

Μετατραυματική Διαταραχή Στρες στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία. Η Ανάγκη της Πρόληψης

Διονυσία Τσουκαλά,¹ Κωνσταντίνος Τσουμάκας²

Post- Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. The Necessity of Prevention

Abstract at the end of the article

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, PhD(c), ΓΝΑ "ΚΑΤ", Αθήνα

²Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 21/1/2013
Επανυποβλήθηκε: 20/3/013
Εγκρίθηκε: 22/3/2013

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Διονυσία Τσουκαλά
Πριγκηπωνήσων 11 Νέα Ιωνία,
14231 Αθήνα,
Τηλ.: 210 -2715070, 6978945872
E-mail: dtsouk@nurs.uoa.gr

Εισαγωγή: Τα παιδιά και οι έφηβοι, είτε ως μέλη οικογένειας είτε ως μέλη κοινότητας, συχνά εκτίθενται σε σοβαρά ατυχήματα, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (ΜΔΣ). Ενώ είναι σύνηθες να γίνεται λόγος για το οικονομικό κόστος των ατυχημάτων, συχνά παραλείπεται η αναφορά στις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις των παιδιών και εφήβων. **Σκοπός:** Να επισημανθούν τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τα αίτια εμφάνισης του συνδρόμου καθώς και να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη βαρύτητα εμφάνισης της διαταραχής. Επιπρόσθετος σκοπός ήταν να μελετηθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που υιοθετούνται και να αναδειχθεί η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη ανίχνευση ύποπτων σημείων για εκδήλωση ΜΔΣ. **Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση δημοσιευμένων ερευνητικών άρθρων στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Medline και ScienceDirect, 1997-2012 για τη Μετατραυματική Διαταραχή Στρες σε εφήβους και παιδιά στην αγγλική γλώσσα, χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά: Post Traumatic Stress Disorder, children, adolescents, injury, accident, violence, stress. Εξαιρέθηκαν μελέτες παλαιότερες από το 1997. **Αποτελέσματα:** Το ποσοστό εμφάνισης ΜΔΣ τον πρώτο μήνα μετά το ατύχημα κυμαίνεται μεταξύ 13-40%, ενώ 16,7% των παιδιών πληρούν τα κριτήρια 3-6 μήνες αργότερα. Τα κυριότερα συμπτώματα της ΜΔΣ είναι άγχος, διέγερση και κατάθλιψη, ενώ οι κυριότεροι παράγοντες εμφάνισης της διαταραχής είναι το θήλυ φύλο, το έντονο αίσθημα αδυναμίας και φόβου τη στιγμή του ατυχήματος, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας του παιδιού, η ύπαρξη οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, η συνεχής έκθεση του ίδιου ή παρόμοιου γεγονότος από τα ΜΜΕ και η έντονη απειλή θανάτου αμέσως μετά το ατύχημα. Δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση της ΜΔΣ με το είδος του ατυχήματος. Η φαρμακευτική προσέγγιση, ειδικά σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία είναι σημαντική, όπως και η προσφορά των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων ΜΔΣ. **Συμπεράσματα:** Η κυριότερη θεραπευτική προσέγγιση είναι η φαρμακευτική, που συνδυασμένη με την ψυχοθεραπεία θεωρείται ιδανική. Η παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη για την πρόληψη, την

έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία, ώστε να εξασφαλιστεί η μετέπειτα ομαλή ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων.

Λέξεις ευρητηρίου: Μετατραυματική Διαταραχή Στρες, παιδιά, έφηβοι, ατύχημα, βία, σεισμοί

Εισαγωγή

Καθημερινά γίνεται λόγος για τραυματικά γεγονότα που συμβαίνουν στα παιδιά, τόσο ως μέλη της οικογένειας όσο και ως μέλη της κοινότητας. Το σπίτι, το σχολείο και οι δρόμοι είναι μερικοί μόνο από τους τόπους όπου διδραματίζονται αυτά τα γεγονότα. Τα τροχαία αποτελούν πρωταρχικό αίτιο θνητότητας, θνησιμότητας και πρόκλησης αναπηριών τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά.¹ Στη Σουηδία μεταξύ του 2001-2005, 186/100000 παιδιά και έφηβοι τραυματίστηκαν σοβαρά, ενώ 1065/100000 προσήλθαν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) στα νοσοκομεία.¹ Στις ΗΠΑ αναφέρεται ότι 5.000.000 παιδιά ανά έτος εκτίθενται σε κάποια μορφή ατυχήματος, ενώ στην Ελλάδα 500.000 παιδιά τραυματίζονται κάθε χρόνο από διάφορα αίτια, 700 χάνουν τη ζωή τους και 3.000 μένουν ανάπηρα.^{2,3} Διεθνώς έχει στραφεί το ενδιαφέρον στη σημασία της πρόληψης των ατυχημάτων για τη μείωση του κόστους.^{1,2} Πέρα όμως από το οικονομικό κόστος που προκύπτει από ατυχήματα, για το οποίο συχνά γίνεται λόγος, θα πρέπει να γίνει αναφορά και στο ψυχολογικό κόστος που αφήνουν τέτοια γεγονότα σε παιδιά καθώς επηρεάζει τόσο πραγματικά όσο και δυνητικά την ψυχολογική τους ανάπτυξη.

