστικά κριτήρια της CD.
Κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή	Ευερεθιστότητα, αρνητικά συναισθήματα	Εριστική / επιθετική συμπεριφορά και εκδικητικότητα που παρατηρούνται στην ΕΠΔ, δεν είναι παρούσες στις διαταραχές διάθεσης. Δεν θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση της ΕΠΔ, εάν τα συμπτώματα εναντίωσης παρατηρούνται αποκλειστικά στο πλαίσιο διαταραχής διάθεσης.
Διαταραχή Διασπαστικής Απορρύθμισης της Διάθεσης (DMDD)	Χρόνια αρνητική διάθεση, εκρήξεις θυμού	Οι εκρήξεις θυμού είναι σοβαρότερες, συχνότερες και χρονιότερες σε ασθενείς με DMDD. Σοβαρή διαταραχή της διάθεσης που πληροί τα κριτήρια της DMDD, αποκλείει τη διάγνωση της ΕΠΔ
Νοητική Υστέρηση	Δυσκολία στο σχολείο, αντιδραστική συμπεριφορά	Νοητική Υστέρηση μπορεί να ανιχνευτεί σε επίσημο έλεγχο. Άτομα με ΝΥ διαγιγνώσκονται με ΕΠΔ μόνο αν η αντιδραστική συμπεριφορά είναι σημαντικά σοβαρότερη από αυτή άλλων ατόμων με παρόμοια μορφή ΝΥ.
Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή	Θυμός	Σοβαρή επιθετικότητα απέναντι σε άλλους, που δεν απαντάται στην ΕΠΔ
Γλωσσική Διαταραχή	Αντιδραστική συμπεριφορά	Η Γλωσσική Διαταραχή (πχ από απώλεια ακοής) μπορεί να ανιχνευτεί σε επίσημο έλεγχο. Η μη τήρηση οδηγιών από άτομα με γλωσσική διαταραχή οφείλεται σε προβλήματα κατανόησης και όχι σε ανυπακοή.
Κοινωνική Φοβία	Αντιδραστική συμπεριφορά	Η αντιδραστικότητα στην κοινωνική φοβία είναι λόγω φόβου ή άγχους, αντίθετα με την ανυπακοή σε πρόσωπα εξουσίας, που παρατηρείται στην ΕΠΔ

Πίνακας 2: Διαφοροδιάγνωση της ΕΠΔ (Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. Am Fam Physician. 2016)

Χαρακτηριστικό	Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή	Διαταραχή Διασπαστικής Απορρύθμισης της Διάθεσης	Διαταραχή Διαγωγής
Εμφάνιση	Προσχολική ηλικία	Σχολική ηλικία (τάξεις δημοτικού)	Μέση παιδική ηλικία ως εφηβεία
Συμπτώματα	Προβλήματα με την εξουσία Μη τήρηση κανόνων Ευερεθιστότητα Δυσκολία διαχείρισης συναισθημάτων Εριστικότητα Ενοχλείται εύκολα Σκόπιμη ενόχληση άλλων Συχνά ξεσπάσματα θυμού Πτωχή σχολική επίδοση	Συχνά και σοβαρά ξεσπάσματα θυμού Σωματική επίθεση σε άλλους Εμμένονσα ευερεθιστότητα ή θυμός Δυσκολία διαχείρισης συναισθημάτων Πτωχή σχολική επίδοση	Bullying και σωματική επίθεση σε άλλους Σκληρότητα σε ζώα Καταστροφή περιουσίας Κλοπή Εμπρησμός Σοβαρές παραβάσεις κανόνων Πτωχή σχολική επίδοση
Διάρκεια	≥ 6 μήνες	≥ 12 μήνες	≥ 3 επεισόδια τους τελευταίους 12 μήνες, με ≥ 1 τους τελευταίους 6 μήνες

Πίνακας 3: Σύγκριση της ΕΠΣ με τη Διαταραχή Διασπαστικής Απορρύθμισης της Διάθεσης και τη Διαταραχή Διαγωγής (Lopez JD, Daniels W, Joshi SV. *Oppositional Defiant Disorder: Clinical Considerations and When to Worry*. *Pediatr Rev.* 2024)

4.6 Διαγνωστικά Εργαλεία

Οι κλινικοί ιατροί έχουν στη διάθεσή τους ποικίλα εργαλεία αξιολόγησης, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιήσουν, ώστε να αναγνωρίσουν την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή [11]. Ο έλεγχος για ΕΠΔ από την πρώιμη παιδική ηλικία είναι υψίστης σημασίας για την πρόληψη των σχετιζόμενων με τη διαταραχή φτωχών αποτελεσμάτων που μπορεί να προκύψουν αργότερα στην ενήλικη ζωή [6]. Μια πληθώρα ερωτηματολογίων και εργαλείων αξιολόγησης βρίσκονται σε διαθεσιμότητα, ώστε αρχικά ακόμα και οι γονείς ή οι δάσκαλοι να έχουν τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν μια βασική εκτίμηση. Στη συνέχεια, παιδιά που συγκεντρώνουν υψηλά σκορ, παραπέμπονται για περαιτέρω αξιολόγηση από τους ειδικούς. [6] Μερικά διαγνωστικά εργαλεία είναι τα εξής [6, 11]:

- Eyberg Child Behaviour Inventory
- Sutter – Eyberg Student Behaviour Inventory – Revised
- Child Symptom Inventory 4
- Conners Child Behaviour Checklist
- Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
- Behaviour Assessment System for Children, Third Edition (BASC-3)
- Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Child and Adolescent Psychiatric Assessment
- Development and Well-Being Assessment
- Diagnostic Interview Schedule for Children
- Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται μερικά ακόμη διαγνωστικά εργαλεία και παρατίθεται μερικές πληροφορίες για το καθένα.

