



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

HELLENIC REPUBLIC  
UNIVERSITY OF CRETE  
SCHOOL OF MEDICINE



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
**ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ**

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Επιδημιολογική μελέτη παιδιών και εφήβων με επείγοντα  
ψυχιατρικά προβλήματα που νοσηλεύτηκαν στην παιδοψυχιατρική  
κλινική ΠΑΓΝΗ»**

---

«Epidemiological Study of Children and Adolescents with Urgent Psychiatric  
Problems Hospitalized at the Pediatric Psychiatric Clinic of the University  
General Hospital of Crete»

**ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΣΑΚΑΠΕΤΗ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

AM 1130024

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2019



*Ασθενείς της*

*Παιδοψυχιατρικής κλινικής ΠΑΓΝΗ*

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Γεώργιος Μπριασούλης

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γεώργιος Μπριασούλης, Ομότιμος Καθηγητής

Σταυρούλα Ηλία, Επίκουρη Καθηγήτρια

Βγόντζας Αλέξανδρος, Καθηγητής

*ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ*

*Γεώργιος Μπριασούλης, Ομότιμος Καθηγητής*

*Γεροστέργιος Γεώργιος, Επιμελητής*

*Σταυρούλα Ηλία, Επίκουρη Καθηγήτρια*

## Πρόλογος - Ευχαριστήριες Αναφορές

Τα προβλήματα στην ψυχική υγεία κατά την διάρκεια της παιδικής και την εφηβικής ηλικίας είναι συχνά. Έρευνες υποστηρίζουν ότι 20% των παιδιών και των εφήβων υποφέρουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως νευροαναπτυξιακές, αγχώδεις, συναισθηματικές και διαταραχές διαγωγής. Δυστυχώς, πολλά από αυτά τα παιδιά δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ η αυξητική τάση και οι επιπτώσεις των προβλημάτων δεν έχουν αξιολογηθεί επαρκώς σε πολλές χώρες.

Πολλά από τα προβλήματα ψυχικής υγείας παραμένουν σταθερά καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν με αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα να επιβαρύνεται σοβαρά η ποιότητα ζωής και η λειτουργικότητά τους. Προβλήματα μέτριας σοβαρότητας διαταράσσουν σοβαρά τη μετάβαση στην ενήλικη ζωή. Έρευνες δείχνουν, πως ποσοστό υψηλότερο του 50% των ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές είχε εκδηλώσει κάποια διαταραχή στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία. Στα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές ο κίνδυνος εκδήλωσης χρόνιων σωματικών ασθενειών και πρόωμης θνητότητας είναι μεγάλος. Τέλος, η υψηλή συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στα νέα άτομα, η επιβάρυνση της υγείας, της εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής, η αναπτυξιακή πορεία και η συνέχεια της ψυχοπαθολογίας, καθώς και οι σοβαρές επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή καθιστούν την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση προτεραιότητα κεντρικής σημασίας για τη δημόσια υγεία (Καλαντζή - Αζίζι & Σοφianoπούλου, 2016).

Ολοκληρώνοντας αυτή την εργασία αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις βαθιές ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου, σε πρόσωπα, χωρίς την συμβολή των οποίων, δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

Κατά κύριο λόγο θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή μου, Κύριο Μπριασούλη Γεώργιο, Καθηγητή Εντατικής Θεραπείας Παιδών του Πανεπιστημίου Κρήτης, υπεύθυνο του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος, που μου έδωσε τη δυνατότητα εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Άκουσε με ενδιαφέρον το πόσο πολύ με ενδιέφερε αυτό το θέμα και με βοήθησε να σχεδιάσω και οργανώσω το ερευνητικό μου πρωτόκολλο, ώστε να μου δοθεί η δυνατότητα εκπόνησής του στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Τον ευχαριστώ θερμά για τη συνεχή υποστήριξη του και την ενθάρρυνση του καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα άλλα μέλη της κριτικής επιτροπής για την συμμετοχή τους στην συμβουλευτική επιτροπή, τον κύριο Βγόντζα Αλέξανδρο, Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και Διευθυντή της Ψυχιατρικής Κλινικής του

Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και την κυρία Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παιδών του Πανεπιστημίου Κρήτης, Διευθύντρια της ΜΕΘ Παιδών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Εκφράζω και τις θερμές μου ευχαριστίες στον Κύριο Γεροστέργιο Γεώργιο, Επιμελητή της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, ο οποίος με το ενδιαφέρον του και τις υποδείξεις του ενίσχυσε την προσπάθειά μου καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας μου.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και την αγάπη μου στους γονείς μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους σε κάθε επίπεδο συναισθηματικό, υλικό και ηθικό, που με στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

## Συντομογραφίες

ΠΑΓΝΗ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ηρακλείου

ΠΔΨ

Παιδοψυχιατρική

## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος - Ευχαριστήριες Αναφορές.....	4
Συνοπτομογραφίες.....	6
Περίληψη.....	9
Summary .....	11
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	13
<b>Εισαγωγή</b> .....	14
Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	14
Εφηβεία και ψυχική υγεία.....	15
Κακοποίηση .....	15
Κατηγορίες και χαρακτηριστικά Ψυχικών νοσημάτων .....	18
Αντιμετώπιση.....	19
Ψυχιατρική νοσηλεία.....	20
Επιδημιολογικές μελέτες .....	21
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	23
<b>Σκοπός</b> .....	24
<b>Μεθοδολογία</b> .....	25
Δεοντολογία της έρευνας.....	25
Ασθενείς.....	25
Επιστημονικό πεδίο .....	26
Υλικό και Μέθοδοι.....	26
Ταξινόμηση στην Ψυχιατρική και Ψυχιατρικές Κλίμακες Μέτρησης .....	27
Στατιστική επεξεργασία δεδομένων .....	37
Φύλο και ηλικία .....	38
Λόγος Εισαγωγής.....	42
Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα / καταστάσεις .....	44
Κοινωνικά προβλήματα .....	47
Bullying .....	47
Ψυχωτικά επεισόδια .....	48
Αυτοκτονική συμπεριφορά .....	50
Απόπειρα αυτοκτονίας.....	53
Τρόποι απόπειρας.....	53
Απόπειρα οποτεδήποτε στη ζωή.....	55
Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας .....	56
Χαρακτηριστικά Ασθενών με την Απόπειρα ως Διάγνωση Εισόδου .....	56
Διάγνωση εξόδου – θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	59

<b>Συζήτηση</b> .....	62
<b>Περιορισμοί της μελέτης</b> .....	67
Μέλλον και προοπτικές εξέλιξης της μελέτης .....	68
<b>Συμπεράσματα</b> .....	69
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	70



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι διαταραχές ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις παιδιών και εφήβων αυξήθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια, αλλά αυτό το φαινόμενο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Στην Ελλάδα τα επιδημιολογικά δεδομένα σε Παιδοψυχιατρικές Κλινικές είναι περιορισμένα.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των δημογραφικών, κοινωνικών, ψυχοπαθολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών των νοσηλευμένων παιδιών και εφήβων στην Παιδοψυχιατρική Κλινική (ΠΔΨ) του ΠΑΓΝΗ. Ο έλεγχος της επίπτωσης και συχνότητας, στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, γνωστών παραγόντων κινδύνου για ψυχιατρικές διαταραχές και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ τους.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη που έλαβε χώρα στη ΠΔΨ Κλινική του ΠΑΓΝΗ. Το δείγμα συνίστατο από το σύνολο παιδιών και εφήβων (n=152) που είχαν επείγουσα νοσηλεία (n=249) από 1/2/2015 έως και 30/9/2018.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των νοσηλειών στη ΠΔΨ κλινική το 61% αφορούσε πρώτες εισαγωγές το 39% αφορούσε επανεισαγωγές. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 15,2±2 έτη με υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών (107/45). Οι άρρενες ασθενείς σε σημαντικά υψηλότερο (p<0.01) ποσοστό εισήχθησαν στην ΠΔΨ Κλινική κατόπιν εισαγγελικής εντολής. Συχνότεροι λόγοι εισαγωγής ήταν η απόπειρα αυτοκτονίας (26%) όπως και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας (32%). Οι λόγοι εισαγωγής στη ΠΔΨ Κλινική διέφερε ανά φύλο με περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις να αφορούν στα μεν κορίτσια την απόπειρα αυτοκτονίας και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας στα δε αγόρια τα περιστατικά διαταραχών συμπεριφοράς και την ψύχωση. Προβλήματα με οικογένεια και φίλους συνδέονται με μεγαλύτερα ποσοστά απόπειρας (50%) έναντι των ποσοστών άλλων πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων (13-30%). Μεγάλο ποσοστό των νοσηλευμένων στην ΠΔΨ Κλινική ασθενών παρουσιάζει αυτοκτονική συμπεριφορά(53,6%). Η λήψη φαρμάκων σε υπερβολική δόση (58,33%), οι πτώσεις από ύψος (13,33%) και η δηλητηρίαση με τοξικούς παράγοντες, όπως απορρυπαντικά (6,67%), καταγράφηκαν ως τα κύρια μέσα αυτοκτονίας στον υπό μελέτη πληθυσμό. Συχνότερη διάγνωση εξόδου κατά ICD ήταν οι συναισθηματικές διαταραχές (36,69%) και οι διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς με έναρξη κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία (17,34%).

**Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν σε τοπικό επίπεδο την παγκόσμια τάση αύξησης των ψυχιατρικών νοσημάτων σε παιδιά και εφήβους και υποδηλώνουν υψηλούς παράγοντες κινδύνου όπως οι γονικές ψυχιατρικές ασθένειες και πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής. Επιπλέον, τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τη διαφορετικότητα στις εκδηλώσεις των ψυχιατρικών νοσημάτων και τη διαφοροποίηση των διαγνώσεων και τρόπων εισαγωγής στα αγόρια και στα κορίτσια.

**Λέξεις κλειδιά :** ψυχιατρικές νοσηλείες, έφηβοι ασθενείς, ψυχικές διαταραχές, αγχωτικά γεγονότα, απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοκτονική συμπεριφορά

## Summary

**Introduction:** Mental health disorders in children and adolescents are a growing public health problem in developed countries. The urgent psychiatric conditions of children and adolescents have increased significantly in recent years, but this phenomenon has not been studied in detail. In Greece, epidemiological data on psychiatric conditions of children and adolescents hospitalized in Pediatric Psychiatric Departments are limited.

**The aim:** To record and analyze the detailed demographic, social, psychopathological and clinical characteristics of children and adolescents hospitalized in the Pediatric Psychiatric Clinic (PPC) of the University Hospital of Heraklion (PAGNI). To assess the prevalence and frequency of known psychiatric disorders and emergencies in this population sample, and to investigate various family, social, clinical, and interventional factors related to them.

**Material and Method:** This is a retrospective study that took place at the Pediatric Psychiatric Department of PAGNI. The sample consisted of all children and adolescents ( $n = 152$ ) who had emergency hospitalizations ( $n = 249$ ) from 1/2/2015 to 30/9/2018.

**Results:** Of the total hospitalizations in the clinic, 61% concerned first admissions, 39% related to re-admissions. The mean age of the patients was  $15.2 \pm 2$  years (girls/boys 107/45). Male patients at a significantly higher ( $p < 0.01$ ) percent were admitted to the PPC following a public prosecution order. Frequent reasons for admission were attempted suicide (26%) and other forms of suicide (32%). The reasons for admission to Pediatric Psychiatric Clinic varied by gender with more than half of the cases involving girls suicide attempt and other forms of suicide in boys, incidence of behavioral disorders and psychosis. Problems with families and friends were associated with higher attempt rates (50%) than those of other recent psychopoietic events (13-30%). A large proportion of patients hospitalized in the Pediatric Psychiatric Clinic had shown suicidal behavior (53.6%). Overdose (58.33%), drops from height (13.33%) and poisoning with toxic agents such as detergents (6.67%) were recorded as the main means of suicide in the study population. The most common diagnosis of ICD outcome was emotional disturbances (36.69%) and emotional and behavioral disorders beginning with childhood or adolescence (17.34%).

**Conclusion:** Our results overlap with the global trend of psychiatric illness increase in children and adolescents, suggesting as important risk factors parental psychiatric illnesses and recent psychopestical events in life. Also, these results highlight diversity in the manifestations of psychiatric illnesses, and differences in causes and modes of admission between boys and girls.