Τα παιδιά αποτελούν ευαίσθητη ομάδα πληθυσμού όσον αφορά το τραύμα και το ατύχημα εξαιτίας της ιδιαιτερότητας τους αναφορικά με τη σωματική τους διάπλαση, την ανωριμότητα κριτικής σκέψης αλλά και συμπεριφοράς, χαρακτηριστικά που τα καθιστούν ευάλωτα σε πολύ σοβαρές βλάβες που πολλές φορές είναι μη αναστρέψιμες.^{3,4} Σύμφωνα με έρευνα το 25% όλων των παιδιών βιώνουν κάποιο τραυματικό γεγονός πριν την ενηλικίωσή τους.⁵ Ακόμη σημαντικό ποσοστό 40% των παιδιών και εφήβων έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους, ενώ 5%-70% αυτών πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (ΜΔΣ).⁴ Ο όρος Μετατραυματική Διαταραχή Στρες, (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)

αναφέρεται σε σύνδρομο που αναπτύσσεται μετά από έκθεση σε τραυματικό γεγονός, που προκάλεσε έντονο φόβο και αίσθημα απελπισίας, εγκατάλειψης ή τρόμου. Ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές.⁶

Σκοπός

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε με σκοπό να: α) εντοπισθούν οι αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου, β) διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη βαρύτητα της εμφάνισης της διαταραχής και γ) μελετηθούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που υιοθετούνται και να αναδειχθεί η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη ανίχνευση ύποπτων σημείων για εκδήλωση ΜΔΣ.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: Post Traumatic Stress Disorder, children, adolescents, injury, accident, violence, stress στην αγγλική γλώσσα και Μετατραυματικό Στρες, παιδιά, έφηβοι, ατύχημα, βία, στρες στην ελληνική γλώσσα. Οι λέξεις- κλειδιά συνδυάστηκαν μεταξύ τους στις βιβλιογραφικές βάσεις, Pubmed, Medline και ScienceDirect. Το χρονικό διάστημα αναζήτησης ήταν 1997- 2012, καθώς το 1997 σημειώθηκε ένα μεγάλο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση αιτιών εμφάνισης της διαταραχής στις συγκεκριμένες ηλικίες. Παρότι ενδιαφέρον είχε αρχίσει να διαφαίνεται από τη δεκαετία του 70, μόλις το 1997 πραγματοποιήθηκαν μεγάλες μελέτες. Ως αποδεκτές για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση κρίθηκαν ερευνητικές μελέτες που αναφέρονταν σε ΜΔΣ που εμφανίστηκε μετά από ατύχημα, βία, μαζική καταστροφή, καθώς και μελέτες που αναφέρονταν σε θεραπευτικές προσεγγίσεις της διαταραχής. Εξαιρέθηκαν μελέτες παλαιότερες από το 1997.

Αποτελέσματα Ανασκόπησης

Το 1920 ο S. Freud χαρακτήρισε την τραυματική εμπειρία ως «βίωμα που επιφέρει μια τόσο μεγάλη αύξηση της διέγερσης στον ψυχικό κόσμο του ατόμου που η επεξεργασία του με τα συνήθη και φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, γεγονός που έχει ως συνέπεια μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής λειτουργίας». Το 1930 ο H. Selye έδωσε τον ορισμό του stress ως κατάσταση απειλής της ομοιόστασης του οργανισμού στην οποία γίνεται εγκατάσταση σοβαρών σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων ως και σοβαρή ασθένεια.⁷

Το 1971, ο Winnicott υποστήριξε με μελέτη που πραγματοποίησε, ότι το τραύμα καταστρέφει στα παιδιά την ιδέα που έχουν για τους γονείς τους, δηλαδή ότι είναι προστάτες τους, καθώς φάνηκε ότι ήταν αδύνατο να τα προφυλάξουν από το τραύμα.⁸ Το 1984, ο Van Der Kolk τονίζει ότι η ΜΔΣ είναι νευροφυσιολογική διαταραχή με σημαντικές επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία, ενώ το 2001, ο Perry ανέφερε ότι η ΜΔΣ έχει γενετική προδιάθεση και ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της συμπεριφοράς του παιδιού και αντίδρασης άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων (ΥΥΕ, Hypothalamic - Pituitary - Adrenal Axis, HPA axis).^{9,10}

Επιδημιολογικά δεδομένα εμφάνισης ΜΔΣ

Οι Winston et al πραγματοποίησαν έρευνα για το οξύ στρες μετά από τροχαίο ατύχημα σε 97 παιδιά ηλικίας 5-17 ετών και γονείς, ένα μήνα μετά το συμβάν που φάνηκε ότι το 88% των παιδιών και 83% των γονέων ανέφεραν τουλάχιστον ένα κλινικό σύμπτωμα που αντιστοιχούσε σε ΜΔΣ.¹¹ Οι συγγραφείς ανέφεραν επίσης αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής όταν υπήρχε γονικό άγχος και τα παιδιά ήταν Αφρικανικής φυλής. Σε άλλη μελέτη των ιδίων συγγραφέων με δείγμα 269 παιδιά, το 16% εμφάνισαν ΜΔΣ και αντίστοιχα οι γονείς τους σε ποσοστό 15%.¹²