<i>Εργαλείο</i>	<i>Σχόλια</i>	<i>Πρόσθετες πληροφορίες</i>
<i>Child Behaviour Checklist</i>	Ελέγχει για ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, όπως ΔΕΠΥ, ΕΠΔ, CD, κατάθλιψη, άγχος, φοβίες	Υπάρχουν διαθέσιμες εκδόσεις για μικρότερα (18 μηνών ως 5 ετών) και μεγαλύτερα παιδιά (6 ως 18 ετών)
<i>Conners 3</i>	Ελέγχει για ΔΕΠΥ, με επιπλέον αξιολόγηση για ΕΠΔ και CD	Αναθεωρημένη έκδοσή, με βάση το DSM-5
<i>Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale</i>	Ελέγχει για ΔΕΠΥ, με πρόσθετες ερωτήσεις για εκτίμηση ΕΠΔ, CD, ΓΑΔ, ΙΨΔ, διαταραχές προσωπικότητας	
<i>Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale</i>	Ελέγχει για ΔΕΠΥ, με πρόσθετες κλίμακες που ελέγχουν για ΕΠΔ, CD και άγχος / κατάθλιψη	

Πίνακας 4: Διαγνωστικά εργαλεία για την ΕΠΔ (Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. Am Fam Physician. 2016)

Τα παραπάνω εργαλεία αξιολόγησης εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς, με βάση τους στόχους, τις ηλικιακές ομάδες – στόχους και τη μορφή τους. Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο αυτό θα αξιοποιηθεί, τις διαθέσιμες πληροφορίες και από το αν απαιτείται λεπτομερής αξιολόγηση για διάγνωση ή παρακολούθηση. Τα εργαλεία αυτά θα πρέπει να λειτουργούν

συμπληρωματικά ενός εκτενούς ιατρικού ιστορικού και μιας ολοκληρωμένης φυσικής εξέτασης [11].

4.7 Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή αποτελεί μία από τις συχνότερες διαταραχές συμπεριφοράς μεταξύ του παιδιατρικού πληθυσμού, γεγονός που οδηγεί τους γονείς των ασθενών στην αναζήτηση της καταλληλότερης μεθόδου διαχείρισης της κατάστασης. Η διάγνωση και θεραπεία της διαταραχής μπορεί να είναι χρονοβόρα και απαιτείται συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ατόμων και ειδικοτήτων, για παράδειγμα, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παιδίατροι, γονείς και δάσκαλοι [33].

Η θεραπευτική μέθοδος για τη διαχείριση των συμπτωμάτων παιδιών και εφήβων με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή μπορεί να διαφοροποιείται μεταξύ των ασθενών και βασίζεται στην ηλικία τους, αλλά και τη σοβαρότητα των συμπεριφορών που παρουσιάζουν. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (AACAP), οι αποτελεσματικότερες θεραπευτικές στρατηγικές είναι εξατομικευμένες στις ανάγκες του κάθε παιδιού / εφήβου και στα συμπτώματα που εκδηλώνονται μέσω των συμπεριφορών του. Η αφοσίωση που θα επιδείξουν οι γονείς στην ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχεδίου είναι εξίσου καθοριστική, καθώς πολλές από τις θεραπείες μπορεί να διαρκέσουν αρκετούς μήνες, αν όχι και περισσότερο [23, 32].

Η αντιμετώπιση της ΕΠΔ διακρίνεται σε φαρμακευτική και μη φαρμακευτική. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι εξαιρετικά περιορισμένη, καθώς τα δεδομένα σχετικά με την συνδρομή των φαρμάκων στη βελτίωση των αντιδραστικών συμπεριφορών, που παρατηρούνται στην ΕΠΔ, παραμένουν ασαφή [34]. Η εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπειών είναι η επικρατέστερη μέθοδος αντιμετώπισης της διαταραχής. Σε αυτή την ενότητα θα αναλυθούν οι επικρατέστερες μη φαρμακευτικές θεραπευτικές επιλογές, ενώ θα παρουσιαστούν και οι προτεινόμενες φαρμακευτικές θεραπείες.

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση

Οι προτεινόμενες θεραπείες των παιδιών με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα έχουν ως εξής: εκπαίδευση των γονέων (Parent Management Training - PMT), σχολική παρέμβαση (school – based intervention), ατομική θεραπεία (individual therapy), γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και ψυχοθεραπεία. Η αντιμετώπιση των παιδιών προσχολικής ηλικίας συχνά βασίζεται στην εκπαίδευση των γονέων (PMT). Παιδιά σχολικής ηλικίας ανταποκρίνονται καλύτερα, όταν λαμβάνουν έναν συνδυασμό ατομικής θεραπείας, PMT και σχολικής παρέμβασης. Για τους εφήβους, η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης φαίνεται να είναι η ατομική θεραπεία και η PMT [6, 32, 33, 34]. Μια σύνοψη της διαχείρισης της ΕΠΔ, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, φαίνεται στον πίνακα 5.

	<i>Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στους γονείς</i>	<i>Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στο παιδί</i>	<i>Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στο σχολείο</i>
<i>Πρώιμη-μέση παιδική ηλικία</i>	Γονεϊκές παρεμβάσεις	- Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία - Δεξιότητες επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων	Προγράμματα διαχείρισης συμπεριφοράς (δάσκαλοι, σχολική τάξη)
<i>Όψιμη παιδική ηλικία- εφηβεία</i>	-Γονεϊκές παρεμβάσεις (σε ομάδες ή μία οικογένεια) -Γονεϊκές παρεμβάσεις (συνεδρίες γονέων και εφήβων)	- Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία - Δεξιότητες επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων - Παρεμβάσεις πολλαπλών μοντέλων (έφηβοι, γονείς, σχολείο)	Προγράμματα διαχείρισης συμπεριφοράς (δάσκαλοι, σχολική τάξη)

Πίνακας 5: Σύνοψη της μη φαρμακευτικής διαχείρισης της ΕΠΔ (Hawes, David & Gardner, Frances & Dadds, Mark & Frick, Paul & Kimonis, Eva & Burke, Jeffrey & Fairchild, Graeme. (2023). *Oppositional defiant disorder primer. Nature Reviews Disease Primers*)

Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στους γονείς

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο τη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά θέτει προκλήσεις στους γονείς, τα αδέρφια, καθώς και σε όλους όσους συμμετέχουν στη διαχείριση των συμπεριφορών του παιδιού [35]. Για το λόγο αυτό κρίνονται οι πιο τελεσφόρες στρατηγικές αντιμετώπισης για όλες τις ηλικιακές ομάδες και περιλαμβάνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και του National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ως θεραπευτικές μέθοδοι εκλογής [6, 32]. Συνιστούν προγράμματα εκμάθησης δεξιοτήτων, που αποτελούνται από 8-16 συνεδρίες κατά μέσο όρο και μπορούν να εφαρμοστούν τόσο στην κλινική όσο και στο σπίτι. Πολλές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην πρώιμη-μέση παιδική ηλικία (δύο έως εννέα ετών), αλλά παρόμοιες προσεγγίσεις φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στην όψιμη παιδική ηλικία και την εφηβεία [6].