**Key Words:** psychiatric hospitalizations, adolescent patients, mental disorders, stressful events, suicide attempts, suicidal behavior

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Εισαγωγή

### Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας – ΠΟΥ (World Health Organization-WHO), ως «ψυχική υγεία» θεωρείται η συναισθηματική κατάσταση ευεξίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση στην κοινωνία, καθώς και να αισθάνεται ικανοποίηση από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματα του. Επίσης, μπορεί να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, για να μπορεί να πραγματοποιήσει τον μέγιστο βαθμό της αυτό-εκπλήρωσής του.

Οι διαταραχές ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα Ηνωμένα Έθνη την 20<sup>η</sup> Νοεμβρίου 1989 ψήφισαν την Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Convention on the Rights of the Child) η οποία αναγνωρίζει ότι «τα παιδιά είναι ανθρώπινα όντα και όχι μόνο παθητικά αντικείμενα φροντίδας και φιλανθρωπίας, που δικαιούνται να απολαμβάνουν ένα διακριτό σύνολο δικαιωμάτων σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους». Η πρόταση αυτή αποτελεί μία δεσμευτική σύμβαση από την οποία απορρέει ένα πλαίσιο κανόνων για την διαφύλαξη της ψυχικής υγείας των παιδιών η οποία έχει υπογραφεί και υιοθετηθεί από περισσότερες από 190 χώρες – μέλη των Ηνωμένων Εθνών αποτελώντας την πλέον αποδεκτή σήμερα διεθνή σύμβαση (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Παρόλες τις προσπάθειες κρατικών και μη κρατικών οργανώσεων για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των παιδιών, κάθε χρόνο εκατομμύρια παιδιά υφίστανται κάποιου είδους κακοποίηση σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική. Καναδικές και αμερικανικές μελέτες (Klassen et al., 2016) αναφέρουν ότι 679.000 παιδιά στις ΗΠΑ βιώνουν περιστατικά ενδοοικογενειακής κακοποίησης, με τα θύματα που φιλοξενούνται σε δομές προστασίας να αγγίζουν τις 22.000 (Maddoux et al., 2014). Πέραν των ανωτέρω, είχε έγκαιρα επισημανθεί ότι το ποσοστό των παιδιών και εφήβων που εμφανίζουν κάποιας μορφής ψυχική πάθηση κυμαινόταν μεταξύ 15% και 20% (Shaffer et al., 1996), εκτιμώντας αύξηση του ποσοστού κατά 50% έως το 2020 (Brundtland, 2001). Παρόλη την προσπάθεια των ειδικών, μεγάλο ποσοστό των παιδιών με ψυχική διαταραχή δεν διαγιγνώσκονται ποτέ και από αυτά μόνο ένα στα πέντε λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (Boyer et al., 2013).

## **Εφηβεία και ψυχική υγεία**

Στην εφηβεία παρατηρούνται δυσκολίες προσαρμογής που συνοδεύονται από έντονο άγχος, ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, στον ψυχισμό, στις εξωτερικές συνθήκες ζωής και στις απαιτήσεις για ωριμότερη λειτουργία και αυξημένη απόδοση. Στις μέρες μας, ένα στα τέσσερα παιδιά προβλέπεται ότι θα αντιμετωπίσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην εφηβεία. Μελέτες έχουν δείξει η κατάθλιψη στην διάρκεια της εφηβικής ηλικίας αυξάνει κατά 2-7 φορές την πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής κατά στην ενήλικη ζωή (Lopez & Murray, 1996), ενώ έχει επίσης αναφερθεί ότι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις κατά την ενήλικη ζωή, πολύ συχνά έχουν αφετηρία την εφηβική ηλικία παρότι εμφανίζονται αρκετά χρόνια αργότερα (Di Lorenzo et al., 2016).

Οι σύγχρονοι έφηβοι, τονίζουν οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν μια πολύ ζοφερή και πιο επικίνδυνη πραγματικότητα από αυτήν που αντιμετώπιζαν οι παλαιότερες γενιές. Η οικονομική κρίση δυσχεραίνει την κατάσταση, υπομονεύοντας προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη σωστή ψυχική ανάπτυξη του εφήβου εντός και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος ενώ ταυτόχρονα αυξάνει και ενισχύει τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Kentikelenis et al., 2011). Μεταξύ άλλων, παραδείγματα καταστάσεων που απορρέουν από την κρίση αποτελούν η επαγγελματική και οικονομική ανασφάλεια, η ανεργία, οι κοινωνικοί αποκλεισμοί και το αίσθημα απώλειας του ελέγχου της ζωής σε παρόν και μέλλον. Οι παραπάνω καταστάσεις μπορεί να δρουν απευθείας στους ανήλικους ή να τους επηρεάζουν εμμέσως μέσω του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

## **Κακοποίηση**

Η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική επηρεάζει σημαντικά, σε σημείο που μπορεί να καθορίσει την ψυχική υγεία κατά την ενήλικη ζωή, με τις επιπτώσεις να είναι πολλές φορές μη αναστρέψιμες (Skellern, 2015). Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την παιδική κακοποίηση όχι μόνο ως κοινωνικό πρόβλημα, αλλά ως πρόβλημα υγείας καθιστώντας αυτήν και τις επιπτώσεις τις αντικείμενο μελέτης της Παιδιατρικής και της Ψυχολογίας. Στην βιβλιογραφία αναφέρονται διαφορετικές καταστάσεις οι οποίες αναγνωρίζονται από τον ΠΟΥ και μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων:

1) *Παραμέληση*: ο ΠΟΥ ορίζει την παραμέληση ως την απροσεξία ή παράλειψη του υπεύθυνου για την ανατροφή, να παρέχει τα απαραίτητα για την ορθή ανάπτυξη του παιδιού, (υγεία, εκπαίδευση, ανατροφή, ασφαλείς συνθήκες, συναισθηματική ανάπτυξη). Το αποτέλεσμα αυτών των ελλείψεων περιλαμβάνει αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στην υγεία και στην σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και ηθική ανάπτυξή του παιδιού (Γεωργουσόπουλου, 2017).

2) *Σωματική κακοποίηση*: Ο ΠΟΥ ορίζει ως σωματική κακοποίηση παιδιού την «κατάσταση κατά την οποία προκαλείται πραγματική ή δυνητική σωματική βλάβη λόγω της αλληλεπίδρασης (ή της έλλειψής της), η οποία εύλογα εντάσσεται στο πλαίσιο του ελέγχου ενός γονιού ή κηδεμόνα» (World Health Organization, 2002).

3) *Σεξουαλική κακοποίηση*: Ο ΠΟΥ ορίζει ως σεξουαλική κακοποίηση παιδιού την εμπλοκή του σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα, που δεν κατανοεί πλήρως και για την οποία δεν είναι ικανό να δώσει την συγκατάθεσή του ή δεν είναι αναπτυξιακά προετοιμασμένο (World Health Organization, 2002). Υπάρχουν πολυάριθμες πράξεις που μπορεί να χαρακτηριστούν «σεξουαλική κακοποίηση». Χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα παραδείγματα όπως αυτά συνοψίζονται από την Γεωργουσόπουλου, (2017):

- Η επαφή με οποιοδήποτε τρόπο με τα γεννητικά όργανα παιδιού από ενήλικα ή αντίστροφα
- Η διείσδυση οποιασδήποτε μορφής και με οποιοδήποτε τρόπο στο στόμα, γεννητικά όργανα ή πρωκτό του παιδιού
- Η παρακολούθηση σεξουαλικών δραστηριοτήτων και η έκθεση σε πορνογραφικό υλικό
- Η παρακολούθηση ενός παιδιού από ενήλικα χωρίς ρούχα, ή το αντίστροφο.
- Βιασμός ή απόπειρα βιασμού
- Ο εξαναγκασμός, η παραπλάνηση, η δωροδοκία, η απειλή και η άσκηση πίεσης για την άσκηση σεξουαλικής δραστηριότητας οποιασδήποτε μορφής

4) *Συναισθηματική κακοποίηση*: Ο ΠΟΥ ορίζει την συναισθηματική κακοποίηση ενός παιδιού ως την αποτυχία παροχής ενός κατάλληλου περιβάλλοντος έτσι ώστε το παιδί να αναπτύξει ένα σταθερό και πλήρες πεδίο συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων αντίστοιχο με το προσωπικό το δυναμικό και να εντάσσεται στο πλαίσιο της κοινωνίας διαμονής (World Health Organization, 2002). Παραδείγματα συμπεριφορών κακοποίησής αποτελούν οι χαρακτηρισμοί που μειώνουν την αξία του, οι φωνές προς το παιδί, η απουσία των



απαραίτητων για την σωστή ανάπτυξη τρυφερών εκδηλώσεων και αλληλεπιδράσεων γονιού-παιδιού, η δημιουργία ενοχών, η αδιαφορία, ο εκφοβισμός και άλλες συμπεριφορές.

5) *Εκμετάλλευση*: Με βάση το άρθρο 32 της σύμβαση των δικαιωμάτων του παιδιού, αυτό προστατεύεται από την οικονομική εκμετάλλευση και από την εκτέλεση οποιασδήποτε εργασίας που μπορεί να βλάψει την υγεία του, να θέσει σε κίνδυνο την εκπαίδευση του, ή την σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική και κοινωνική του ανάπτυξη (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>). Αναγνωρίζονται επίσης και άλλες μορφές εκμετάλλευσης, όπως η παράνομη υιοθεσία, η απαγωγή και πώληση παιδιών ή η εμπορία τους με σκοπό την χρήση οργάνων.

6) *Σχολικός εκφοβισμός και διαδίκτυο*: Τα ζητήματα του σχολικού εκφοβισμού και της κακοποίησης μέσω διαδικτύου, άρχισαν σχετικά πρόσφατα να απασχολούν την κοινωνία. Όμως, και τα δύο φαινόμενα έχουν λάβει ανησυχητικές διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, οι Völkl-Kernstock et al., (2016) αναφέρουν ότι σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς (6-20 ετών) στο Τμήμα Παιδικής και Εφηβικής Ψυχολογίας στη Βιέννη, οι ασθενείς σε ποσοστό 75% ανέφεραν ότι βίωσαν εμπειρίες βίας στο σχολικό περιβάλλον, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό βρέθηκε να είναι 63,8% στην Αττική και 50,4% στην υπόλοιπη Ελλάδα (Χαντζή, και συν., 2000). Σε ότι αφορά το διαδίκτυο, εξαιτίας της παγκόσμιας εξάπλωσής του και της δυσκολίας ελέγχου του, οι κίνδυνοι είναι πολύ διαφορετικοί μεταξύ τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η έκθεση σε πορνογραφικό υλικό ή άλλο υλικό ακατάλληλου περιεχομένου (βία, ρατσισμός κ.α.), η επαφή με παιδόφιλους και η παραπλάνηση των ανηλίκων με σκοπό την σεξουαλική εκμετάλλευση, ενώ και το φαινόμενο του εκφοβισμού μέσω του διαδικτύου έχει λάβει ανησυχητικής διαστάσεις, ιδιαίτερα καθώς τα κοινωνικά δίκτυα πλέον παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ζωή των εφήβων και επηρεάζουν άμεσα την ψυχολογία τους.