Οι Stallard et al. αναφέρουν μετά από έρευνα που πραγματοποίησαν ότι 30% των παιδιών εμφάνισε ΜΔΣ με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια, ανεξάρτητα από το είδος και τη βαρύτητα του ατυχήματος.¹³ Το 2005 οι Kassam et al, σε μελέτη τους σε 90 παιδιά ηλικίας 8-17 ετών, βρήκαν ότι 11% αναφέρουν εμφάνιση ορισμένης μορφής ΜΔΣ.¹⁴ Σε αντίστοιχη μελέτη των Meiser- Stedman et al. (2005) σε 93 εφήβους 10-

16 ετών, αναφέρεται ότι 19,4% εμφάνισαν οξύ στρες ενώ σε 12,5% εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν συμπτώματα ΜΔΣ 6 μήνες μετά το τραυματικό γεγονός.¹⁵

Οι J Kennardy et al σε 135 παιδιά, χρησιμοποιώντας την κλίμακα Children's Trauma Scale Questionnaire (CTSQ) και Questionnaire of Events Scale (QES), αναφέρουν ότι 3% εμφάνισαν ΜΔΣ και 7% υποκλινικά τη διαταραχή.¹⁶

Σε 4 μελέτες, η εμφάνιση ΜΔΣ κυμαινόταν 18-34% και σε 5 μελέτες παρατηρήθηκε ύφεση που κυμαινόταν 6-23% στους 3-6 μήνες μετά το τραυματικό γεγονός.^{11-14,15-18} Οι κυριότερες μελέτες ανέφεραν εμφάνιση ΜΔΣ μετά τις 4 εβδομάδες που κυμαινόταν 24-36%, ενώ 4-8 εβδομάδες αργότερα ήταν 27%.^{14,15,19} Η συχνότητα εμφάνισης ΜΔΣ σε εφήβους κυμαίνεται 1,6-9,2%, ενώ μελέτες έδειξαν ότι αν μείνουν χωρίς θεραπεία η ΜΔΣ θα εμφανισθεί 18-24 μήνες μετά το ατύχημα.^{18,19}

Οι Bronner et al σε δείγμα 36 παιδιών ηλικίας 8-17 ετών, θυμάτων πυρκαγιάς, έδειξαν ότι 34,5% πληρούσαν τα κριτήρια για ΜΔΣ και 13,8% εμφάνισαν αρκετά συμπτώματα.²⁰ Σε άλλη μελέτη σε 4.054 εφήβους από τους SZ Levine et al., διαπιστώθηκε ότι μόνο 5% εμφάνισε συμπτώματα ΜΔΣ.²¹ Επίσης, οι A. Bal και B. Jensen σε μελέτη που διεξήγαγαν σε 290 παιδιά μετά από το σεισμό του 1999, ανακοίνωσαν ότι 10,9% εμφάνισαν ήπια συμπτώματα, το 29,7% μέτρια και 38% σοβαρά συμπτώματα ΜΔΣ.²²

Στην Ελλάδα, μελέτη που πραγματοποίησαν οι Γ. Κολαΐτης και συν. σε 115 παιδιά δημοτικού, θύματα του σεισμού του 1999, βρέθηκε ότι 78% εμφάνισαν ΜΔΣ ήπιου έως μέτριου βαθμού, ενώ 32% εμφάνισε κατάθλιψη.¹⁸

Αίτια συνδρόμου - παράγοντες κινδύνου ΜΔΣ

Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης ΜΔΣ σε παιδιά είναι: α) πόλεμος που εμφανίζεται σε 25-80%, β) σεισμοί, οι κατολισθήσεις και τα ακραία καιρικά φαινόμενα, που η εμφάνιση της κυμαίνεται 10-100%, γ) ατυχήματα, με έμφαση στα τροχαία, που η ΜΔΣ κυμαίνεται 15-50%, δ) βίαιες επιθέσεις, οι απαγωγές, η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η φυσική κακοποίηση σε 11-50%, η οικιακή βία σε ποσοστό 50-100% και ε) σοβαρές ασθένειες (επιβίωση από καρκίνο και από παραμονή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΜΕΘ).^{5,17,18,21,23-25}

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΜΔΣ αναφέρονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.^{15,16,18,21-23,26,27}

Πίνακας 1. Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΜΔΣ.

1. Φύλο (αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σε κορίτσια).
2. Προηγούμενη τραυματική εμπειρία.
3. Ύπαρξη ψυχικής νόσου (αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης).
4. Γονική ψυχοπαθολογία.
5. Έλλειψη υποστήριξης από γονείς.
6. Συμμετοχή των παιδιών ως μάρτυρες σε απειλητικό γεγονός για τη ζωή του γονέα.
7. Συνεχή ερεθίσματα από ΜΜΕ.
8. Έκθεση αγαπημένου προσώπου σε κίνδυνο.
9. Εμπειρία σε Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και σοβαρά νοσήματα.
10. Μάρτυρας ή θύμα βίας.
11. Έκθεση σε μαζικές καταστροφές.
12. Πόλεμος, μετανάστευση.
13. Αναπτυξιακή διαταραχή.
14. Επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια και μετά το συμβάν.