Parent Management Training (PMT)

Θεραπείες πρώτης γραμμής για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή θεωρούνται οι οικογενειακές συμπεριφορικές θεραπείες. Η πιο κοινή προσέγγιση στη διαχείριση της ΕΠΔ είναι ένα σύνολο θεραπειών, που συλλογικά αναφέρονται ως Parent Management Training (PMT). Αυτές οι παρεμβάσεις βασίζονται στο έργο του Gerald Patterson και των συνεργατών του, που θεώρησαν την ΕΠΔ ως ένα μοτίβο συμπεριφορών που έχουν διδαχθεί από αμοιβαίες αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών. Οι PMT μέθοδοι χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές εξαρτημένης μάθησης (για παράδειγμα τη χρήση επιβραβεύσεων και τιμωριών, για να πλάσουν εκούσιες συμπεριφορές), ώστε να προάγουν θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών, να αυξήσουν τις προσαρμοστικές συμπεριφορές και να μειώσουν την ανυπακοή και μη συμμόρφωση [33].

Με την προσέγγιση αυτή δίνεται έμφαση στον ποιοτικό χρόνο μεταξύ γονέων και παιδιών και στις τεχνικές ενίσχυσης από την πλευρά των γονέων, ώστε να δοθεί η σωστή κατεύθυνση στα κίνητρα των παιδιών. Καθίσταται σαφές ότι επικεντρώνεται στις δεξιότητες των γονέων [19]. Οι ειδικοί καθοδηγούν τους γονείς με σκοπό οι δεύτεροι να διατυπώνουν ξεκάθαρα τις εντολές τους προς τα παιδιά, να παραμένουν συνεπείς με τις προσδοκίες που έχουν από αυτά, αλλά και με τις επιπτώσεις που θα

επέλθουν από τη μη τήρηση των κανόνων από την πλευρά των παιδιών. Εκπαιδεύονται, ακόμα, να επιβραβεύουν τις θετικές συμπεριφορές και να αγνοούν τις αρνητικές συμπεριφορές των παιδιών τους που έχουν ως στόχο την αναζήτηση προσοχής [33]. Με τις μεθόδους αυτές ενισχύεται η αυτοπεποίθηση των γονέων αναφορικά με τη διαχείριση των συμπεριφορών των παιδιών τους, μειώνεται το στρες τους και ενισχύεται η ενότητα της οικογένειας. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι ειδικοί συμπεριλαμβάνουν στην εκπαίδευση τόσο τους γονείς όσο και τα παιδιά, καθώς έχει αποδειχθεί πως η συνδυαστική εκπαίδευση έχει θετικότερα αποτελέσματα, συγκριτικά με την ξεχωριστή εκπαίδευση παιδιών και γονέων [33].

Collaborative Problem Solving (CPS)

Μια εναλλακτική προσέγγιση για τη διαχείριση της ΕΠΔ αποτελεί η Collaborative Problem Solving (CPS) ή Collaborative and Proactive Solutions. Είναι μια παρέμβαση βασισμένη στους γονείς, που προσεγγίζει την ΕΠΔ από μια άλλη πλευρά, σε σύγκριση με την PMT. Η CPS αντιμετωπίζει την ανυπακοή των παιδιών και εφήβων ως το αποτέλεσμα της υστέρησής τους σε εκτελεστικές δεξιότητες. Σκοπός είναι η εκπαίδευση των συναισθηματικά αντιδραστικών και άκαμπτων νέων, ώστε να ελέγχουν τα συναισθήματά τους, να ανέχονται την αναστάτωση / δυσφορία και να επιλύουν προβλήματα αποτελεσματικότερα. Το μοντέλο αυτό διδάσκεται σε γονείς και δασκάλους, ώστε να το αξιοποιούν αναλόγως σε κάθε περίπτωση [33].

Parent - Child Interaction Therapy (PCIT)

Το PCIT είναι ένα πρόγραμμα συμπεριφορικής εκπαίδευσης των γονέων για παιδιά ηλικίας δύο έως επτά ετών. Τυπικά, στο πρόγραμμα αυτό, περιλαμβάνονται εβδομαδιαίες θεραπευτικές συνεδρίες διάρκειας 60 λεπτών, στις οποίες ο θεραπευτής καθοδηγεί τους γονείς στον τρόπο με τον οποίο θα διαχειρίζονται τις συμπεριφορές του παιδιού τους. Υπάρχουν δύο διακριτά στάδια· Child-Directed Interaction (CDI) και Parent-Directed Interaction (PDI). Οι γονείς εκπαιδεύονται τόσο στο να ακούν τα παιδιά όσο και στο να αγνοούν κάποιες συμπεριφορές τους. Μαθαίνουν να θέτουν όρια και να εφαρμόζουν τεχνικές πειθαρχίας, μέσω συμπεριφορικών τεχνικών, με έναν

συνεπή και προβλέψιμο τρόπο. Διδάσκονται να φέρνουν σε ισορροπία τη στοργή που δείχνουν στο παιδί, αλλά και την απαιτούμενη πειθαρχία [34].

Helping the Noncompliant Child (HNC)

Το HNC είναι ένα πρόγραμμα που χρησιμοποιεί στρατηγικές θετικής ενίσχυσης καθώς και τεχνικές αδιαφορίας και απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας τριών έως οκτώ ετών. Γονείς και παιδί συμμετέχουν ταυτόχρονα σε συνεδρίες των 60-90 λεπτών, μία ή δύο φορές εβδομαδιαίως, για συνολική διάρκεια περίπου 10 εβδομάδων. Οι δεξιότητες αποκτώνται μέσω τεχνικών μίμησης, παιχνιδιών ρόλων και εξάσκησης με το παιδί, τόσο στην κλινική όσο και στο σπίτι [34].

Όπως και στο PCIT, έτσι και στο HNC, το πρόγραμμα αποτελείται από δύο στάδια. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης (Differential Attention), οι γονείς διδάσκονται τεχνικές, με σκοπό να ενισχύσουν τις προκοινωνικές συμπεριφορές του παιδιού τους (χρησιμοποιώντας θετική λεκτική και σωματική προσοχή) και να μειώσουν δευτερεύουσες κακές συμπεριφορές (χρησιμοποιώντας τεχνικές προσοχής, θετικής ενίσχυσης και αδιαφορίας). Η δεύτερη φάση (Compliance Training) επικεντρώνεται στο να αποκτήσουν οι γονείς την ικανότητα να δίνουν ξεκάθαρες οδηγίες και να τις τηρούν με συνέπεια, εφαρμόζοντας επιπτώσεις σε περίπτωση ανυπακοής [34].

Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στο παιδί

Οι παρεμβάσεις αυτές, κατά κανόνα, περιλαμβάνουν τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy - CBT) και κοινωνικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, με στόχο να βοηθήσουν το παιδί να διακρίνει καταστάσεις που πυροδοτούν αρνητική από πλευράς του συμπεριφορά, επιθετική ή προκλητική συμπεριφορά, αλλά και να συνδράμουν στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοσυγκράτησης και αυτοελέγχου. Αυτές οι προσεγγίσεις έχουν εφαρμοστεί στην πρώιμη και μέση παιδική ηλικία, με ποικίλα αποτελέσματα, αλλά φαίνεται να έχουν φτωχότερα αποτελέσματα σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες, συγκριτικά με παιδιά

μεγαλύτερης ηλικίας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του NICE συστήνουν την εφαρμογή παρεμβάσεων που επικεντρώνονται στο παιδί (child-focused interventions), σε παιδιά ηλικίας εννέα έως δεκαέξι ετών [6].

Problem Solving Skills Training (PSST)

Το PSST χρησιμοποιεί δεξιότητες γνωστικής αναδιάρθρωσης και επίλυσης προβλημάτων (για παράδειγμα αναγνώριση του προβλήματος, εύρεση λύσεων, αξιολόγηση λύσεων, επιλογή προοπτικών), ώστε να βοηθήσει τους νέους με ΕΠΔ να ανταπεξέλθουν στις διαπροσωπικές τους δυσκολίες. Η θεραπεία προορίζεται για παιδιά ηλικιών μεταξύ επτά και δεκατριών ετών και αποτελείται από 12 ατομικές συνεδρίες, διάρκειας 30-50 λεπτών. Ο θεραπευτής αξιοποιεί διαδραστικές ασκήσεις και παιχνίδια, παιχνίδια ρόλων ποικίλων σεναρίων, που αντικατοπτρίζουν ρεαλιστικές καταστάσεις που συχνά καλείται να αντιμετωπίσει το παιδί στην καθημερινότητά του. Οι αρχικές συνεδρίες επικεντρώνονται αποκλειστικά στο παιδί, ενώ στις τελευταίες, ενδεχομένως, να συμπεριληφθούν και οι γονείς, ώστε να συμμετέχουν και εκείνοι στα σενάρια, με σκοπό να βοηθήσουν το παιδί στην εξάσκησή του και στο σπίτι [34].

Παρεμβάσεις που αφορούν το σχολείο

Οι παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, φαίνεται να μην είναι αποτελεσματικές σε ό,τι αφορά το σχολικό περιβάλλον. Για το λόγο αυτό, σε παιδιά που παρουσιάζουν άτακτη συμπεριφορά στο χώρο του σχολείου, απαιτούνται άλλης μορφής στρατηγικές [6]. Τα προγράμματα σχολικής παρέμβασης προσφέρονται στα σχολεία και καθοδηγούν παιδιά και εφήβους στον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους και στην ενίσχυση της σχολικής απόδοσης. Τα προγράμματα λειτουργούν βέλτιστα, όταν εφαρμόζονται σε πραγματικό περιβάλλον, όπως μια αίθουσα διδασκαλίας ή μια κοινωνική ομάδα [32].

Anger Control Training (ACT)

Η παρέμβαση ACT θεωρείται μέθοδος που απευθύνεται σε ομάδα ατόμων και όχι ατομική θεραπεία, αφορά το σχολείο και αντικείμενό της είναι η αντιμετώπιση αρνητικών, εχθρικών, εριστικών συμπεριφορών εναντίον προσώπων εξουσίας του σχολικού περιβάλλοντος. Εφαρμόζεται κυρίως σε παιδιά οκτώ έως δώδεκα ετών, περιλαμβάνει κατά μέσο όρο 18 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 60-90 λεπτών και

επικεντρώνεται γνωσιακές στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων, επιλογή προοπτικών και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Τα παιδιά συμμετέχουν σε παιχνίδια ρόλων, παρακολουθούν άλλα παιδιά να βιώνουν διαπροσωπικές δυσκολίες και καλούνται να επιλέξουν εναλλακτικές λύσεις, χρησιμοποιώντας τεχνικές που διδάσκονται στο πρόγραμμα. Αποκτούν, με αυτόν τον τρόπο, τα εφόδια που θα τους επιτρέψουν στην καθημερινότητά τους να διαχειριστούν καταστάσεις που τους προκαλούν θυμό και επιθετικότητα [34].

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί συνοψίζονται οι μη φαρμακολογικές, συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής.

Παρεμβάσεις	Σχόλια
Parent Management Training (PMT) • HNC • PCIT	Χρησιμοποιεί την επιβράβευση και την τιμωρία, ώστε να διαμορφώσει εκούσιες συμπεριφορές, να ενισχύσει θετικές σχέσεις παιδιών και γονέων, να προάγει προσαρμοστικές συμπεριφορές και να ελαττώσει αντιδραστικές συμπεριφορές.
Collaborative Problem Solving (CPS)	Εκπαιδεύει συναισθηματικά αντιδραστικούς και άκαμπτους νέους να ελέγχουν τα συναισθήματά τους, να διαχειρίζονται τη αναστάτωσή τους και να επιλύουν τα προβλήματα αποτελεσματικότερα.
Cognitive Behavioural Therapy (CBT)	Λιγότερο αποτελεσματική, συγκριτικά με τις προσεγγίσεις που αφορούν την οικογένεια ή το σχολείο, αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για παιδιά με συννοσηρότητες, όπως αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές διάθεσης.

Πίνακας 6: Συμπεριφορικές θεραπείες για την ΕΠΔ (Hood, B.S., Elrod, M.G. & DeWine, D.B. Treatment of Childhood Oppositional Defiant Disorder. Curr Treat Options Peds)

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Όπως προαναφέρθηκε, θεραπεία πρώτης γραμμής για τη δυσπροσαρμοστική επιθετική συμπεριφορά των παιδιών και εφήβων, με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή και άλλες διαταραχές συμπεριφοράς, αποτελούν οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, καθώς δεν εγκυμονεί κίνδυνος από τη θεραπεία (δεν υπάρχουν παρενέργειες). Στις περιπτώσεις στις οποίες η επιθετικότητα ενός αντιδραστικού παιδιού δεν ελέγχεται μέσω ψυχοκοινωνικών μεθόδων αντιμετώπισης ή στις περιπτώσεις συνύπαρξης συννοσηρότητας, εντάσσεται στο θεραπευτικό πλάνο και η φαρμακοθεραπεία, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, ειδικά σε ό,τι αφορά τομείς επιθετικότητας και συναισθηματικής απορρύθμισης [19, 36].