Η συχνότητα εμφάνισης παιδικού τραύματος αποτελεί αντικείμενο μελέτης διεθνώς. Μεταξύ των εργαλείων καταγραφής των συχνοτήτων εμφάνισης παιδικού τραύματος είναι και το ερωτηματολόγιο «Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος» (EarlyTraumaInventory-SelfReport) (Bremner et al., 2007). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του ψυχικού τραύματος στην παιδική ηλικία και για την αξιολόγηση των ψυχομετρικών του χαρακτηριστικών, συνεκτιμώντας ένα ευρύ φάσμα τραυματικών εμπειριών που έχουν συμβεί μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 27 ερωτήσεων που καλύπτει τέσσερις τύπους τραυματικών εμπειριών: (i) τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας - γενικό τραύμα (general trauma), (ii) τραυματικές εμπειρίες σωματικής κακοποίησης (physical abuse), (iii) εμπειρίες συναισθηματικής κακοποίησης (emotional abuse) και (iv) εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης (sexual abuse). Το ερωτηματολόγιο έχει

μεταφραστεί στην ελληνική από τους Antonopoulou et al., (2017). Μελέτες που συμπεριλαμβάνουν το συγκεκριμένο εργαλείο αναφέρουν ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, αναφέρθηκε κάποιου είδους τραυματική εμπειρία στο 90% του συνολικού δείγματος (Parsaik et al., 2017). Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε από 59% ως 66% σε μία μελέτη που οργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε 21 διαφορετικές χώρες (Kessler et al., 2018), ενώ σε μία μελέτη που επικεντρώθηκε στην Ισπανία το ποσοστό πέφτει στο 30%, χαμηλότερο μεν αλλά αρκετά υψηλό για μελέτη γενικού πληθυσμού (Plaza et al., 2011). Στην Ελλάδα, οι Antonopoulou et al., (2017) αναφέρουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης τουλάχιστον ενός είδους παιδικού τραύματος (80% γενικό, 89% σωματικό, 67% συναισθηματικό και 27% σεξουαλικό) σε ένα δείγμα Ελλήνων προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών. Η οικονομική κρίση και οι περιορισμένες κρατικές δαπάνες για κοινωνικά προγράμματα, παράλληλα με την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και την οργάνωση και λειτουργία κατάλληλων δομών υποστήριξης, συνεισφέρουν σημαντικά στα αυξημένα ποσοστά παιδικού τραύματος που παρατηρούνται στην Ελλάδα (Anagnostopoulos & Soumaki, 2012; Antonopoulou et al., 2017; Kentikelenis et al., 2011).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την παιδική και εφηβική ψυχοπαθολογία περιλαμβάνουν, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών από την μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή θηλασμού, αναπτυξιακές βλάβες κατά την εμβρυική ή βρεφική ανάπτυξη ή και κληρονομικούς παράγοντες (Di Lorenzo et al., 2016).

### **Κατηγορίες και χαρακτηριστικά Ψυχικών νοσημάτων**

Τα ψυχικά νοσήματα είναι ασθένειες με συμπτώματα που σχετίζονται με τη σκέψη, το συναίσθημα ή τη συμπεριφορά. Οφείλονται σε γενετικές, βιολογικές, κοινωνικές, χημικές ή ψυχολογικές επιδράσεις. Οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου που νοσεί και σε πλήθος άλλων συμπτωμάτων.

Όπως προαναφέρθηκε, οι έφηβοι ως κοινωνική ομάδα είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην ψυχοπαθολογία. Οι πιο κοινές διαταραχές περιλαμβάνουν διαταραχές συμπεριφοράς, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών καθώς και διαταραχές άγχους και όρεξης (Di Lorenzo et al., 2016). Οι πιο συχνές αιτίες εισαγωγής και νοσηλείας σε παιδοψυχιατρικές κλινικές περιλαμβάνουν σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς όπως ετερο-επιθετική συμπεριφορά, κατάσταση η οποία είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμη εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί σύμπτωμα και σχετίζεται με αρκετές διαφορετικές ψυχικές διαταραχές όπως ψυχωτικές διαταραχές, διπολική διαταραχή ή μπορεί να εμφανιστεί ως αντίδραση σε δύσκολες περιβαλλοντικό-κοινωνικές καταστάσεις (Di Lorenzo et al., 2016). Παιδιά και έφηβοι που περνούν κάποιο επεισόδιο συναισθηματικής διαταραχής, όπως

κατάθλιψης, συνήθως εμφανίζουν μείωση στις σχολικές του επιδόσεις ενώ οι σχέσεις τους με γονείς και άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου χειροτερεύουν (Κολαΐτης, 2012).

Έχει παρατηρηθεί, ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε ότι αφορά τον τρόπο αντίδρασης στις πιέσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος (Κοκκέβη και συν., 2010). Τα έφηβα κορίτσια αντιμετωπίζουν συχνά τις έντονες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και ανησυχίες με αύξηση της εσωστρέφειας και εσωτερικού θυμού, με αποτέλεσμα να καθίστανται πιο ευάλωτα συναισθηματικά και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αντίθετα, τα έφηβα αγόρια έχουν συχνότερα την τάση να εξωστρέφουν τις αντιδράσεις τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν, συχνότερα από τα κορίτσια, βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές πολλές φορές παρατατικού τύπου ενώ συχνότερη είναι και η χρήση ναρκωτικών ουσιών.

## **Αντιμετώπιση**

Το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομειακών μονάδων αποτελεί ένα ιδιαίτερος σημαντικό τμήμα, το οποίο καλείται σε συνθήκες πίεσης και σε περιορισμένο χρόνο να αντιμετωπίσει πληθώρα ψυχιατρικών περιστατικών, τα οποία αποτελούν το 5% των περιστατικών (Manning et al., 2018). Στις Η.Π.Α. από τις 100.000 ετήσιες εισαγωγές για νοσηλεία ασθενών έξι ως 18 ετών, οι οποίοι καταφθάνουν στο ΤΕΠ, οι 418 αφορούν ψυχιατρικά περιστατικά (ποσοστό περίπου 5%) (Dolan et al., 2011). Οι ψυχίατροι απαιτείται να λάβουν υπόψη ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων προκειμένου να αξιολογήσουν τα περιστατικά και να αποφανθούν εάν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και νοσηλεία του ασθενούς (Dazzi et al., 2015). Η καταγραφή των επιδημιολογικών, κοινωνικών και κλινικών δεδομένων, όπως και η αποτύπωση των σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων των ασθενών είναι πολύ σημαντική για την αξιολόγηση του περιστατικού, την απόφαση για εισαγωγή και νοσηλεία του ασθενούς αλλά και για την ανάπτυξη δεικτών πρόβλεψης νοσηλείας για ψυχιατρικά περιστατικά. Παραδείγματος χάριν, οι Mattioni et al., (1999) στην Ιταλία αναφέρουν ότι η ύπαρξη ψυχωτικών επεισοδίων, παράνοιας και σχιζοφρένειας καθώς και η ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων όπως απόπειρα αυτοκτονίας, κίνδυνος για τον εαυτό ή άλλους, ψευδαισθήσεις, αυταπάτες, παραισθήσεις (illusions), έλλειψη εναισθησίας (lack of insight), ψυχοκινητική αναστολή, σύγχυση κ.α. οδηγούν στην εισαγωγή και νοσηλεία του ασθενούς. Αντίθετα, αγχώδεις διαταραχές σπανίως αποτελούν αιτία νοσηλείας.

Τα ψυχιατρικά περιστατικά παιδιών ή εφήβων αποτελούν ιδιαίτερες περιπτώσεις και η αντιμετώπισή τους συνιστά από τα πιο πολύπλοκα και στρεσογόνα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας (McLaughlin et al., 2014). Συνήθως, η πρώτη αξιολόγηση του περιστατικού γίνεται από παιδιάτρους και νοσηλευτές παιδιατρικού, όπου και διασφαλίζεται η ακεραιότητα και η υγεία του ασθενούς μέχρι να γίνει η αξιολόγησή του από εξειδικευμένο ιατρό

στην ψυχική υγεία ανηλίκων, ο οποίος θα αποφασίσει για περεταίρω δράσεις ή και εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική Κλινική (Manning et al., 2018). Για την διασφάλιση της φροντίδας των επειγόντων περιστατικών και τη μείωση των άμεσων κινδύνων οι επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν τα περιστατικά χρειάζονται την κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να βελτιστοποιήσουν την αξιολόγησή τους. Οι Manning et al., (2018) αναφέρουν επίσης, ότι στην Αγγλία η αξιολόγηση των κινδύνων συμπεριφοράς αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού σε παιδιά (risk assessment) γίνεται συνήθως από διάφορα μη επισήμως επικυρωμένα εργαλεία αξιολόγησης, τα οποία αναπτύσσονται από το συγκεκριμένο τμήμα και εστιάζουν στην άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού, συχνά παραβλέποντας άλλους μακροχρόνιους κινδύνους. Στην Ιταλία, όπου ακολουθείται παρόμοιο πρότυπο δράσης, γίνεται αρχική αξιολόγηση από παιδιάτρους και παραπομπή σε παιδοψυχίατρο συγκεκριμένων περιστατικών, το ποσοστό των παραπομπών αυξήθηκε κατά 38% μέσα σε μία τριετία, υποδεικνύοντας την ανάγκη παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών, ώστε να διασφαλιστεί η σωστή αντιμετώπιση των περιστατικών (Hage et al., 2009).

### **Ψυχιατρική νοσηλεία**

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορα κριτήρια αναγνώρισης της αναγκαιότητας για νοσηλεία ενός εφήβου. Μία από τις πιο αναγνωρίσιμες κατηγοριοποιήσεις επειγόντων καταστάσεων εφηβικής ψυχοπαθολογίας αναπτύχθηκε από τους Edelson and John-Paul, (2006), η οποία αναγνωρίζει τέσσερις ομάδες: 1) δυνητική απειλή για τη ζωή ή / και για άλλους, 2) κατάσταση υψηλής δυσφορίας (distress) που απαιτεί επείγουσα δράση, χωρίς άμεση απειλή για τη ζωή. 3) σοβαρή κατάσταση που απαιτεί ταχεία αλλά όχι άμεση παρέμβαση, 4) ψευδής συναγερμός. Αντίστοιχα, οι οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για άμεση ψυχιατρική νοσηλεία περιλαμβάνουν 11 κλινικές καταστάσεις: 1) σοβαρές διαταραχές σε οξεία φάση, 2) πρωτοεμφανιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές, 3) μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, 4) απόπειρες αυτοκτονίας, 5) δηλητηρίαση και / ή στερητικό σύνδρομο σε διαταραχές εθισμού, 6) διατροφικές διαταραχές με σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή, 7) σοβαρές ψυχοσωματικές διαταραχές, 8) ψυχαναγκαστικές ή φοβικές διαταραχές που προκαλούν καταστάσεις αναπηρίας, 9) άλλες καταστάσεις χρόνιας αναπηρίας, όπως διανοητική καθυστέρηση ή γνωσιακές διαταραχές, με παρορμητικότητα και κατάσταση αναταραχής (“challenging behaviour”), 10) διαταραχές προσωπικότητας με άγχος και κακή προσαρμογή και 11) διαταραχές μετατραυματικού στρες (Katz et al., 1994).

Οι υπηρεσίες της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής απευθύνονται σε νεαρούς ασθενείς που βιώνουν μια κρίση ψυχιατρικής διαταραχής και χρειάζονται επείγουσα νοσηλεία. Νοσηλεύεται όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων των ψυχώσεων, διαταραχών της

σκέψης, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς που βάζει τον ασθενή ή και τους άλλους σε κίνδυνο (απόπειρες αυτοκτονίας), συναισθηματικών διαταραχών, συναισθηματικά ασταθών διαταραχών προσωπικότητας, σοβαρών αντιδράσεων στο στρες, διαταραχών αντιστικού φάσματος, ψυχαναγκαστικών / καταναγκαστικών διαταραχών και διαταραχών διατροφής. Όπως υποδεικνύεται από όλες τις κατευθυντήριες γραμμές, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι ψυχιατρικές διαταραχές κατά την έναρξη τους προκειμένου να ξεκινήσει η θεραπεία το συντομότερο δυνατόν, καθώς οι ψυχιατρικές διαταραχές που ξεκινούν στην εφηβεία σπάνια έχουν αυθόρμητη ύφεση.

### **Επιδημιολογικές μελέτες**

Οι Boyer et al., (2013) σε μια εξαετή μελέτη που έγινε στη Μασσαλία της Γαλλίας, ανέφεραν ότι η πλειονότητα των περιστατικών αφορούσε μεγαλύτερους σε ηλικία έφηβους 16-17 ετών σε ποσοστό 78%, υπογραμμίζοντας την ιδιαιτερότητα της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου. Η πλειονότητα των διαγνώσεων των περιστατικών αφορούσαν κυρίως διαταραχές συμπεριφοράς (35%), διαταραχές διάθεσης (17%) και άλλες συναισθηματικές διαταραχές (27%) (οι συναισθηματικές διαταραχές διακρίνονται σε διαταραχές της διάθεσης = κατάθλιψη/διπολική διαταραχή και στις υπόλοιπες = αγχώδεις, ιδεοψυχαναγκαστική, μετά από stress, κλπ.). Επίσης, η συχνότερη αιτία παραπομπής για εισαγωγή ήταν η απόπειρα αυτοκτονίας (ποσοστό 24,5%) με συνηθέστερο μέσο την αυτό-δηλητηρίαση. Στις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αυτοκτονία αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μεταξύ των νέων ηλικίας 15-19 ετών και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) προειδοποιεί ότι «μια δραματική αύξηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αναμένεται να παρουσιαστεί τις επόμενες δεκαετίες, εκτός εάν εφαρμοστούν αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα» (Kokkeni et al.,2012). Η επιθετική συμπεριφορά, τα ψυχωτικά συμπτώματα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η λήψη αλκοόλ, η χρήση ουσιών και τα προβλήματα των σχέσεων, ήταν λιγότερο συχνά, με τα ποσοστά τους να κυμαίνονται μεταξύ 3,5 και 7,5% για καθεμία εξ αυτών.