Σε μελέτη έγινε εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ σοβαρότητας τραύματος και ΜΔΣ και διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση.¹⁹ Σε άλλες μελέτες δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας, του είδους ατυχήματος και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με την ανάπτυξη ΜΔΣ.^{9,12,15-18,27,28} Σε μελέτη, δυο παιδιά (3%) πληρούσαν όλα τα κριτήρια για ΜΔΣ (το ένα είχε τραυματιστεί με μοτοσυκλέτα και το άλλο σε ιππασία), ενώ ποσοστό 34% εμφάνισε ΜΔΣ μετά από τροχαίο ατύχημα.^{29,30}

Ταξινόμηση της ΜΔΣ

Η ΜΔΣ, ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης και τη διάρκεια, διακρίνεται σε: α) οξεία εμφάνιση της διαταραχής για 1- 3 μήνες, ένα μήνα μετά το τραυματικό γεγονός, β) χρόνια, διάρκεια μεγαλύτερη από 3 μήνες, γ) ΜΔΣ με όψιμη έναρξη, εμφάνιση των συμπτωμάτων τουλάχιστον 6 μήνες αργότερα και δ) περιπλεγμένη, χρόνια ΜΔΣ με συνύπαρξη και άλλων νόσων.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι σημαντικό να υπάρχει διαφοροποίηση της ΜΔΣ μεταξύ μεμονωμένου γεγονότος (π.χ τροχαίο) και επαναλαμβανόμενων ερεθισμάτων (π.χ σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση).⁶ Η Κ. Terr διαχωρίζει το τραύμα σε δυο κατηγορίες: α) τύπου I που αφορά εμπειρία με βία ή ατύχημα και στην οποία παρατηρούνται κλασικά συμπτώματα

ΜΔΣ και β) τύπου II που αφορά βιώματα σεξουαλικής κακοποίησης ή βιασμού και παρατηρούνται άρνηση, μειωμένη απαντητικότητα και οργή. Στη ΜΔΣ σε οξεία μορφή παρατηρείται διαταραχή ύπνου, φόβος, αναβίωση τραυματικού βιώματος και σε χρόνια μορφή, που παρατηρείται κυρίως συναισθηματική επιπέδωση, θλίψη ή απόσυρση.³¹

Κλινική συμπτωματολογία και διάγνωση ΜΔΣ⁶

Η διάγνωση ΜΔΣ απαιτεί την περιγραφή τραυματικού γεγονότος από το ίδιο το παιδί ή τον έφηβο και περιγραφή συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Όταν δεν υπάρχει αναφορά από το παιδί- θύμα ή αν δεν υπάρχουν εμφανή στοιχεία στην κλινική εξέταση, **δεν πρέπει να γίνεται διάγνωση ΜΔΣ ακόμη κι αν αναφέρονται στοιχεία από τους κηδεμόνες των παιδιών** (σύμφωνα με το σύστημα DSM-IV) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Σημεία- κλειδιά κατά τη διάγνωση της ΜΔΣ

1. Η εκτίμηση περιλαμβάνει ερωτήσεις για τραυματικά γεγονότα και συμπτώματα ΜΔΣ.
2. Κατάλληλη ορολογία, ανάλογα με την ηλικία- χρήσιμες οι κλίμακες έκφρασης προσώπων και φόβου.
3. Ιδιαίτερη προσοχή σε συγκεκριμένα σημεία συμπεριφοράς των παιδιών, ανάλογα με την ηλικία.
4. Συνέντευξη με το παιδί- θύμα και με τους γονείς.
5. Ανίχνευση άλλων διαταραχών.

Σύμφωνα με το DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1987*), τα διαγνωστικά κριτήρια είναι: α) **Έκθεση σε τραυματικό γεγονός**, στο οποίο: 1) το άτομο βίωσε, άμεσα ή έμμεσα, κατάσταση που κινδύνευε πραγματικά ή απειλήθηκε με θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό του ίδιου ή άλλων, 2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση αδυναμίας ή τρόμο ή φρίκης (στα παιδιά είναι δυνατόν να εμφανιστεί και αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά), β) **αναβίωση τραυματικής εμπειρίας**, όπως φαίνεται από: 1) ζωντανές ενοχλήσεις που προκαλούν εκνευρισμό και ταραχή, 2) επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος και αναταραχή, 3) αναβίωση τραυματικού γεγονότος (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και flashbacks αποσυνδεδετικά επεισόδια), 4) έντονη ψυχολογική ενόχληση και ταραχή κατά την έκθεση σε νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του