Η αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων είναι η πρώτη επιλογή της φαρμακοθεραπείας. Αν η διαταραχή δεν ελέγχεται, προστίθεται ένα άτυπο αντιψυχωτικό και προσαρμόζεται στο δοσολογικό σχήμα. Σε μη ανταπόκριση στη θεραπεία, επιλέγεται κάποιο διαφορετικό αντιψυχωτικό. Αν σημειωθεί μερική απάντηση, προστίθεται ένας σταθεροποιητής της διάθεσης σε συνδυασμό με το αντιψυχωτικό, αλλά ο συνδυασμός περισσότερων από δύο αντιψυχωτικών δεν συνιστάται. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η συνεχής παρατήρηση της πορείας της φαρμακοθεραπείας, για εμφάνιση τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως πρόσληψη βάρους ή καταστολή [19].

Ψυχοδιεγερτικά (Πρώτης γραμμής θεραπεία)

Μεταξύ των διαθέσιμων φαρμακευτικών επιλογών, τα ψυχοδιεγερτικά φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα στη ρύθμιση της επιθετικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, ειδικά όταν συνυπάρχει και ΔΕΠΥ [19, 36]. Από αυτή την κατηγορία φαρμάκων, η μεθυλφαινιδάτη και οι αμφεταμίνες έχουν ισχυρή ένδειξη για τον περιορισμό της επιθετικότητας και της αντιδραστικότητας παιδιών και εφήβων, ενώ εμφανίζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε περιπτώσεις ανοιχτής επιθετικότητας (π.χ. σωματική βία), σε σχέση με συγκαλυμμένης (π.χ. κλοπή) [36, 37].

Η μεθυλφαινιδάτη έχει φανεί να μειώνει τα συμπτώματα της ΕΠΔ σε παιδιά με ΔΕΠΥ σε πολλαπλές μελέτες. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρουσιάζει είναι το κοιλιακό άλγος, οι διαταραχές ύπνου και απώλεια της όρεξης [33].

Οι αμφεταμίνες παρουσιάζουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη μεθυλφαινιδάτη αναφορικά με την αντιμετώπιση συμπεριφορών που σχετίζονται με επιθετικότητα σε ασθενείς με ΕΠΔ και ΔΕΠΥ. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται η ανορεξία / μειωμένη όρεξη, η αϋπνία, η κεφαλαλγία και η απώλεια βάρους [33].

Μη ψυχοδιεγερτικά (Δεύτερης γραμμής θεραπεία)

Φάρμακα αυτής της κατηγορίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αντιμετώπιση της ΕΠΔ είναι η ατομοξετίνη, η γουανφακίνη και η κλονιδίνη. Από αυτές, η ατομοξετίνη παρουσιάζει τα καλύτερα αποτελέσματα, ακολουθούμενη από τη γουανφακίνη, ειδικά σε περιπτώσεις που συνυπάρχει και η ΔΕΠΥ ως συννοσηρότητα. Καθώς οι έρευνες που γίνονται σε αυτά τα φάρμακα ως θεραπεία της ΕΠΔ δεν επικεντρώνονται στον έλεγχο της επιθετικότητας ως αποτέλεσμα, κρίνονται ως θεραπεία δεύτερης γραμμής [19].

Η ατομοξετίνη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας αντλιών επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης του προσυναπτικού νευρώνα και ενδείκνυται όταν τα ψυχοδιεγερτικά δεν είναι αποτελεσματικά στη ρύθμιση των συμπτωμάτων της ΕΠΔ ή προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες σε παιδιά 6 ετών και άνω. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι εμφανές συνήθως στις οκτώ εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας [33]. Η αποτελεσματικότητά της θεωρείται μέτρια και η χρήση της συνιστάται με προσοχή, καθώς ενέχει σε μικρό ποσοστό (0.4-0.5%) τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού σε παιδιά και εφήβους [36]. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν καταγραφεί είναι οι εξής: ανορεξία, ναυτία / έμετος, δυσπεψία, κόπωση / αδυναμία. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχει σημειωθεί αύξηση των τρανσαμινασών και οξεία ηπατική ανεπάρκεια [33, 37].

Η γουανφακίνη και η κλονιδίνη είναι α2-αγωνιστές που έχουν θέση στην αντιμετώπιση της ΕΠΔ, ειδικά όταν συνυπάρχει ΔΕΠΥ, σε παιδιά και εφήβους, στους οποίους υπήρξε φτωχή απόκριση στη θεραπεία με ψυχοδιεγερτικά. Μπορούν να

χρησιμοποιηθούν ως μονοθεραπεία, όταν η προηγούμενη θεραπεία με ψυχοδιεγερτικά παρουσίασε ελάχιστο θεραπευτικό όφελος ή καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με κάποιο ψυχοδιεγερτικό, στην περίπτωση που η προηγούμενη θεραπεία με ψυχοδιεγερτικά είχε παρουσιάσει σημαντικό όφελος, ήταν καλά ανεκτή, αλλά παρέμειναν σημαντικά προβλήματα συμπεριφοράς που πρέπει να ελεγχθούν [36]. Οι πιο κοινές παρενέργειες της γουανφακίνης και της κλονιδίνης είναι η υπνηλία, η κεφαλαλγία, η καταστολή, η κόπωση και η επιγαστραλγία. Αυτές είναι συνήθως προσωρινές και παρόντες εντός έξι ή οκτώ εβδομάδων. Καθώς οι α_2 -αγωνιστές δρουν και ως αντιυπερτασικά φάρμακα, μπορεί να παρατηρηθούν αλλαγές στην αρτηριακή πίεση, στον καρδιακό ρυθμό ή παράταση του PR διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα [33, 37].

Άτυπα αντιψυχωτικά

Μεταξύ των άτυπων αντιψυχωτικών η ρισπεριδόνη έχει την ισχυρότερη ένδειξη στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας και της ευερεθιστότητας σε παιδιά και εφήβους με ΕΠΔ, ακολουθούμενη από την αριπιπραζόλη [19, 33, 36, 38]. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει πως σε παιδιά με ΕΠΔ και ΔΕΠΥ, που δεν ανταποκρίνονται σε οικογενειακές θεραπείες (parent training) και θεραπείες με ψυχοδιεγερτικά, η ρισπεριδόνη προσφέρει σημαντική βελτίωση στον περιορισμό των επιθετικών συμπεριφορών [19]. Οι παρενέργειες που αναφέρονται συνηθέστερα είναι οι εξής: αύξηση της όρεξης και παχυσαρκία, διαταραχές του μεταβολισμού και εξωπυραμιδικά συμπτώματα [33].