Οι Di Lorenzo et al., (2016), σε μία μελέτη που έλαβε χώρα στην Μοδένα της Ιταλίας, αναφέρουν ότι στο χρονικό διάστημα 2010-2015, σε μία παιδοψυχιατρική κλινική πραγματοποιήθηκαν 83 εισαγωγές ασθενών 14-18 ετών στο σύνολο 140 περιστατικών (ποσοστό 59%). Κατέγραψαν μία σειρά από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, σχολική επίδοση καθώς και παραμέτρους που σχετίζονται με την κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως ιστορικό ψυχοπαθολογίας γονέων, παιδική εκμετάλλευση, στρεσογόνα γεγονότα καθώς και το ιστορικό ψυχοπαθολογίας των ασθενών και διαπίστωσαν ότι η πιθανότητα νοσηλείας σχετίζεται με πολυάριθμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παραδείγματος χάριν μόνο το 39% των έφηβων ασθενών διέμενε και με τους δύο βιολογικούς γονείς, ενώ το

υπόλοιπο δείγμα διέμενε σε μονογονεϊκές οικογένειες, υιοθεσίες ή ειδικές δομές φιλοξενίας. Επιπροσθέτως, ποσοστό 50% των έφηβων ασθενών ανέφεραν στο ιστορικό τους κάποιου είδους παιδικού τραύματος. Οι συχνότεροι λόγοι νοσηλείας τους ήταν η επιθετική συμπεριφορά στα έφηβα αγόρια και ο κίνδυνος αυτοκτονίας στα έφηβα κορίτσια, που σχετιζόταν με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη. Αιτίες όπως οξεία ψυχωτική κατάσταση, κατάχρηση ουσιών, ή ψυχοκοινωνικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης δεν διέφεραν μεταξύ των δύο φύλων. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν "διαταραχή συμπεριφοράς", συχνότερη στα αγόρια, ακολουθούμενη από "διαταραχή προσαρμογής", συχνότερη στα κορίτσια. Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι εφηβικές νοσηλείες αυξήθηκαν προοδευτικά με τα χρόνια πέντε φορές στο τέλος της περιόδου παρατήρησης, σε σχέση με την αρχή. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής επίσης κατέγραψαν, στατιστικά σημαντική συσχέτιση νοσηλείας με παράγοντες κινδύνου όπως η ψυχική ασθένεια των γονέων και αγχωτικά (stressful=ψυχοπιεστικά) γεγονότα πρώιμης ζωής.

Οι εξειδικευμένες μονάδες νοσηλείας ψυχικής υγείας εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά εισαγωγών από τα τριτοβάθμια γενικά νοσοκομεία. Παραδείγματος χάριν, σε ένα τριτοβάθμιο παιδιατρικό νοσοκομείο στη Μελβούρνη της Αυστραλίας οι Borschmann et al., (2018) αναφέρουν ότι σε χρονικό διάστημα 12 μηνών, διαπιστώθηκε ότι 212 από τις 271 (78,2%) εισαγωγές οφείλονταν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Η μέση ηλικία των εφήβων που έγιναν δεκτά λόγω αυτοκτονικής συμπεριφοράς ήταν 15,4 έτη. Οι πιο συχνές διαγνώσεις (σε ποσοστό 75%) περιλάμβαναν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές, συνηθέστερα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, κρίσεις και δυσθυμία. Επιπροσθέτως, και σε αυτή τη μελέτη αναφέρονται πολύ υψηλά ποσοστά οικογενειακών παραγόντων κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, 65,6% των ασθενών ανέφερε διαζύγιο γονέων και ποσοστό 52,8% των ασθενών ανέφερε ιστορικό κάποιου είδους οικογενειακού τραύματος. Παράλληλα με τους οικογενειακούς παράγοντες κινδύνου, η μελέτη αναφέρει και αυξημένες συχνότητες κοινωνικών παραγόντων. Ποσοστό 60,4% των ασθενών ανέφερε ότι υπήρξε θύμα εκφοβισμού (bullying) στον κοινωνικό του χώρο, ενώ πολύ υψηλά ήταν και τα ποσοστά σεξουαλικής (26,9%) και σωματικής κακοποίησης (22,2%).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Σκοπός

Οι ψυχικές διαταραχές που πλήττουν τα παιδιά και τους εφήβους, αποτελούν έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους που απειλούν την υγεία των νέων ανθρώπων στο σύγχρονο κόσμο (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010). Οι ψυχιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης των παιδιών και των εφήβων φαίνεται να αυξήθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια και στην χώρα μας, αλλά διεθνώς το φαινόμενο αυτό δεν έχει μελετηθεί λεπτομερώς (Di Lorenzo et al., 2016).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των δημογραφικών, κοινωνικών, ψυχοπαθολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών, ενός δείγματος 152 νοσηλευμένων παιδιών και εφήβων στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του ΠΑΓΝΗ. Παράλληλος στόχος της παρούσας μελέτης είναι να ελεγχθεί η παρουσία και η συχνότητα, στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, γνωστών παραγόντων κινδύνου για ψυχιατρικές διαταραχές και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ τους.

Στα πλαίσια αυτά, άλλος παράλληλος στόχος της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει τα χαρακτηριστικά των παιδιών και των εφήβων που έχουν εισαχθεί στην Παιδοψυχιατρική κλινική σε σχέση με την αυτοκτονικότητα, ώστε να κατανοηθούν καλύτερα οι κλινικές ανάγκες του πληθυσμού αυτού και οι παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διαχείρισή του.

Τέλος, η αποτύπωση των χαρακτηριστικών των παιδιών και των εφήβων που εισάγονται στην Παιδοψυχιατρική κλινική, ένα θέμα μάλλον ανεπαρκώς μελετημένο στην Ελλάδα, θα μπορούσε να βοηθήσει τους ειδικούς και τους διαμορφωτές της πολιτικής ψυχικής υγείας να διαμορφώσουν προτάσεις για την αναβάθμιση και βελτίωση της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Με δεδομένο τον σχεδιασμό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (προσωπική επικοινωνία με μέλη της Ελληνικής Εταιρίας Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων) για ίδρυση νέων Παιδοψυχιατρικών κλινικών σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας, η μελέτη θα μπορούσε να έχει προεκτάσεις που ίσως ξεπερνούν τα στενά όρια του χώρου εκπόνησης της παρούσας έρευνας.



## Μεθοδολογία

### Δεοντολογία της έρευνας

Κάθε επιστημονική μελέτη που έχει ως αντικείμενο τον άνθρωπο οφείλει να διεξάγεται τηρώντας τις οικουμενικά αποδεκτές αρχές ηθικής, όπως είναι η αυτονομία, η ωφέλεια, η μη βλάβη και η δικαιοσύνη. Οι αρχές της ηθικής προστατεύουν την αξιοπρέπεια, τα δικαιώματα, την ασφάλεια και την ευημερία όσων συμμετέχουν στην έρευνα. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η ανεξάρτητη και αντικειμενική αξιολόγηση του σχεδίου της ερευνητικής πρότασης προκειμένου να γίνει η ηθική της αποδοχή.

Στην παρούσα μελέτη διασφαλίστηκε πλήρως η προστασία των προσωπικών δεδομένων καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Ακολουθήθηκε σχεδιασμός, σύμφωνα με τον οποίο, διατηρήθηκαν εμπιστευτικά τα δεδομένα (όπως κωδικοποίηση, ασφαλής αποθήκευση των δεδομένων, έλεγχος των προσώπων που έχουν πρόσβαση στα δεδομένα, αφαίρεση στοιχείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αναγνώριση των συμμετεχόντων κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης). (<https://rescom.duth.gr/wp-content/uploads/2018/10/kanonismos-deontologias-final-version.pdf>.)

Καταγράφηκε ωστόσο ο μοναδικός για κάθε ασθενή αριθμός μητρώου για λόγους αντιστοίχισης. Μοναδικός γνώστης του κωδικού του ασθενούς παραμένει ο μελετητής, ο οποίος εγγυάται την εχεμύθεια των συλλεγόμενων πληροφοριών.

Επιπροσθέτως, στην παρούσα μελέτη τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους. Ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε η έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΑΜ: 11927 Ημερομηνία έγκρισης:12/9/2018). Η μελέτη αφορούσε απλή καταγραφή και αξιολόγηση των στοιχείων χωρίς να παρεμβαίνει με κανέναν τρόπο στην θεραπεία των ασθενών.

### Ασθενείς

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 152 παιδιά, ηλικίας 5 μέχρι 18 ετών, που εισήχθησαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, από την έναρξη της λειτουργίας της, δηλαδή από 1/2/2015 έως και 30/9/2018. Το σύνολο των εισαγωγών σε αυτό το χρονικό διάστημα ήταν 249 εισαγωγές παιδιών.

**Κριτήριο εισαγωγής στην μελέτη:** Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι οι οποίοι εισήχθησαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική από 1/2/2015 έως και 30/9/2018.

**Κριτήριο αποκλεισμού:** Οι εισαγωγές που έγιναν στην κλινική για λόγους φιλοξενίας.

## **Επιστημονικό πεδίο**

Η Παιδοψυχιατρική είναι ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με τα προβλήματα της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων. Το αντικείμενο της είναι βρέφη, παιδιά ή έφηβοι, δηλαδή άτομα ηλικίας 0 – 18 ετών. Παράλληλα, έχει ως αντικείμενο μελέτης τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις του παιδιού με την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον. Το παιδί δεν είναι παθητικός αποδέκτης. Αντιθέτως, συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωση του περιβάλλοντός του (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

## **Υλικό και Μέθοδοι**

Για κάθε παιδί που συμπεριλήφθηκε στη μελέτη, έγινε προσπάθεια να καταγραφούν λεπτομερώς δεδομένα από τρεις βασικές κατηγορίες: (i) Δημογραφικά δεδομένα, (ii) Κοινωνικά δεδομένα, και (iii) Ψυχοπαθολογικά δεδομένα (Πίνακας 1). Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βάση στοιχεία των παιδοψυχιατρικών φακέλων των ασθενών, ενώ περιλήφθηκαν και στοιχεία από το Κοινωνικό Ιστορικό τους. Πιο συγκεκριμένα από τα δεδομένα των φακέλων συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν, η ημερομηνία εισόδου-εξόδου από την ΠΔΨ, η προέλευση του ασθενούς, η αιτία εισόδου, το νοητικό δυναμικό, καθώς επίσης και δεδομένα που αφορούσαν το οικογενειακό ιστορικό, όπως τυχόν οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και η σχέση των γονέων. Έγινε καταγραφή των τελικών διαγνώσεων εξόδου σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία κατά ICD-10, μέσα από το ηλεκτρονικό σύστημα του ΠΑΓΝΗ (amed). Συλλέχθηκαν επίσης, κοινωνικά δεδομένα, όπως η σχολική επίδοση των ασθενών, τα κοινωνικά προβλήματα και οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση τυχόν είχαν υποστεί (σωματική ή σεξουαλική).

Έγινε καταγραφή της παθολογικής συννοσηρότητας, μέσα από τις εργαστηριακές εξετάσεις των ασθενών και τις ιατρικές γνωματεύσεις. Επίσης, καταγράφηκε η φαρμακευτική αγωγή κατά την νοσηλεία και κατά το εξιτήριο (αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά, σταθεροποιητές, βενζοδιαζεπίνες, αντιχολινεργικά). Έγινε συλλογή των κλινικών ευρημάτων κατά την αρχική εξέταση του παιδιού, στοιχεία από την παραμονή του παιδιού στην ΠΔΨ κλινική, η παρουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς, επιθετικής ή αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, καθώς και η έκβαση του περιστατικού. Τα στοιχεία αντλήθηκαν και από τον Παιδοψυχιατρικό φάκελο, από τις εκθέσεις των Παιδοψυχιάτρων και Ψυχολόγων. Επίσης, με βάση τα καταγεγραμμένα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα, έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί και να αποτυπωθεί, με βάση αντικειμενικά στοιχεία, η κατάσταση της υγείας τους, τυχόν κοινωνικά προβλήματα

στο οικογενειακό περιβάλλον ή το σχολείο, καθώς επίσης και τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη διάρκεια νοσηλείας.