τραυματικού γεγονότος, γ) **επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων**, που είναι συνδεδεμένα με το ψυχικό τραύμα και μείωση της γενικής απαντητικότητας, που απουσίαζαν πριν το τραύμα, όπως φαίνεται από 3 ή περισσότερα από τα παρακάτω σημεία: 1) αποφυγή σκέψεων, συναισθημάτων και συζητήσεων που αφορούν στο τραύμα, 2) αποφυγή δραστηριοτήτων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, χώρων που διαδραματίστηκε το τραυματικό γεγονός και ανθρώπων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, 3) ανικανότητα να ενθυμηθεί σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος, 4) μείωση ενδιαφέροντος και συμμετοχής σε δραστηριότητες, 5) απομάκρυνση ή αποστασιοποίηση ή αποξένωση από άλλους, 6) περιορισμένη διακύμανση συναισθήματος, 7) αίσθημα απουσίας μέλλοντος, δ) **συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας** τα οποία απουσίαζαν πριν από το τραύμα όπως φαίνεται από δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια: 1) αϋπνία, 2) ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, 3) δυσκολία συγκέντρωσης, 4) υπεραγρύπνηση, 5) αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος, ακόμα και σε κοινά ερεθίσματα, ε) **διάρκεια τουλάχιστον 4 εβδομάδων** μετά το τραυματικό γεγονός και στ) **σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στην σχολική, κοινωνική ή άλλη δραστηριότητα της ζωής**. Τα κριτήρια ΜΔΣ παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια ΜΔΣ

- A. Έκθεση σε τραυματικό γεγονός.
- B. Αναβίωση τραυματικής εμπειρίας.
- Γ. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων.
- Δ. Συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας.
- E. Διάρκεια 4 εβδομάδων τουλάχιστον μετά το τραυματικό γεγονός.
- ΣΤ. Σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στη σχολική, κοινωνική ή άλλη δραστηριότητα της ζωής.

Εναλλακτικά διαγνωστικά κριτήρια ΜΔΣ σε παιδιά ως 4 ετών²

Κατά τη διάγνωση της ΜΔΣ σε παιδιά πρέπει να δίνεται προσοχή σε ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Πίνακας 1). Το κριτήριο A του Πίνακα 3 παραμένει ίδιο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στο κριτήριο B, την αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας, παρατηρείται: α) μετατραυματικό, παρορμητικό και επαναλαμβανόμενο

παιχνίδι, απλούστερο και με μικρότερη φαντασία, β) παιχνίδι αναπαράστασης που είναι τμήμα της τραυματικής εμπειρίας (όχι όμως η μονότονη επανάληψή του), γ) επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος (όχι απαραίτητα ενοχλητικές) εκτός του παιχνιδιού και δ) εφιάλτες, με περιεχόμενο ή όχι το τραυματικό γεγονός. Στο κριτήριο Γ, την επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που θυμίζουν το γεγονός, δίνεται προσοχή: α) στον περιορισμό του παιχνιδιού, β) στην απόσυρση, που αφορά κυρίως παιδιά της ίδιας ηλικίας, γ) στο «περιορισμένο συναίσθημα» (δεν είναι τόσο εκδηλωτικά όσο πριν το τραυματικό γεγονός) και δ) στην απώλεια των αποκτηθέντων εξελικτικά ικανοτήτων, κυρίως του προφορικού λόγου και της εκπαίδευσης στην τουαλέτα. Στο κριτήριο Δ, στην εμφάνιση αυξημένης διεγερσιμότητας, αναζητείται η ύπαρξη: α) νυχτερινού τρόμου, β) δυσκολίας στην έλευση ή τη διατήρηση ύπνου, γ) υπνοβασίας, δ) ελάττωσης της συγκέντρωσης συγκρινόμενη με πριν το γεγονός, δ) υπεραερισμού και ε) υπερβολικής αντίδρασης με ξάφνιασμα, ακόμη και σε κοινά ερεθίσματα, όπως ο θόρυβος. Ομάδα συμπτωμάτων που εμφανίζονται μετά από τραυματικό γεγονός και δεν ανήκουν στα παραπάνω κριτήρια είναι: α) εμφάνιση νέας επιθετικότητας, β) άγχος αποχωρισμού, κυρίως από τη μητέρα, γ) ο μεμονωμένος φόβος εκπαίδευσης στην τουαλέτα, δ) φόβος για το σκοτάδι και ε) νέοι φόβοι για πράγματα ή καταστάσεις που δεν συνδέονται εμφανώς με το γεγονός (π.χ έντομα).

Κλινική προβολή ΜΔΣ ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο^{2,4}

Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, δίνεται βάρος στην παρατήρηση ορισμένων χαρακτηριστικών. Συγκεκριμένα: α) στην προσχολική ηλικία (1 - 5 ετών) παρατηρείται ανεξέλεγκτο κλάμα, άσκοπο τρέξιμο, ακινητοποίηση, υπερευερεθιστότητα, διαταραχή διατροφής και συχνά απώλεια όρεξης, β) στη σχολική ηλικία (5 - 11 ετών), παρατηρούνται προβλήματα ύπνου, κεφαλαλγίες, ναυτία, οπτικές ή ακουστικές διαταραχές, σχολική άρνηση, έλλειψη συγκέντρωσης, μειωμένη απόδοση στο σχολείο ή και βελτίωση της απόδοσης στο σχολείο. Υπάρχει διαφοροποίηση της έκφρασης της διαταραχής ανάλογα με το φύλο. Τα αγόρια τείνουν να είναι πιο εξωστρεφή και επιθετικά μετά, σε αντίθεση με τα κορίτσια που είναι εσωστρεφή, ήσυχα και συνεσταλμένα, γ) στην πρώιμη εφηβεία (11 - 14 ετών) είναι δυνατόν να εμφανιστεί απόσυρση, απομόνωση, κενά μνήμης, καταθλιπτικό συναίσθημα, ιδέες αυτοκτονίας και επι-