Η κουετιαπίνη φαίνεται να παρουσιάζει μεγάλη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των επιθετικών συμπεριφορών σε παιδιά και εφήβους με ΕΠΔ ή διαταραχή διαγωγής. Παρόλα αυτά, τόσο οι ανεπιθύμητες ενέργειές της όσο και η φτωχή ποιότητα των διαθέσιμων μελετών της χρήσης της σε παιδιά και εφήβους, την καθιστούν εκτός των θεραπευτικών προτιμήσεων [19, 36].

Σταθεροποιητές της διάθεσης

Φάρμακα αυτής της κατηγορίας που έχουν μελετηθεί για πιθανό όφελός τους στην αντιμετώπιση της ΕΠΔ και άλλων διαταραχών συμπεριφοράς είναι το λίθιο, το βαλπροϊκό και η καρβαμαζεπίνη [19, 33, 36, 38].

Όταν οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν αποφέρει ανεπαρκές αποτέλεσμα, οι κλινικοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να εντάξουν στη θεραπευτική αντιμετώπιση το βαλπροϊκό, προς έλεγχο της επιθετικότητας παιδιών και εφήβων με ΕΠΔ ή διαταραχή διαγωγής. Σε ασθενείς με συννοσηρότητες (ΔΕΠΥ), θα πρέπει να έχει προηγηθεί θεραπεία με κάποιο ψυχοδιεγερτικό. Το βαλπροϊκό δύναται να χρησιμοποιηθεί ως μονοθεραπεία ή συνδυαστικά με ένα ψυχοδιεγερτικό. Παρά την εκτιμώμενη μεγάλη αποτελεσματικότητά του, τα υπάρχοντα δεδομένα είναι ανεπαρκή και οι παρενέργειές του σημαντικότερες. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επιλέγεται από κάποιον ειδικό, με εξειδίκευση στις παιδικές διαταραχές συμπεριφοράς και τη χρήση του βαλπροϊκού. Τέλος, συστήνεται να αποφεύγεται σε θήλεα, λόγω του κινδύνου ανάπτυξης συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών [36].

Το λίθιο εκτιμάται πως έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα. Τα στοιχεία, όμως, των διαθέσιμων μελετών κρίνονται ανίσχυρα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμα και αντιφατικά. Σε συνδυασμό με τις παρενέργειες που εμφανίζει, την ανάγκη για τακτικό έλεγχο των επιπέδων του στο αίμα του ασθενούς και τον κίνδυνο της τοξικότητας που σχετίζεται με τη δοσολογία, η χρήση του στους παιδιατρικούς ασθενείς αποτελεί μια πρόκληση. Για τους παραπάνω λόγους, συστήνεται η αποφυγή του [36].

Τέλος, η καρβαμαζεπίνη δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας σε παιδιά και εφήβους με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, για αυτό και συστήνεται να αποφεύγεται [19, 36].

Αντικαταθλιπτικά

Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΕΠΔ έχουν μελετηθεί αντικαταθλιπτικά, όπως η βουπροπιόνη, η φλουοξετίνη και η δεσιπραμίνη. Φάνηκε πως εμφανίζουν ένα αθροιστικό αποτέλεσμα, παρουσιάζοντας μια γενικότερη βελτίωση σε ασθενείς με ΕΠΔ και ΔΕΠΥ, χωρίς να επικεντρώνονται αποκλειστικά στον περιορισμό της επιθετικότητας [19].

Στον πίνακα 7, που ακολουθεί, συνοψίζονται οι κυριότερες φαρμακευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής.

Κατηγορία	Μέλη κατηγορίας	Πιθανές παρενέργειες	Αποτελεσματικότητα
Ψυχοδιεγερτικά	Μεθυλφαινιδάτη, αμφεταμίνες	Κοιλιακό άλγος, διαταραχές ύπνου, ανορεξία, κεφαλαλγία	Αποτελεσματικά στη μείωση αντιδραστικότητας σε παιδιά με συνοδό ΔΕΠΥ
α2-αγωνιστές	Γουανφακίνη, κλονιδίνη	Υπνηλία, κεφαλαλγία, καταστολή, κόπωση, επιγαστραλγία, αλλαγές σε αρτηριακή πίεση, καρδιακό ρυθμό, παράταση PR διαστήματος στο ΗΚΓ	Περιορισμένα δεδομένα, στοιχεία ότι μειώνουν την αντιδραστικότητα σε παιδιά με συνοδό ΔΕΠΥ
Εκλεκτικοί αναστολείς αντλιών επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης	Ατομοξετίνη	Ανορεξία, ναυτία ή έμετος, δυσπεψία, κόπωση ή αδυναμία, αυξημένες τρανσαμινάσες, οξεία ηπατική ανεπάρκεια	Αποτελεσματικοί στη μείωση αντιδραστικότητας σε παιδιά με συνοδό ΔΕΠΥ
Ατυπα αντιψυχωτικά	ΡΙσπεριδόνη, αριπιπραζόλη, κουετιαπίνη	Οξεία / χρόνια εξωπυραμιδικά νευρολογικά συμπτώματα, αυξημένη όρεξη, υπεργλυκαιμία, υπερλιπιδαιμία, υπερτριγλυκεριδαμία, υπερπρολακτιναιμία	Αποτελεσματικά στη μείωση επιθετικότητας σε παιδιά με χαμηλή νοητική λειτουργία. Στοιχεία αποτελεσματικότητας στη μείωση συμπτωμάτων αντιδραστικότητας σε παιδιά με ΔΕΠΥ ή επιθετικές συμπεριφορές

Πίνακας 7: Φαρμακευτική αντιμετώπιση συμπτωμάτων της ΕΠΔ (Hood, B.S., Elrod, M.G. & DeWine, D.B. Treatment of Childhood Oppositional Defiant Disorder. Curr Treat Options Peds)

Συμπερασματικά, η φαρμακευτική αγωγή για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή θα πρέπει να εξατομικεύεται στο κάθε παιδί ή έφηβο και να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Η συνεχής παρακολούθηση για ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες από τη φαρμακοθεραπεία είναι υψίστης σημασίας, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικά ή σταθεροποιητές διάθεσης. Η συνεργασία με επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική διαχείριση της διαταραχής [11, 36].

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται μια σύνοψη των θεραπειών που εφαρμόζονται στην ΕΠΔ, φαρμακευτικών και μη.