**Πίνακας 1. Μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη.**

Κατηγορία μεταβλητής	Όνομα μεταβλητής
Δημογραφικά και λοιπά στοιχεία	Φύλο
	Συνολικός αριθμός νοσηλειών
	Ηλικία
Κοινωνικά δεδομένα	Φυσιολογικό Νοητικό Δυναμικό
	Σχολείο: Διακοπή φοίτησης
	Σχολείο Σχολική επίδοση
	Γονική διαταραχή
	Κοινωνικά προβλήματα
Ψυχοπαθολογικά δεδομένα	Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα
	Τρόπος εισαγωγής στην Π/Ψ κλινική
	Αριθμός επανεισαγωγών
	Λόγοι εισαγωγής
	Αυτοκτονική συμπεριφορά
	Τρόπος απόπειρας
	Αυτοτραυματική συμπεριφορά
	Ψυχωτικά συμπτώματα
	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

## Ταξινόμηση στην Ψυχιατρική και Ψυχιατρικές Κλίμακες Μέτρησης

### A) ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ ΚΑΤΑ ICD-10

Το ICD-10 αποτελεί τη δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και περιλαμβάνει τη λεπτομερή ταξινόμηση άνω των 300 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008). Η ταξινόμηση περιλαμβάνει 10 κατηγορίες (Πίνακας 2) στις οποίες κατανέμονται οι

διαταραχές αυτές που υπολογίζονται με βάση το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011).

### **1.Οργανικές ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών (F00-F09)**

Η παρούσα ενότητα αποτελείται από ένα φάσμα ψυχικών διαταραχών που ταξινομούνται όλες μαζί, στη βάση κοινής, αποδεδειγμένης αιτιολογίας εγκεφαλικής νόσου, εγκεφαλικού τραυματισμού ή άλλης βλάβης που οδηγεί σε εγκεφαλική δυσλειτουργία.

- Άνοια επί νόσου Alzheimer
- Αγγειακή άνοια
- Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού
- Άνοια μη καθοριζόμενη
- Οργανικό αμνησιακό σύνδρομο, που δεν προκαλείται από τα οινόπνευματώδη και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες
- Delirium που δεν προκαλείται από τα οινόπνευματώδη και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες
- Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο
- Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία
- Οργανική ή συμπτωματική ψυχική διαταραχή, μη καθοριζόμενη

### **2. Ψυχικές Διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών(F10-F19)**

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία διαταραχών, οι οποίες διαφέρουν ως προς τη βαρύτητα, από την χωρίς επιλοκές τοξική και επιβλαβή χρήση έως τις έκδηλες ψυχωτικές διαταραχές, αλλά όλες αποδίδονται στη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών, όπως:

- Χρήση οινόπνευματωδών
- Χρήση οπιοειδών
- Χρήση κανναβινοειδών

- Χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών
- Χρήση κοκαΐνης
- Χρήση άλλων διεγερτικών ουσιών, περιλαμβανομένης της καφεΐνης
- Χρήση ψευδαισθησιογόνων
- Χρήση καπνού
- Χρήση πτητικών διαλυτικών ουσιών
- Πολλαπλή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και χρήση άλλων ουσιών

### **3. Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές (F20-F29)**

Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει τις εξής διαταραχές

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζότυπη διαταραχή
- Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές
- Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές
- Επακτή παραληρητική διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές
- Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές
- Μη οργανική ψύχωση μη καθοριζόμενη

### **4. Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές) (F30-F39)**

Στην κατηγορία αυτή η βασική διαταραχή συνίσταται στη μεταβολή της διάθεσης ή του συναισθήματος, συνήθως προς την κατεύθυνση της κατάθλιψης (με ή χωρίς συνοδό άγχος) ή της ευφορίας. Οι διαταραχές αυτές τείνουν να υποτροπιάζουν και συχνά συνδέονται με ψυχοπιεστικά γεγονότα ή συνθήκες.

- Μανιακό επεισόδιο
- Διπολική συναισθηματική διαταραχή
- Καταθλιπτικό επεισόδιο

- Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή
- Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
- Άλλες διαταραχές της διάθεσης(συναισθηματικές)
- Μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης(συναισθηματικές)

#### **5. Νευρωσικές, συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές (F40-F48)**

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι διαταραχές με την έννοια της νεύρωσης, η οποία συνδέεται σε ένα ποσοστό των διαταραχών αυτών με ψυχολογικά αίτια.

- Διαταραχή φοβικού άγχους
- Άλλες αγχώδεις διαταραχές
- Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Αντίδραση σε έντονο stress και διαταραχές προσαρμογής
- Διαταραχές αποσυνδεδετικού (μετατρεπτικού) τύπου
- Σωματόμορφες διαταραχές
- Άλλες νευρωσικές διαταραχές

#### **6. Σύνδρομα εκδηλούμενα στη συμπεριφορά και συνδεδεμένα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες(F50- F59)**

- Διαταραχές στη λήψη τροφής
- Μη οργανικές διαταραχές του ύπνου
- Σεξουαλική δυσλειτουργία, μη προκαλούμενη από οργανική διαταραχή ή νόσο
- Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού
- Ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες συμπεριφοράς συνδεδεμένοι με διαταραχές ή νόσους, οι οποίες ταξινομούνται αλλού
- Κατάχρηση ουσιών, οι οποίες δεν προκαλούν εξάρτηση

- Σύνδρομα συμπεριφοράς συνδεδεμένα με φυσιολογικές διαταραχές και σωματικούς παράγοντες, μη καθοριζόμενα

## **7. Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ενήλικου (F60-F69)**

Στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται, σημαντικές κλινικές καταστάσεις και τύποι συμπεριφοράς που τείνουν να επιμένουν στον χρόνο και αποτελούν έκφραση του χαρακτηριστικού τύπου ζωής του ατόμου και του τρόπου με τον οποίο σχετίζεται προς τον εαυτό του και τους άλλους.

- Ειδικές διαταραχές της προσωπικότητας
- Μεικτές και άλλες διαταραχές της προσωπικότητας
- Επιμένουσες μεταβολές της προσωπικότητας με συνδεδεμένες με εγκεφαλική βλάβη ή νόσο
- Διαταραχές των συνηθειών και των ενορμήσεων
- Διαταραχές ως προς την ταυτότητα του φύλου
- Διαταραχές της σεξουαλικής προτίμησης
- Ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη σεξουαλική ανάπτυξη και τον σεξουαλικό προσανατολισμό
- Άλλες διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων
- Διαταραχή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων, μη καθοριζόμενη

## **8. Νοητική υστέρηση (F70-F79)**

Η νοητική καθυστέρηση είναι η κατάσταση καθυστερημένης ή ατελούς ανάπτυξης της νόησης που χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από διαταραχή των δεξιοτήτων, οι οποίες εκδηλώνονται στη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου και οι οποίες συμβάλλουν στο συνολικό επίπεδο της νοημοσύνης και μπορεί να εμφανιστεί με ή χωρίς οποιαδήποτε άλλη σωματική ή ψυχική διαταραχή. Χωρίζεται σε ελαφρά, μέτρια, σοβαρή, βαριά, άλλη νοητική υστέρηση και νοητική υστέρηση με καθοριζόμενη.

## 9. Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης (F80- F89)

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι διαταραχές στις οποίες η έναρξή τους επισυμβαίνει πάντοτε κατά τη διάρκεια της νηπιακής ή της παιδικής ηλικίας, υπάρχει βλάβη ή καθυστέρηση της ανάπτυξης λειτουργιών που συνδέονται στενά με τη βιολογική ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και διανύουν σταθερή πορεία χωρίς υφέσεις και υποτροπές, οι οποίες συχνά αποτελούν χαρακτηριστικό πολλών ψυχικών διαταραχών.

- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας(του λόγου)
- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων
- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της κινητικής λειτουργίας
- Μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές
- Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές
- Άλλες διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης
- Μη καθοριζόμενη διαταραχή της ψυχολογικής ανάπτυξης

### Πίνακας 2. Κατηγοριοποιήσεις διαγνώσεων βάση του ICD-10.

Κωδικός	Τίτλος
<b>F00-F09</b>	Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών
<b>F10-F19</b>	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
<b>F20-F29</b>	Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές
<b>F30-F39</b>	Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές)
<b>F40-F48</b>	Νευρωσικές, συνδεόμενες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές
<b>F50-F59</b>	Σύνδρομα εκδηλούμενα στη συμπεριφορά και συνδεόμενα με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες
<b>F60-F69</b>	Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ενηλίκου
<b>F70-F79</b>	Νοητική καθυστέρηση
<b>F80-F89</b>	Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης
<b>F90-F98</b>	Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία



## **10. Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (F90-F98)**

- Διαταραχές υπερκινητικού τύπου
- Διαταραχές της διαγωγής
- Μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος
- Διαταραχές του συναισθήματος με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία
- Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία
- Διαταραχές που εκδηλώνονται με μωσπάσματα (τικ)
- Άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία

### *B) Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές)*

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση(mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό (Μάνου, 1997).

Οι δύο βασικές κατηγορίες ως προς τις διαταραχές της διάθεσης είναι οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές. Η κατάθλιψη στα παιδιά και στους εφήβους αναδεικνύεται ως ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα της ψυχικής υγείας στην εποχή μας, με την μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης να έχει μειωθεί. Συγκεκριμένα, διαχρονικές μελέτες καταγράφουν μια μέση έναρξη της κατάθλιψης μεταξύ των 11 και των 14 χρόνων (Καλαντζή-Αζίζι & Σοφianoπούλου, 2016). Κατά την εφηβεία, καταγράφεται μεγαλύτερος αριθμός κοριτσιών με κατάθλιψη, έναντι των αγοριών. Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, σε 1.316 μαθητές, ηλικίας 12-17 ετών, έδειξε ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης(20,3%) (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Όσον, αφορά τους τρόπους εκδήλωσης της κατάθλιψης, τα παιδιά εκδηλώνουν μείωση των ενδιαφερόντων τους, νιώθουν λύπη, ντροπή ή ενοχή, σκέφτονται ότι δεν αξίζουν, δεν υπάρχει κινητοποίηση στην καθημερινότητά τους και παρατηρείται (καθυστέρηση ως προς την ανάπτυξή τους) πτώση της λειτουργικότητάς τους στην ακαδημαϊκή και κοινωνική τους ζωή. Αρκετές φορές παρουσιάζουν (επιθετική) ευερέθιστη συμπεριφορά, ενώ υπάρχει ανηδονία (απουσία της ευχαρίστησης) (Καλαντζή - Αζίζι & Σοφianoπούλου, 2016). Η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει κοινά χαρακτηριστικά με αυτή των ενηλίκων, με τη βασική διαφορά να είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα, αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος, με συνέπεια να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στο σχολείο, καθώς και στις σχέσεις του με την οικογένεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Οι έφηβοι αναζητούν βοήθεια για τις αρνητικές σκέψεις, για την απόγνωση, για την απουσία όρεξης της επίτευξης των καθημερινών στόχων, ενώ και οι ιδέες για πιθανότητα αυτοκτονίας είναι παρούσες (Καλαντζή - Αζίζι & Σοφianoπούλου, 2016).

Η διπολική συναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια, κατά την διάρκεια των οποίων η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας του ασθενούς διαταράσσονται σημαντικά. Η διαταραχή αυτή συνίσταται σε πολλές περιπτώσεις) τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπερθυμίας και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (μανία ή υπομανία) και σε άλλες περιπτώσεις επεισόδια πτώσης της διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011).

#### *Γ) Η αυτοκτονία στα παιδιά και τους εφήβους*

Κατά τον Shneidman, η αυτοκτονία είναι η συνειδητή πράξη εξαφάνισης του εαυτού σε ένα άτομο που βρίσκεται σε πολλαπλή κακουχία (malaise), το οποίο καθορίζει ένα θέμα για το οποίο η αυτοκτονία εκλαμβάνεται ως η καλύτερη λύση. Η αυτοκτονία δεν είναι μια τυχαία ή χωρίς νόημα πράξη. Αντίθετα, είναι ένας τρόπος εξόδου από μια προβληματική κατάσταση ή κρίση που συνοδεύεται από αβάσταχτο πόνο (Λυκούρας και συν., 2012).