θετική συμπεριφορά, δ) στην εφηβεία (14 - 18 ετών), εμφανίζονται αντικοινωνική συμπεριφορά, αυτοτραυματισμοί, χρήση ουσιών, ψευδαισθήσεις, σκασιαρχείο, παραβατική συμπεριφορά, πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα, αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης ή λήψης αποφάσεων, είτε βραχυπρόθεσμα είτε για το μέλλον, σύγχυση, κατάθλιψη και υπερβολική ενασχόληση με ένα αντικείμενο ή μια σκέψη.

Θεραπευτική αντιμετώπιση ΜΔΣ

Οι κυριότερες προτεινόμενες θεραπείες είναι: α) η διαχείριση πρώτου βήματος (First-step management), που εστιάζει στην αντίδραση του παιδιού κατά την έκθεση σε τραυματικό γεγονός και στη διαχείρισή της, β) η ψυχοθεραπεία, που αφορά είτε στην ατομική είτε στην ομαδική ψυχοθεραπεία (με οικογένεια, άλλα παιδιά ή και άλλες οικογένειες).³² Κατά τις πρώτες συνευξέσεις, παρατηρείται σε μικρότερα παιδιά η τάση να μιλούν με εκπληκτικές λεπτομέρειες για το τραυματικό γεγονός, νιώθουν ενοχές που δεν αντέδρασαν εκείνη τη στιγμή, ενώ σε εφήβους παρατηρείται δυσπιστία στον εξεταστή και απαιτείται χρόνος για να κερδίσει κανείς την εμπιστοσύνη τους, γ) η φαρμακευτική αγωγή που θεωρείται η κυριότερη θεραπεία και συνδυαστικά με την ψυχοθεραπεία θεωρείται ιδανική και ανάλογα με το βαθμό εμφάνισης της διαταραχής, χορηγούνται: 1) β-ανταγωνιστές για την αντιμετώπιση του άγχους και την πρόληψη επιδείνωσης της διαταραχής, 2) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, κρίσεων πανικού και διαταραχών ύπνου, 3) αντιεπιληπτικά, όπως η καρβαμαζεπίνη για αντιμετώπιση θυμού και προβλημάτων συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ΜΔΣ, 4) βενζοδιαζεπίνες, όπως η κλοναζεπάμη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε προσωρινή βάση για θεραπεία άγχους, με παρενέργεια την επιθετικότητα σε εφήβους, 5) κατασταλτικά, όπως η ρισπεριδόνη, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του άγχους, της αποδιοργάνωσης και ψυχωτικών εκδηλώσεων, ενώ η βουσπιρόνη (5-HT αγωνιστής) έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την αντιμετώπιση άγχους σε εφήβους αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα όσο αφορά ΜΔΣ και δ) η μέθοδος Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) που βασίζεται σε θεωρητικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο αναμένεται να παρατηρηθούν δυσλειτουργική συμπεριφορά, αισθήματα και αντιδράσεις κατά την αναθύμιση του τραυματικού γε-

γονότος.^{33,34} Η θεραπεία έγκειται στην αναπαράσταση του τραυματικού γεγονότος και την πυροδότηση υγιών συμπεριφορών.³²

Πρόληψη και πρόγνωση ΜΔΣ: Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας

Η πρόληψη της ΜΔΣ βασίζεται στις αιτίες που προκαλούν τη διαταραχή. Η πρωτογενής πρόληψη θεωρείται ζωτικής σημασίας για την αποφυγή της βίας και των επιπτώσεών της. Η ενημέρωση στα σχολεία για το βιασμό, την παιδική κακοποίηση, τα τροχαία ατυχήματα και οικογενειακή βία είναι στρατηγικές που μπορούν να μειώσουν την επίπτωση της ΜΔΣ.³⁵

Η δευτερογενής πρόληψη παρ' όλο που δεν έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα, φαίνεται να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα σε ερευνητικό πρόγραμμα που ζητήθηκε από τα θύματα τραυματικών γεγονότων να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους και έγινε ανάλυσή τους, παρατηρήθηκε μείωση της επίπτωσης της ΜΔΣ κατά 10%.³⁶

Η έκφραση των συναισθημάτων και των ιδεών για το τραυματικό γεγονός, με σκοπό την μείωση του άγχους που προκαλείται από την αναθύμιση του γεγονότος και την ενίσχυση της συναισθηματικής ωριμότητας, φαίνεται να είναι σημαντικό μέτρο για την μείωση της εμφάνισης της ΜΔΣ. Αν και υπάρχει πιο ευρεία εφαρμογή σε θύματα πολέμου και φυσικών καταστροφών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η μέθοδος έχει αποτέλεσμα και σε θύματα άλλων τραυματικών γεγονότων, όπως το ατύχημα. Η έγκαιρη αναγνώριση της αντίδρασης αυτής των παιδιών από ενημερωμένους εκπαιδευτικούς και η συνεργασία με κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας προσφέρει σημαντική ελάττωση των συμπτωμάτων ΜΔΣ στα παιδιά.^{37,38,39}