Θεραπευτικές επιλογές για την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

1. PMT – Parent Management Training
2. Στο σχολείο, εκπαίδευση δασκάλων για συμπεριφορικές παρεμβάσεις
3. Υποστήριξη της ομάδας συνομηλίκων και παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε αυτούς
4. Επαγρύπνηση και επιτήρηση του κοινωνικού συνόλου
5. Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία
6. Λειτουργική οικογενειακή θεραπεία

Φαρμακοθεραπεία

Για τη διαχείριση συννοσηρότητων

- Εφαρμογή του υπάρχοντος πρωτοκόλλου για τις συννοσηρότητες
- Μεθυλφαινιδάτη έχει τη μεγαλύτερη ένδειξη, ακολουθούμενη από την ατομοξετίνη και τη γουανφακίνη, κλονιδίνη για συνύπαρξη ΔΕΠΥ και διαταραχών συμπεριφοράς

Για τη διαχείριση επιθετικότητας

- Αντιψυχωτικά: ρisperιδόνη, ακολουθούμενη από αριπιπραζόλη και έπειτα άλλα άτυπα και τυπικά αντιψυχωτικά
- Σε περίπτωση μερικής απόκρισης, προσθήκη σταθεροποιητή διάθεσης
- Αν δεν υπάρχει απόκριση, αλλαγή του αντιψυχωτικού

Πίνακας 8: Θεραπευτικές επιλογές για την ΕΠΔ (Ghosh A, Ray A, Basu A. Oppositional defiant disorder: current insight. Psychol Res Behav Manag. 2017)

4.8 Πρόγνωση

Η φυσική πορεία της Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής δεν είναι σαφώς καθορισμένη [9]. Οι ασθενείς με ΕΠΔ συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στον κοινωνικό, ακαδημαϊκό και εργασιακό τομέα, που συνήθως καταλήγουν σε προστριβές με τους γονείς, τους δασκάλους / καθηγητές και συνομηλίκους και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές [6, 11]. Αυτές οι συμπεριφορές είναι άμεσα συνδεδεμένες με αυξημένα κοινωνικά κόστη, αλλά και πτωχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ενήλικη ζωή [11].

Η επίπτωση της ΕΠΔ φθίνει με την πάροδο της ηλικίας [11]. Σύμφωνα με μελέτες, στο 70% των ασθενών παρατηρείται υποχώρηση των συμπτωμάτων μέχρι την ηλικία των 18 ετών [9]. Παρόλα αυτά, η διάγνωση της ΕΠΔ αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχών διάθεσης, αγχώδους διαταραχής, χρήσης ουσιών ή ακόμα και

αυτοκτονικού ιδεασμού στην μετέπειτα ζωή [9, 11]. Η έναρξη των συμπτωμάτων της ΕΠΔ σε μικρή ηλικία καθώς και το αρρεν φύλο φαίνεται να σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα επιμονής των συμπτωμάτων της ΕΠΔ στην ενήλικη ζωή [9].

Η χαμηλή διανοητική ικανότητα και η έλλειψη σωστής καθοδήγησης / επίβλεψης είναι ενδεικτικές πτωχής πρόγνωσης. Αντίθετα, η καλή πρόγνωση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων, την ατομική ή οικογενειακή θεραπεία και την καλή ανατροφή [11].

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η αστάθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δύνανται να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής διαγωγής, σε ασθενείς με ΕΠΔ. Παιδιά με ΕΠΔ και διαταραχή διαγωγής βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας [9]. Η υπόθεση ότι η ΕΠΔ αποτελεί το ενδιάμεσο στάδιο για την ανάπτυξη διαταραχής διαγωγής έχει αντικρουστεί από τα πιο σύγχρονα δεδομένα [11].

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή συχνά δεν ανιχνεύεται έγκαιρα, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται, σε σύγκριση με άλλες διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας [6]. Η πρόωπη παρέμβαση είναι ζωτικής σημασίας για την καλύτερη δυνατή πρόγνωση της ΕΠΔ και την αποφυγή ανάπτυξης άλλων διαταραχών μετά την ενηλικίωση [9].

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο σύνθετες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, με σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού, της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού του περιβάλλοντος. Παρά τη σοβαρότητα των επιπτώσεών της, η ΕΠΔ παραμένει σχετικά άγνωστη και συχνά διαγιγνώσκεται καθυστερημένα ή λαμβάνει λανθασμένη διάγνωση λόγω της ομοιότητάς της με άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις.

Καθίσταται, λοιπόν, ακόμα πιο επιτακτική η ανάγκη για ευρεία αναγνώρισή της, τόσο από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από τους γονείς, τους δασκάλους και το ευρύ κοινό. Η έλλειψη κατανόησης της φύσης και της σοβαρότητας της διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση, πράγμα που καθιστά πιο δύσκολη τη θεραπευτική παρέμβαση και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης πιο σοβαρών ψυχιατρικών και κοινωνικών προβλημάτων στην εφηβική και ενήλικη ζωή.

Η πρόωπη ανίχνευση και η πρόωπη παρέμβαση είναι καίριας σημασίας για την αποτελεσματική διαχείριση της ΕΠΔ. Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την άμεση ενεργοποίηση θεραπευτικών στρατηγικών που μπορούν να μειώσουν τις δυσμενείς συνέπειες της διαταραχής και να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες που θα του επιτρέψουν να ενταχθεί υγιώς στην κοινωνία. Οι πρόωμες παρεμβάσεις, ειδικά σε περιόδους υψηλού κινδύνου όπως η παιδική και πρόωμη εφηβική ηλικία, έχουν τη δυνατότητα να προλαμβάνουν την εξέλιξη σοβαρότερων ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία ενδέχεται να διαρκέσουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Η ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και η εφαρμογή στρατηγικών πρόωμης παρέμβασης σε σχολικό και κοινοτικό επίπεδο μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στη μείωση της επιβάρυνσης που προκαλεί η ΕΠΔ. Η ενεργός συμμετοχή των γονέων μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των γονέων, των σχολείων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων.

Παρά τις θετικές εξελίξεις τα τελευταία έτη στην κατανόηση και θεραπεία της ΕΠΔ, οι ψυχολογικές θεραπείες παραμένουν το θεμέλιο της διαχείρισης της διαταραχής. Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και η εκπαίδευση γονέων έχουν αποδειχθεί ως ιδιαίτερα αποτελεσματικές στρατηγικές στην αποκατάσταση της

συναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του παιδιού. Ωστόσο, η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει μια ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη και τις ανάγκες των γονέων, καθώς και την υποστήριξη του σχολικού περιβάλλοντος. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προσφέρει σημαντική ανακούφιση, αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και σε συνδυασμό με ψυχολογικές θεραπείες.