Πολλά νεαρά άτομα σκέφτονται την αυτοκτονία ή τον αυτοτραυματισμό σε κάποια φάση της ζωής τους. Κάποιοι κάνουν αυτοτραυματισμούς χωρίς την πρόθεση να πεθάνουν, και κάποιοι κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Μια μικρή μειοψηφία αυτών θα πεθάνουν, είτε αυτό είναι η πρόθεση τους είτε όχι. Υπάρχει ένα συνεχές στην αυτοκτονικότητα, αλλά σε δύο σημεία υπάρχει κάποια ασυνέχεια: Πρώτον, από τα άτομα με αυτοκτονικές σκέψεις, μόνο ένα μικρό ποσοστό προχωρά σε αυτοτραυματική ή αυτοκτονική συμπεριφορά. Δεύτερον, κάποια άτομα κάνουν μόνο μία απόπειρα αυτοκτονίας, χωρίς να την επαναλάβουν, ενώ άλλα κάνουν πολλαπλές απόπειρες (Rutter et al., 2011).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, οι ορισμοί των όρων που θα χρησιμοποιηθούν σε αυτό το κείμενο έχουν ως εξής:

*Απόπειρα αυτοκτονίας:* Η μη μοιραία για τη ζωή αυτο-βλαπτική συμπεριφορά ενός ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να τερματίσει τη ζωή του.

*Αυτοκτονικός Ιδεασμός:* Σκέψεις τερματισμού της ζωής. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ποικίλλει ως προς τη σοβαρότητα, η οποία εξαρτάται από τον βαθμό επεξεργασίας των σχεδίων αυτοκαταστροφής και τη σοβαρότητα της πρόθεσης αυτοκαταστροφής (Λυκούρας και συν., 2012).

*Αυτοκτονική Συμπεριφορά:* Η έννοια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα παιδιά και στους εφήβους περιλαμβάνει σκέψεις σκόπιμης πρόκλησης αυτοτραυματισμού ή θανάτου (ιδέες αυτοκτονίας) και πράξεις που προκαλούν σκόπιμα αυτοτραυματισμό (απόπειρα αυτοκτονίας) ή θάνατο (αυτοκτονία) (Brent et al., 1988).

*Αυτοτραυματική Συμπεριφορά:* Είναι μια πολύπλοκη ομάδα συμπεριφορών που περιλαμβάνει συνειδητές αποφάσεις για να βλάψουν τον εαυτό τους. Μερικοί έφηβοι αναφέρουν ότι εμπλέκονται σε αυτή τη συμπεριφορά «για να σταματήσουν τα κακά συναισθήματα», «να νοιώσουν κάτι, ακόμα και αν είναι πόνος», «να τους δοθεί προσοχή», «να αποφύγουν κάτι δυσάρεστο που δεν θέλουν να κάνουν» ή ακόμα και με αυτοκτονική πρόθεση (Puskar et al., 2006).

Σχετικά με τις περιπτώσεις αυτοτραυματισμού, για τις οποίες οι έφηβοι αρνήθηκαν ότι είχαν πρόθεση θανάτου, οι περιπτώσεις αυτές καταγράφηκαν ως ξεχωριστή κατηγορία με τίτλο αυτοτραυματισμοί χωρίς πρόθεση θανάτου. Η διάκρισή τους, έχει αποτυπωθεί και στη δοκιμαστική εισαγωγή της διάγνωσης «Μη αυτοκτονικοί αυτοτραυματισμοί» στο DSM-5. Αυτή η προσέγγιση ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία.

Μελέτες με τη μέθοδο της ψυχολογικής αυτοψίας έχουν δείξει ότι ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των ατόμων που αυτοκτονούν έπασχαν από μια ψυχιατρική διαταραχή κατά τον χρόνο της αυτοκτονίας. Κατά προσέγγιση, το 60% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από μια συναισθηματική διαταραχή (κατάθλιψη). Το υπόλοιπο ποσοστό αφορά σε άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας (μεθοριακή και αντικοινωνική διαταραχή). Συνεπώς, είναι απαραίτητες η αξιολόγηση, η θεραπεία και η πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές της διάθεσης. Προβλεπτικούς παράγοντες για αυτοκτονία αποτελούν η παιδική κακοποίηση, η απόρριψη των συνομηλίκων, ο σχολικός εκφοβισμός, η αλληλεπίδραση με ένα στρεσογόνο συμβάν (Καλαντζή - Αζίζι & Σοφianoπούλου, 2016).

#### *Δ) Διαταραχές πρόσληψης τροφής στην εφηβεία*

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αποτελούν σοβαρές ψυχογενείς νόσους, χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και την πρόσληψη τροφής, υπεραξιολόγηση του σωματικού βάρους και της σωματικής εικόνας και συνοδεύονται από ανεπαρκή, ακανόνιστη ή χαοτική πρόσληψη τροφής. Χωρίς να υπάρξει η κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές είναι πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου και να οδηγήσουν ακόμα και στον θάνατο. Οι διαταραχές αυτές πρωτοεμφανίζονται στην περίοδο της εφηβείας (Αναγνωστόπουλος και συν, 2016). Στην ελληνική πραγματικότητα έχουν παρατηρηθεί διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές σε μαθητικό εφηβικό πληθυσμό, με τα κορίτσια να υπερτερούν έναντι των αγοριών (Καλαντζή - Αζίζι & Σοφιανοπούλου, 2016). Κυριότερες μορφές διατροφικής διαταραχής είναι η νευρική ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Ενώ σε ένα υψηλό ποσοστό δεν πληρούνται τα κριτήρια αυτών των διαταραχών και τίθεται η διάγνωση Διαταραχή της πρόσληψης τροφής μη αλλιώς προσδιορισμένη» (Le Grange et al., 2012).

#### *Ε) Οι ψυχωτικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας*

Η ψύχωση μπορεί να οριστεί ως η ανικανότητα διαχωρισμού ανάμεσα στο τι είναι πραγματικό και τι όχι, ακόμη και όταν οι αποδείξεις της πραγματικότητας είναι ξεκάθαρες. Το ψυχωτικό άτομο έχει διαταραγμένη την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Τεκμήριο για την ψύχωση είναι το μπέρδεμα ανάμεσα στο τι προέρχεται από το μυαλό και τι από τον εξωτερικό κόσμο. Στον στενό ορισμό που δόθηκε παραπάνω η ψύχωση περιλαμβάνει λανθασμένες ιδέες ή αντιλήψεις – παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις- για τον εαυτό και τον κόσμο οι οποίες δεν μπορούν να αλλάξουν ακόμη κι όταν υπάρχουν αποδείξεις (Μάνου, 1997). Επιπλέον περιλαμβάνει αισθητηριακές αντιλήψεις χωρίς την παρουσία κάποιου ερεθίσματος (ψευδαισθήσεις), οι οποίες, αναπνοής με την αισθητηριακή οδό που αφορούν, διακρίνονται σε ακουστικές (οι συχνότερες), οπτικές, απτικές, οσφρητικές και αισθητικές.

#### *ΣΤ) Υπερβολική χρήση διαδικτύου*

Ο εθισμός των εφήβων στο διαδίκτυο είναι μία αυξανόμενη πηγή ανησυχίας για την ψυχική υγεία των εφήβων. Η διαταραχή περιελήφθη στην τελευταία έκδοση του DSM στην κατηγορία των υπό μελέτη διαταραχών ενθαρρυνθεί περαιτέρω έρευνα στο πεδίο αυτό. Ακόμα και αν δεν θεωρηθεί ως μια ξεχωριστή διαταραχή, υπάρχουν αυξανόμενα δεδομένα ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για άλλες δυσλειτουργικές ή παθολογικές συμπεριφορές, πχ. μπορεί να προκαλέσει συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και αυτοκαταστροφικών τάσεων.

Σύμφωνα με αυστραλο-κινεζική πανεπιστημιακή μελέτη 1.618 εφήβων, ηλικίας 13 έως 18 ετών, από επαρχία της Κίνας, οι ερευνητές εντόπισαν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι νεαροί χτυπούσαν τον εαυτό τους, έβγαζαν τα μαλλιά τους, ή προκαλούσαν εγκαύματα στο σώμα τους. Η μελέτη δημοσιεύεται στην επιστημονική επιθεώρηση «Injury Prevention». Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι περίπου το 10% των μαθητών παρουσίαζαν συμπτώματα ήπιου εθισμού στο διαδίκτυο, ενώ το 1% είχε σοβαρό πρόβλημα εθισμού. Τα παιδιά με ήπιο εθισμό είχαν 2,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να βλάψουν τον εαυτό τους, σε σύγκριση με εκείνα που δεν θεωρούνται εθισμένα (Μυλωνάς, 2009).

### **Στατιστική επεξεργασία δεδομένων**

Για την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων, καθώς και για την δημιουργία διαγραμμάτων χρησιμοποιήθηκε το MS Excel 2010. Για κάθε μεταβλητή, υπολογίστηκε η συχνότητα εμφάνισής της στο αντίστοιχο σύνολο του δείγματος. Το σύνολο του δείγματος καθορίστηκε από την διαθεσιμότητα δεδομένων της αντίστοιχης μεταβλητής, καθώς δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για όλες.

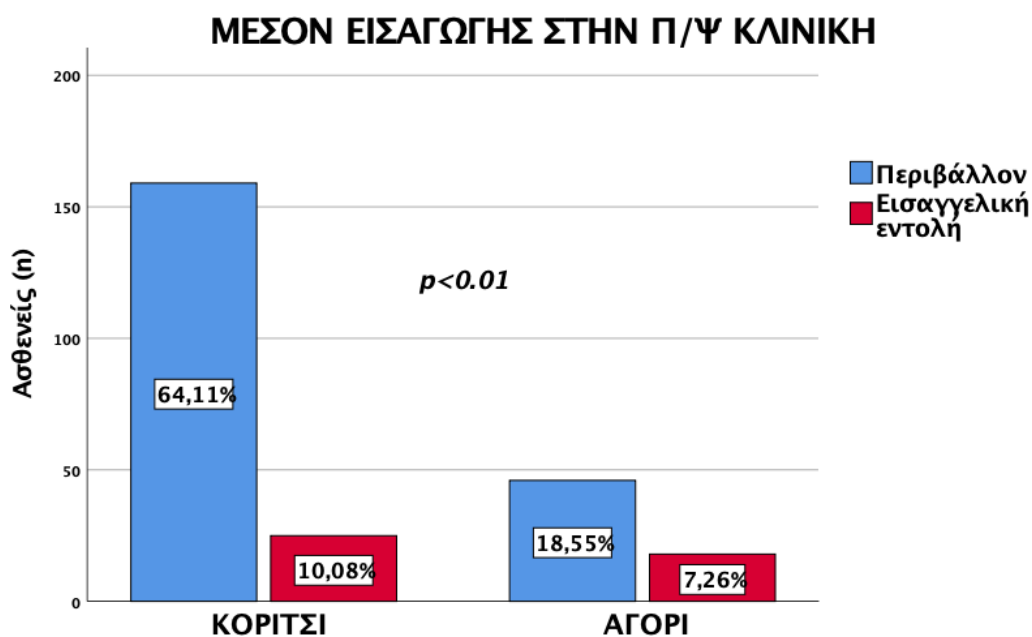
Για τον έλεγχο ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών στις συχνότητες όλων των μεταβλητών ανά ηλικιακή ομάδα, φύλο, κλινικά χαρακτηριστικά, διαγνωστική κατηγορία και θεραπευτική παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών και η ανάλυση  $\chi^2$  για ποιοτικές μεταβλητές (chi-square) διορθωμένη κατά Fisher (Fisher exact test) με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS v.25. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε σε τιμή κριτηρίου  $p$  μικρότερη του 0.05.

## Αποτελέσματα

Συνολικά καταγράφηκαν και μελετήθηκαν 249 περιπτώσεις νοσηλείας ενός συνόλου 152 παιδιών. Από το σύνολο των νοσηλείων στη ΠΔΨ Κλινική το 61% αφορούσε πρώτες εισαγωγές το 39% αφορούσε επανεισαγωγές, ενώ ο αριθμός των επανεισαγωγών κυμάνθηκε από 1 (17,3%) – 24 (0,4%)(σε μια περίπτωση). Τα βασικά δημογραφικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά των ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα περιγράφονται στον Πίνακα 3. Οι διαγνώσεις εισόδου και οι συνθήκες εισαγωγής ή μεταφοράς φαίνονται στον Πίνακα 4. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $15,2 \pm 2$  έτη με υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών (107/45).