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην μείωση της εμφάνισης της διαταραχής με την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της αλλά και με τη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Όσο πιο άμεση είναι η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η έναρξη της θεραπευτικής προσέγγισης, τόσο πιο ήπια θα είναι η εμφάνισή της και η πορεία της.^{37,38,39}

Στο πλαίσιο της αποκατάστασης του παιδιού μετά το ατύχημά του περιλαμβάνεται και η επανένταξή του στη σχολική κοινότητα. Η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή είναι σημαντική σε τομείς όπως παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε οξύ πρόβλημα του παιδιού (π.χ. έντονη αντίδραση στρες σε αγγογόνο ερέθισμα)

και προγραμματισμός φροντίδας για την εξάλειψή του. Επίσης είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση φαρμάκων που λαμβάνει το παιδί αλλά και για ενημέρωση του εκπαιδευτικού προσωπικού όσο αφορά ύποπτα σημεία στην αλλαγή του παιδιού που προδίδουν την εμφάνιση της ΜΔΣ. Εφόσον διαπιστωθούν τέτοια σημεία, είναι υπεύθυνος, για την παραπομπή του παιδιού και της οικογένειάς του σε κατάλληλο θεραπευτή. Μετά την έναρξη θεραπείας είναι σημαντική η επανεξέταση του παιδιού για να διαπιστωθεί η πορεία του στη σχολική κοινότητα. Επιπλέον, είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία με την οικογένεια του παιδιού και συμμετέχει στην ενημέρωση της πορείας του παιδιού, προτείνοντας εφόσον χρειαστεί, εξειδικευμένη βοήθεια. Αν υπάρχει ήδη τέτοιου είδους βοήθεια, ο θεραπευτής μπορεί να αντλήσει σημαντικές πληροφορίες

για την συμπεριφορά του παιδιού από την επικοινωνία του με τον νοσηλευτή.^{35,37,38,39}

Συμπέρασμα

Η ΜΔΣ έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχολογία και κοινωνική ζωή των παιδιών. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για δημιουργία πρωτοκόλλων για την πρώιμη διάγνωση, επανεκτίμηση και πρόληψη της ΜΔΣ και άλλων διαταραχών που εμφανίζονται παράλληλα με αυτήν. Η επαγρύπνηση των επαγγελματιών υγείας διαμέσου ειδικών σεμιναρίων και περαιτέρω εξειδικευμένης ενημέρωσης βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών, ώστε η μετέπειτα ανάπτυξή τους να είναι όσο το δυνατόν πιο ομαλή.

ABSTRACT

Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. The Necessity of Prevention

Dionysia Tsoukala,¹ Konstantinos Tsoumakas²

¹RN, Msc, PhD(c), "KAT" General Hospital, Athens, ²Professor of Pediatrics, Faculty of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens, Athens

Introduction: Children and adolescents are commonly exposed to injuries, both as family members as well as members of society and are therefore at an increased risk of developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Although referral to the economic cost is rather usual, the reference to the psychological effects of the traumatic experience of children and adolescents is often omitted. **Aim:** To announce epidemiological data of PTSD in children and adolescents and to report the causes of its prevalence as well as the factors that effect its severity. An additional purpose was to refer to therapeutic measures that can be taken and to highlight the importance of the role that health professionals have in the recognition of the PTSD symptoms in children as well as young adults. **Method:** A search was conducted in order to find published articles with studies concerning PTSD in the above population. The databases used were Pubmed, Medline and ScienceDirect, from the years 1997 to 2012. The official search language was English and the keywords were: Post-Traumatic Stress Disorder, children, adolescents, injury accident, violence, stress. Studies before 1997 were excluded from the search. **Results:** The prevalence of PTSD during the first month after the accident was between 13-40% while 16,7% of the children still had PTSD symptoms 3-6 months later. The main symptoms reported were stress, agitation and depression, while the most common risk factors were the female gender, the feeling of weakness and fear during the traumatic experience, the lack of supportive environment, the child's pathogenic psychological profile, a positive psychiatric family history, the continuous exposure of the traumatic experience or a similar one to it from the media and the intense death threat after the accident. No significant correlation was observed between PTSD and the type of accident. The pharmacological approach was significant, especially when combined with psychotherapy and the health professionals proved to have an important part in observing PTSD symptoms in children and adolescents. **Conclusions:** The main therapy is achieved

by drug administration and is considered ideal when combined with psychotherapy. Intervention by health professionals is considered crucial so to make an early diagnosis, prevent the severity of PTSD symptoms and contribute effectively in its therapy, all in purpose of establishing a normal development of the young victims of the accident.