Η έγκαιρη παρέμβαση και η ενημέρωση είναι τα πιο ισχυρά εργαλεία για τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της ΕΠΔ και την ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης των παιδιών. Τέλος, τονίζεται η αναγκαιότητα της προώθησης περισσότερων ερευνητικών δραστηριοτήτων, με σκοπό τη συγκέντρωση έγκυρων επιστημονικών αποτελεσμάτων, ώστε να καταστεί η ΕΠΔ μια ευρέως γνωστή διαταραχή της ψυχικής υγείας και να παρέχονται επαρκή δεδομένα για τους τρόπους διαχείρισής της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
4. Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2004). "Understanding the Causes and Treatment of Oppositional Defiant Disorder". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*
5. Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). "The importance of early diagnosis and intervention in oppositional defiant disorder". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1011-1020
6. Hawes, David & Gardner, Frances & Dadds, Mark & Frick, Paul & Kimonis, Eva & Burke, Jeffrey & Fairchild, Graeme. (2023). Oppositional defiant disorder primer. *Nature Reviews Disease Primers*. 10.1038/s41572-023-00441-6
7. Christenson, J.D., Crane, D.R., Malloy, J. *et al.* The Cost of Oppositional Defiant Disorder and Disruptive Behavior: A Review of the Literature. *J Child Fam Stud* **25**, 2649–2658 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0430-9>
8. *Oppositional Defiant Disorder (ODD) | Boston Children's Hospital*. (n.d.). <https://www.childrenshospital.org/conditions/oppositional-defiant-disorder#symptoms--causes>
9. Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016 Apr 1;93(7):586-91. PMID: 27035043
10. *Oppositional defiant disorder*. (n.d.). <https://www.nationwidechildrens.org/conditions/oppositional-defiant-disorder>
11. Aggarwal A, Marwaha R. Oppositional Defiant Disorder. [Updated 2024 Oct 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/>
12. Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jan;46(1):126-141. doi: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af. PMID: 17195736
13. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (n.d.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1487528823>
14. Mphahlele, Ramatladi Meriam, Pillay, Basil Joseph, & Meyer, Anneke. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. *South African Journal of Education*, 43(1), 1-14. <https://doi.org/10.15700/saje.v43n1a2136>
15. Hamilton SS, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician*. 2008 Oct 1;78(7):861-6. PMID: 18841736

16. Burke JD, Boylan K, Rowe R, Duku E, Stepp SD, Hipwell AE, Waldman ID. Identifying the irritability dimension of ODD: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *J Abnorm Psychol.* 2014 Nov;123(4):841-51
17. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009 Mar;50(3):216-23
18. Quay, Katie & Stringaris, Argyris. (2012). *Oppositional defiant disorder*
19. Ghosh A, Ray A, Basu A. Oppositional defiant disorder: current insight. *Psychol Res Behav Manag.* 2017 Nov 29;10:353-367. doi: 10.2147/PRBM.S120582. PMID: 29238235; PMCID: PMC5716335
20. Caspi, A., et al. (2003). "Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene." *Science*, 301(5631), 386-389
21. Burt, S. A., & Donnellan, M. B. (2009). "Personality and the development of oppositional defiant disorder." *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(1), 83-101
22. Caspi, A., et al. (2002). "Monoamine oxidase A gene and antisocial behavior." *Science*, 297(5582), 853-858
23. Lopez JD, Daniels W, Joshi SV. Oppositional Defiant Disorder: Clinical Considerations and When to Worry. *Pediatr Rev.* 2024 Mar 1;45(3):132-142. doi: 10.1542/pir.2022-005922. PMID: 38425161
24. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 Nov;41(11):1275-93. doi: 10.1097/00004583-200211000-00009. PMID: 12410070.
25. Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Aug 31;19(17):10866. doi: 10.3390/ijerph191710866. PMID: 36078582; PMCID: PMC9517877
26. Nobakht HN, Steinsbekk S, Wichstrøm L. Development of symptoms of oppositional defiant disorder from preschool to adolescence: the role of bullying victimization and emotion regulation. *J Child Psychol Psychiatry.* 2024 Mar;65(3):343-353. doi: 10.1111/jcpp.13845. Epub 2023 May 31. PMID: 37258090
27. Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Penelo E, Domènech JM. First incidence, age of onset outcomes and risk factors of onset of DSM-5 oppositional defiant disorder: a cohort study of Spanish children from ages 3 to 9. *BMJ Open.* 2019 Mar 30;9(3):e022493. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022493. PMID: 30928923; PMCID: PMC6475188
28. Noordermeer, Siri & Luman, Marjolein & Oosterlaan, Jaap. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychology Review.* 26. 10.1007/s11065-015-9315-8
29. Arias VB, Aguayo V, Navas P. Validity of DSM-5 Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Children with Intellectual Disability. *Int J Environ Res Public Health.*

2021 Feb 18;18(4):1977. doi: 10.3390/ijerph18041977. PMID: 33670742; PMCID: PMC7922344

30. Burke, J. and Loeber, R. (2010), Oppositional Defiant Disorder and the Explanation of the Comorbidity Between Behavioral Disorders and Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17: 319-

326. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01223.x>

31. Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M. *et al.* Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **16**, 484–494 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0624-1>

32. George, Megan and Laitano, Jacqueline, "INTERVENTIONS AVAILABLE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OPPOSITIONAL DIFIANT DISORDER: A SCOPING REVIEW" (2023). *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. 1679.

<https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1679>

33. Hood, B.S., Elrod, M.G. & DeWine, D.B. Treatment of Childhood Oppositional Defiant Disorder. *Curr Treat Options Peds* **1**, 155–167 (2015).

<https://doi.org/10.1007/s40746-015-0015-7>

34. Curtis, D. F., Elkins, S. R., Areizaga, M., Miller, S., Brestan- Knight, E., & Thornberry, T. (2015). Oppositional Defiant Disorder. In Kapalka, G. M., *Disruptive Disorders and Behaviors: A Concise Guide to Psychological, Pharmacological and Integrative Treatments* (pp. 99-119). New York: Routledge.

35. Anbar RD, Zand N. A New Approach to Patients With Oppositional Defiant Disorder. *Clin Pediatr (Phila)*. 2024 Jun;63(6):743-745. doi: 10.1177/00099228231191465. Epub 2023 Aug 5. PMID: 37542413.

36. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, Boylan K, Cochrane-Brink K, Goldade R, Soper PR, Ustina J, Pringsheim T. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):62-76. doi: 10.1177/070674371506000204. PMID: 25886657; PMCID: PMC4344948.

37. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):42-51. doi: 10.1177/070674371506000202. PMID: 25886655; PMCID: PMC4344946.

38. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):52-61. doi: 10.1177/070674371506000203. PMID: 25886656; PMCID: PMC4344947.