### Φύλο και ηλικία

Οι άρρενες ασθενείς σε σημαντικά υψηλότερο ( $p < 0.01$ ) ποσοστό εισήχθησαν στην ΠΔΨ Κλινική κατόπιν εισαγγελικής εντολής (Εικόνα 1a).



**Εικόνα 1a.** Η εισαγγελική εντολή που αντιπροσώπευε το 17% του συνόλου των εισαγωγών των ασθενών της μελέτης είχε σημαντικά συχνότερη εφαρμογή στην ομάδα των αγοριών.

**Πίνακας 3.** Χαρακτηριστικά ασθενών ανά ηλικιακή ομάδα και εξωγενείς επιδράσεις

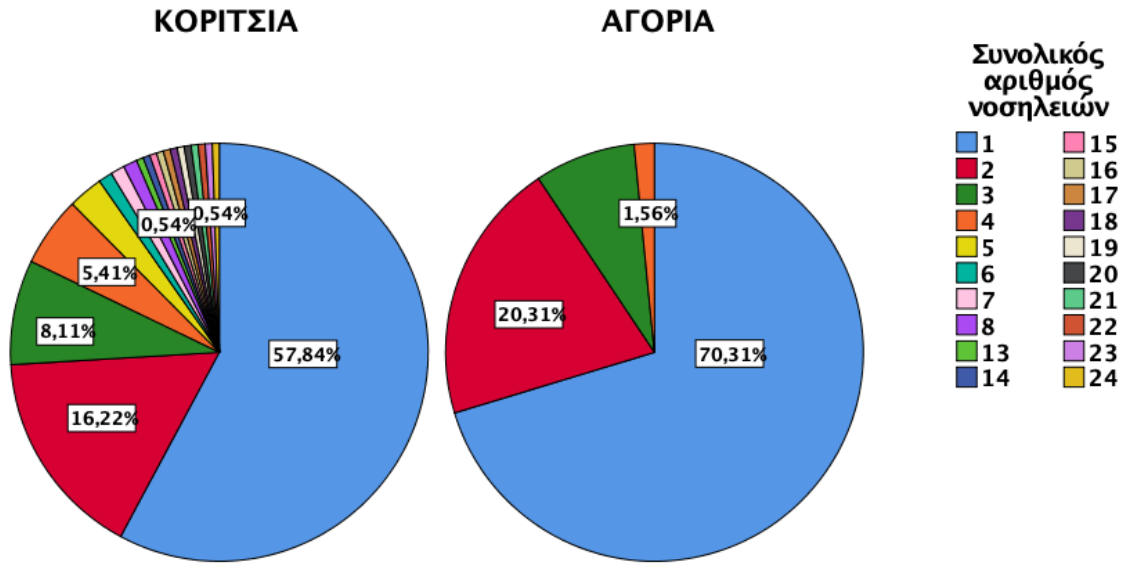
<u>Ασθενείς - Περιβάλλον</u>	<u>Ηλικιακές ομάδες (έτη)</u>			<u>Σύνολο</u>	<u>p value</u>
	<u>0 έως 10</u>	<u>11 έως 14</u>	<u>15 έως 18</u>		
<b>Χαρακτηριστικά Ασθενών</b>	<b>n (%)</b>				
· Φύλο: Αγόρι	2 (1,3)	13 (8,6)	30 (19,7)	45 (29,6)	0,315
· Φύλο: Κορίτσι	1 (0,7)	37 (24,3)	69 (45,4)	107 (70,4)	
· Φυσιολογικό Νοητικό Δυναμικό	1 (0,7)	37 (24,7)	75 (50,0)	113 (74,7)	0,286
· Νοητική Υστέρηση	1 (0,7)	4 (2,7)	12 (8,0)	17 (11,4)	
· Διακοπή φοίτησης	1 (0,7)	7 (5,0)	22 (15,8)	30 (21,5)	0,156
· Σχολική Επίδοση Άριστη	1 (0,7)	10 (7,2)	18 (12,9)	29 (20,8)	
<b>Οικογενειακό περιβάλλον</b>					
· Επιμέλεια: Ιδρύματα, μέριμνα/στέγη	0 (0,0)	5 (3,4)	15 (10,1)	20 (13,4)	0,295
· Σχέση Γονέων: Διαζευγμένοι	1 (0,8)	15 (12,4)	21 (17,4)	37 (30,6)	0,938
· Ψυχιατρική Διάγνωση Πατέρα ή υποψία	1 (0,7)	20 (13,5)	31 (20,9)	52 (35,1)	0,423
· Ψυχιατρική Διάγνωση Μητέρας ή υποψία	1 (0,7)	41 (27,2)	56 (37,1)	98 (65,0)	0,018
· Εθισμοί Πατέρα	0 (0,0)	10 (6,8)	13 (8,8)	23 (14,6)	0,423
<b>Πρόσφατα Ψυχοπαιστικά Γεγονότα/Καταστάσεις</b>					
· Σχολείο	0 (0,0)	8 (4,8)	14 (8,4)	22 (13,2)	0,819
· Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια	1 (0,6)	25 (15,1)	46 (27,7)	72 (43,4)	
· Προβλήματα σχέσεων με φίλους	0 (0,0)	15 (9,0)	26 (15,7)	41 (24,7)	
· Κακοποίηση	0 (0,0)	6 (3,6)	9 (5,4)	15 (9,0)	
· Bullying	0 (0,0)	17 (12,6)	22 (16,3)	39 (28,9)	0,165
<b>Ιδιαίτερα προβλήματα</b>					
· Χρόνια Παθολογικά Προβλήματα	1 (0,4)	20 (8,2)	47 (19,2)	68 (26,8)	0,927
· Επιθετική Συμπεριφορά	0 (0,0)	2 (0,8)	14 (5,9)	16 (6,7)	
· Παιδική Κακοποίηση: φυσική	0 (0,0)	4 (2,7)	10 (6,7)	14 (9,4)	0,886
· Παιδική Κακοποίηση: σεξουαλική	0 (0,0)	5 (3,3)	7 (4,7)	12 (8,0)	
· Χρήση Ουσιών: Αλκοόλ	0 (0,0)	1 (0,4)	5 (2,0)	6 (2,4)	0,338
· Χρήση Ουσιών: Κάνναβη	0 (0,0)	5 (2,0)	27 (11,1)	32 (13,1)	
· Χρήση Ουσιών : Καμία	3 (1,2)	69 (28,3)	128 (52,5)	200 (82,0)	
· Χρήση Ουσιών: Πολλαπλή χρήση	0 (0,0)	1 (0,4)	5 (2,0)	6 (2,4)	

Τα κορίτσια είχαν συχνότερα επανεισαγωγές σε σύγκριση με τα αγόρια (Εικόνα 1b) ενώ η απόδοση τους στο σχολείο ήταν σαφώς καλύτερη (Εικόνα 1c), χωρίς οι διαφορές αυτές να φθάσουν σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα ( $\chi^2$ -test). Δεν σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τις ηλικιακές ομάδες σε οποιαδήποτε από τις παραμέτρους αυτές.

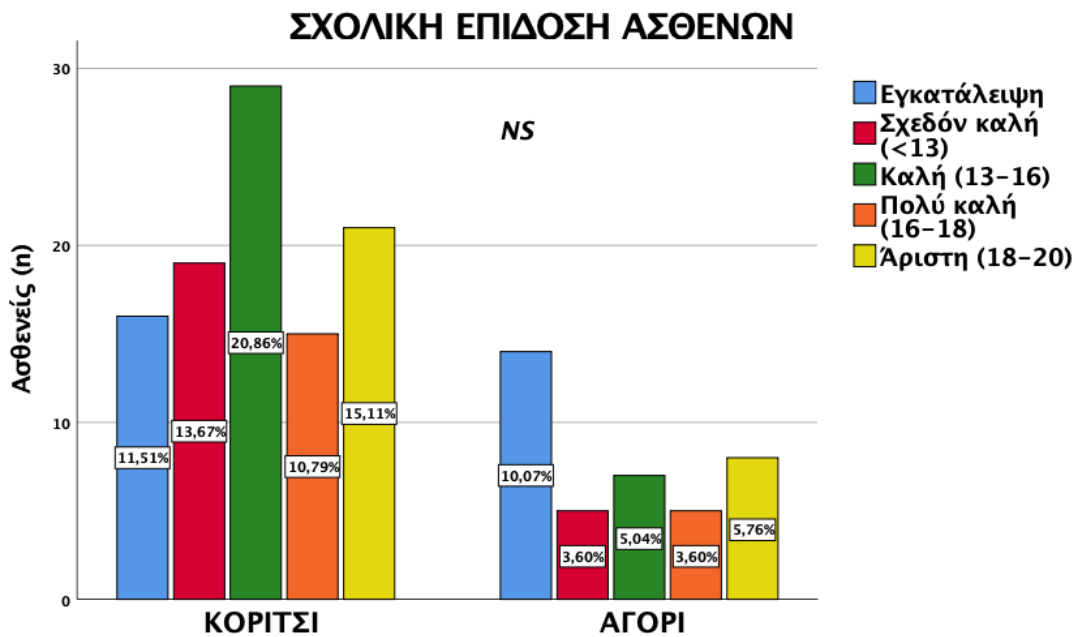
**Πίνακας 4.** Στοιχεία εισαγωγής ή μεταφοράς των ασθενών στην ΠΔΨ Κλινική – διαγνώσεις εισόδου ανά ηλικιακή ομάδα

Χαρακτηριστικά Ασθενών	Ηλικιακές ομάδες (έτη)				p value
	0 έως 10	11 έως 14	15 έως 18	Σύνολο	
<b>Εισαγωγή/ Μεταφορά</b>	<b>n (%)</b>				
· Ασθενείς 1 <sup>ης</sup> εισαγωγής	2 (0,8)	60 (24,1)	138 (55,4)	200 (80,3)	0,403
· Εισαγωγή από ΤΕΠ	2 (0,8)	49 (19,8)	111 (44,8)	162 (65,4)	
· Εισαγωγή από άλλη κλινική/ νοσοκομείο	0 (0,0)	5 (2,6)	22 (8,9)	27 (11,5)	
· Εισαγωγή από εξωτερικά ιατρεία	0 (0,0)	6 (2,4)	5 (2,0)	11 (4,4)	
<b>Μεταφορά</b>					
· Μεταφορά από κλινική ΠΑΓΝΗ	1 (0,4)	17 (6,9)	30 (12,1)	48 (19,4)	<b>0,003</b>
· Μεταφορά από ΜΕΘ	0 (0,0)	3 (1,2)	1 (0,4)	4 (1,6)	
· Μεταφορά από Παιδιατρική	1 (0,4)	14 (5,6)	8 (3,2)	23 (9,2)	
· Μεταφορά από Παθολογική	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (4,8)	12 (4,6)	
· Μεταφορά από οξεία ψυχιατρικής	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	
<b>Τρόπος εισαγωγής</b>					
· Περιβάλλον	3 (1,2)	67 (27,0)	135 (54,4)	205 (82,6)	0,322
· Εισαγγελική εντολή	0 (0,0)	10 (4,0)	33 (13,3)	43 (17,3)	
<b>Αιτία νοσηλείας/ Διάγνωση εισαγωγής</b>					
· Απόπειρα	0 (0,0)	20 (8,0)	39 (15,7)	59 (23,7)	<b>0,044</b>
· Αυτοκτονικότητα	0 (0,0)	21 (8,4)	51 (20,5)	72 (28,9)	
· Συναισθηματικές διαταραχές	1 (0,4)	10 (4,0)	25 (10,0)	36 (14,4)	
· Διαταραχές Συμπεριφοράς	2 (0,8)	9 (3,6)	22 (8,8)	33 (13,2)	
· Διαταραχές Διατροφής	0 (0,0)	8 (3,2)	0 (0,0)	8 (3,2)	
· Κοινωνικοί Λόγοι	0 (0,0)	4 (1,6)	7 (2,8)	11 (4,4)	
· Ψύχωση	0 (0,0)	5 (2,0)	25 (10,0)	30 (12,0)	