Key-words: Post Traumatic Stress Disorder, children, adolescents, injury, accident, violence



Corresponding Author: Dionysia Tsoukala, 11, Prigkiponisson str. GR 14231, Nea Ionia Athens, Greece, Tel. +30 210-2715070, e-mail: dtsouk@nurs.uoa.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Olofsson E, Bunketorp O, Andersson Al. Children and adolescents injured in traffic associated psychological consequences: a literature review. *Acta Paediatr* 2009, 98:17-22.
2. Περβανίδου Π. Μετατραυματική Διαταραχή Στρες στην παιδική και εφηβική ηλικία. *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 2005, 52:32-40.
3. Τσουμάκας ΚΘ. Παιδικά ατυχήματα. *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης*, Αθήνα 2006, σελ. 3.
4. Perry BD, Azad I. Post- Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents. *Curr Opin Ped* 1998, 11:36-50.
5. Pervanidou P. Biology of Post- traumatic stress disorder in childhood and adolescence. *J Neuroend* 2008, 20:632-638.
6. Μαδιανός Μ. Κλινική Ψυχιατρική. *Εκδόσεις Καστανιώτη*, 3^η έκδοση, Αθήνα 2006, σελ. 284.
7. Kennard J. A Brief History of the Term Stress. Available at: <http://www.healthcentral.com/anxiety/c/1950/30437/history-term-stress>. Assessed June 10, 2008.
8. Alford CF. Winnicott and trauma. *Psychoanal Rev* 2007, 94:529-551.
9. van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues Clin Neurosci* 2000, 2:7-22.
10. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001, 64:319-345.
11. Winston FK, Kassam-Adams N, Garcia-Espana F, Ittenbach R, Cnaan A. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics* 2002, 109:e90.
12. Winston FK, Kassam-Adams N, Garcia-Espana F, Ittenbach R, Cnaan A. Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents. *JAMA* 2003, 290:643-649.
13. Stallard P, Salter E, Velleman R. Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents: a second prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13:172-178.
14. Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, 43:403-411.
15. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 2005, 162:1381-1383.
16. Kenardy J, Thompson K, Le Brocque R, Olsson K. Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 17:316-325.
17. Kilpatrick KL, Williams LM. Potential mediators of post traumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics* 1998, 100:958-964.
18. Kolaitis G, Kotsopoulos J, Tsiantis J, Haritaki S, Rigi-zou F, Zacharaki L et al. Posttraumatic stress reactions among children following the Athens earthquake of September 1999. *Eur Child & Adolesc Psychiatry* 2003, 12:273-280.

19. Chrousos GP, Gold PW. The Concepts of Stress and Stress System Disorders . Overview of Physical and Behavioral Homeostasis. *JAMA* 1992, 267:1244-1252.
20. Wang Ch, Tsay SL, Bond E. Post traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic- related injuries. *J Adv Nurs* 2005, 52:22-30.
21. Bronner MB, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children after paediatric intensive care treatment compared to children who survived a major fire disaster. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008, 2:9.
22. Levine SZ, Laufer A, Hamama-Raz Y, Stein E, Solomon Z. Posttraumatic growth in adolescence: examining its components and relationship with PTSD. *J Trauma Stress* 2008, 21:492-496.
23. Llabre MM, Hadi F. War-related exposure and psychological distress as predictors of health and sleep: a longitudinal study of Kuwaiti children. *Psychosom Med* 2009, 71:776-783.
24. Bal A, Jensen B. Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *Europ Child Adolesc Psychiatry* 2007,16:449-457.
25. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKeown RE et al. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *J Amer Acad Child & Adolesc Psychiatry* 1998, 37:147-154.
26. Zatzick DF, Grossman DC, Russo J, Pynoos R, Berliner L, Jurkovich G et al. Predicting post-traumatic stress symptoms longitudinally in a representative sample of hospitalized injured adolescents. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45:1188-1195.
27. Dyb G, Holen A, Brænne K, Indredavik M, Aarseth J. Parent child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nord J Psychiatry* 2003, 57:339-344.
28. Landolt MA, Vollrath M, Timm K, Gnehm HE, Senhauser FH. Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005, 44:1276-1283.
29. Mirza KAH, Bhadrinath BR, Goodyer IM, Gilmour C. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *British J Psychiatry* 1998, 72:443-447.
30. Stallard P, Salter E, Velleman R. Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents: a second prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13:172-178.
31. Terr LC. Childhood Traumas. An outline and overview. *Amer J Psychiatry* 1991, 27:96-104.
32. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 12:CD006726.
33. Stamatakos M, Campo JV. Psychopharmacologic treatment of traumatized youth. *Curr Opin Pediatr* 2010, 22:599-604.
34. Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, Geraciotti TD Jr, Putnam FW. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. *J Clin Psychiatry* 2010, 71:932-941.
35. Τσουμάκας ΚΘ. Παιδικά ατυχήματα. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006, σελ. 52-56.
36. Dinh-Zarr TB, Sleet DA, Shults RA, Zaza S, Elder RW, Nichols JL et al. Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of safety belts. *Am J Prev Med.* 2001, 21(4 Suppl):48-65.
37. Wolmer L, Hamiel D, Laor N. Preventing children's posttraumatic stress after disaster with teacher-based intervention: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:340.
38. Schreiber M, Gurwitch R, Wong M. Listen, Protect, Connect—Model & Teach: Psychological First Aid (PFA) for Students and Teachers. US Department of Education, Readiness and Emergency Management for Schools (REMS) Technical Assistance Center; 2008.
39. Langley A, Wong M, Baweja S, and Stein B, Kataoka S. Responding to Students with PTSD in Schools. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 January; 21(1): 119-135.