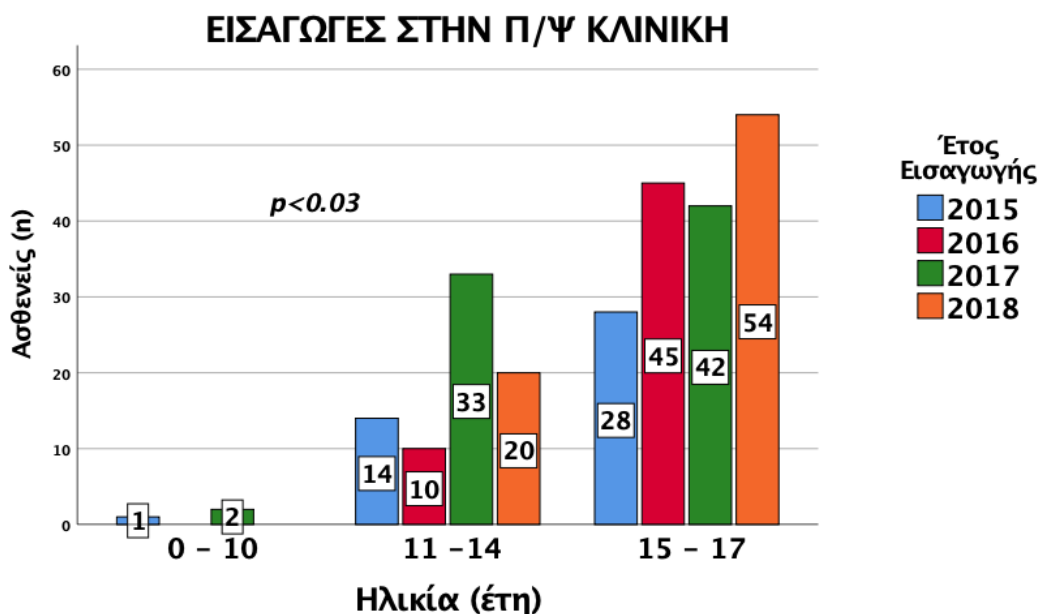
**Εικόνα 1b.** Συχνότητες επανεισαγωγές στην ΠΔΨ Κλινική καταγράφηκαν στην ομάδα των κοριτσιών.



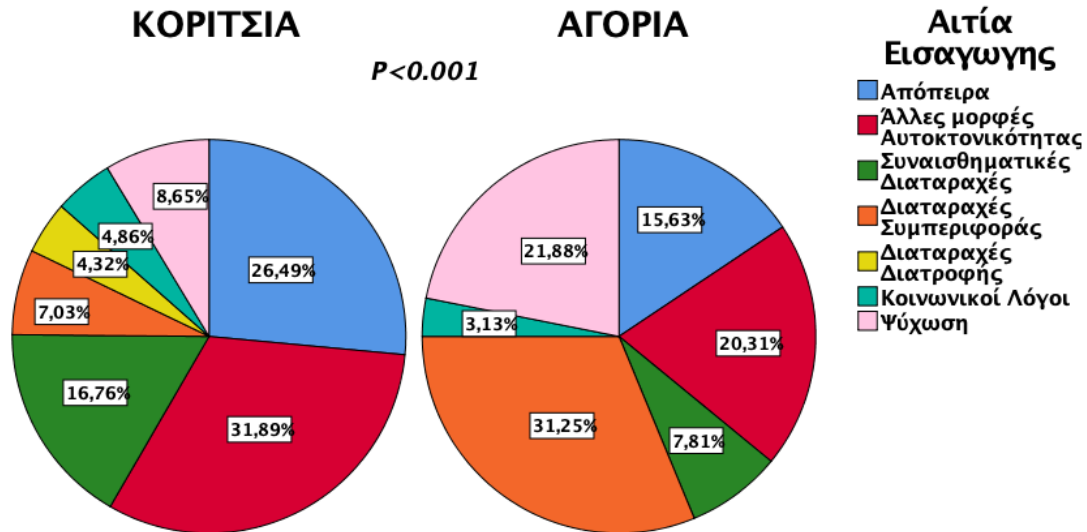
**Εικόνα 1c.** Σχολική επίδοση ασθενών της μελέτης ανά φύλο.

## Λόγος Εισαγωγής

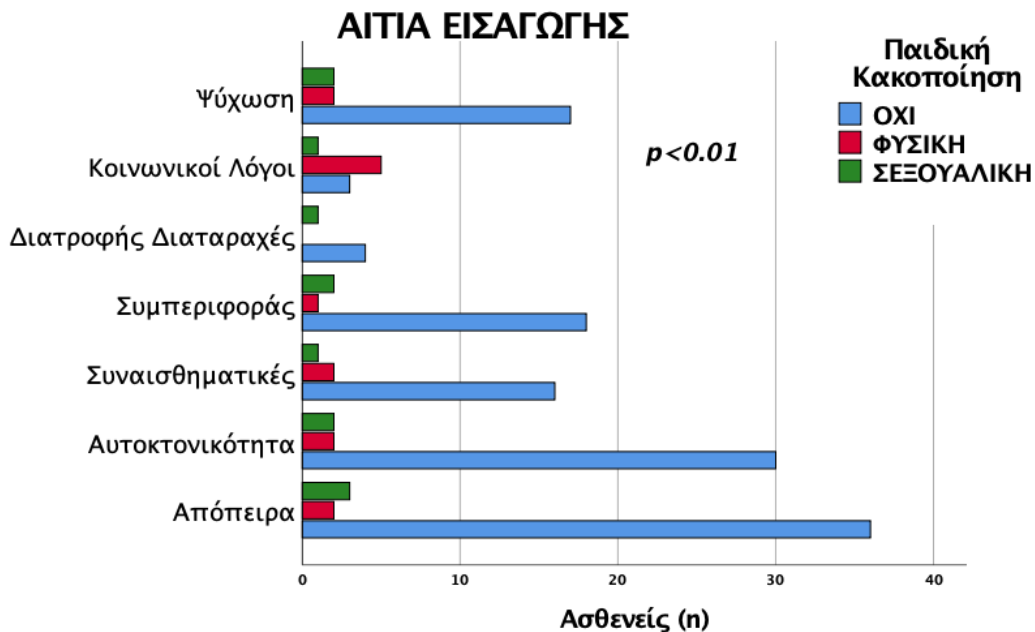
Παρατηρήθηκε μια διαχρονική αύξηση των εισαγωγών των ασθενών στην ΠΔΨ Κλινική από το 2015-2018 συνολικά ( $p < 0.03$ ) και ειδικότερα στις δυο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (Εικόνα 2a). Περισσότερες από τις μισές αιτίες εισαγωγής για τα κορίτσια ήταν η απόπειρα αυτοκτονίας (26%) και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας (32%) ενώ στα αγόρια σημαντικά περισσότερα ( $p < 0.001$ ) ήταν τα περιστατικά διαταραχών συμπεριφοράς (31%) και η ψύχωση (22%) (Εικόνα 2b). Οι κοινωνικοί λόγοι συνυπήρχαν συχνότερα με παιδική κακοποίηση ( $p < 0.01$ ) (Εικόνα 2c). Επιθετική συμπεριφορά που απαιτήσε άμεση φαρμακευτική αντιμετώπιση («χημική καθήλωση») και σε κάποιες περιπτώσεις φυσικό περιορισμό παρουσίαζαν ασθενείς με διαταραχές συμπεριφοράς και σε μικρότερο βαθμό ασθενείς με ψύχωση (Εικόνα 2d). Οι διαγνώσεις στην ηλικία 0-10 ετών ήταν μόνο διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθηματικές διαταραχές, ενώ διαταραχές διατροφής καταγράφηκαν μόνο στην ηλικία των 11-14 ετών.



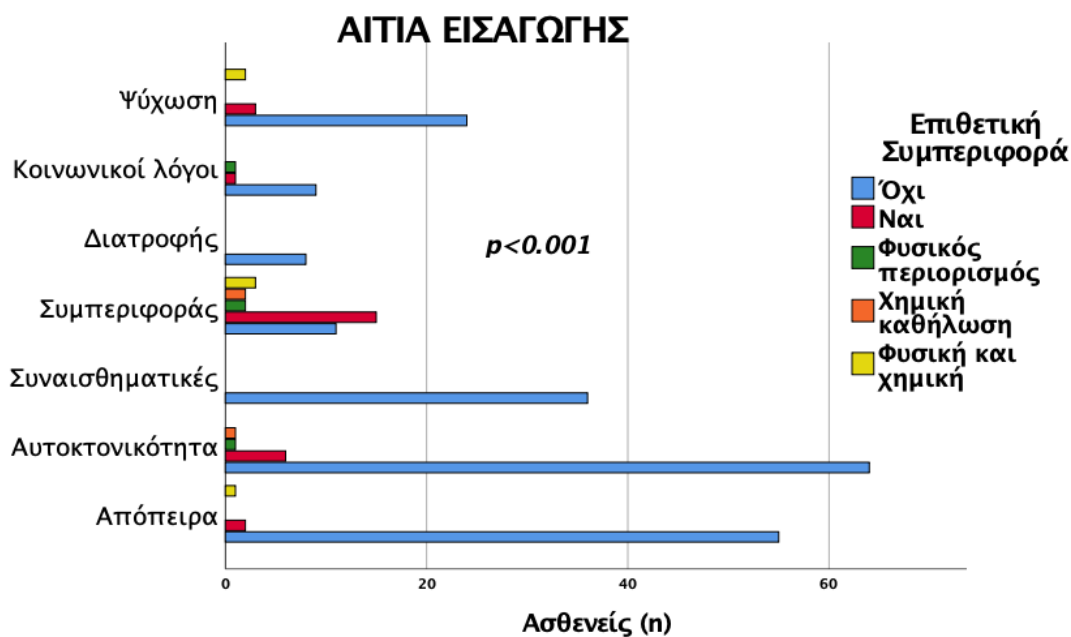
**Εικόνα 2a.** Διαχρονική κατανομή εισαγωγών στη ΠΔΨ Κλινική ανά ηλικιακή ομάδα



**Εικόνα 2b.** Οι λόγοι εισαγωγής στη ΠΔΨ Κλινική διέφερε ανά φύλο με περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις να αφορούν στα μεν κορίτσια την απόπειρα αυτοκτονίας και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας στα δε αγόρια τα περιστατικά διαταραχών συμπεριφοράς και την ψύχωση



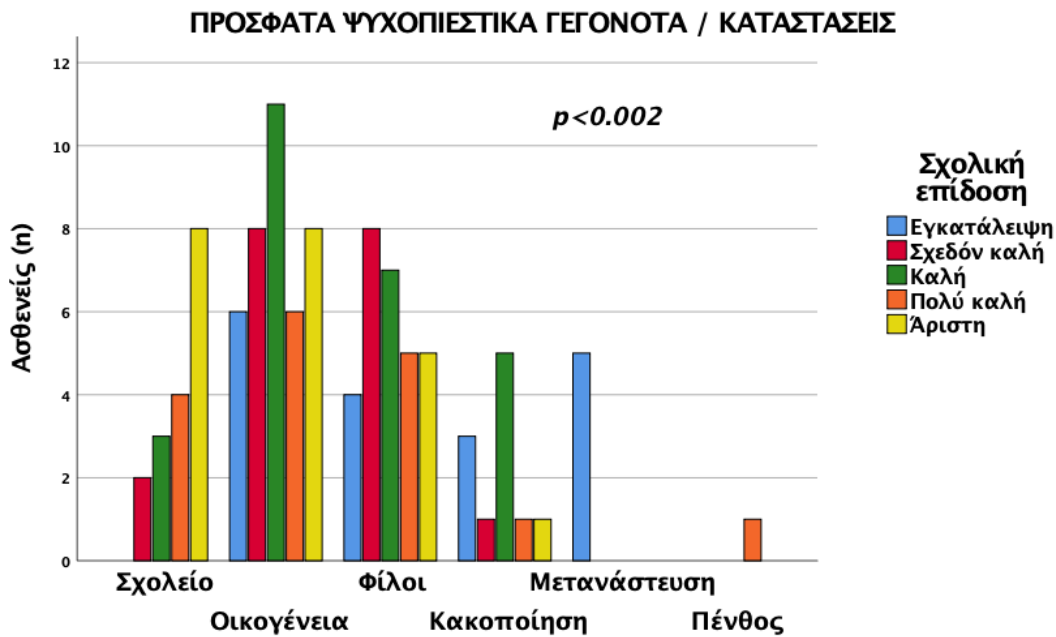
**Εικόνα 2c.** Συχνότεροι λόγοι εισαγωγής ήταν η απόπειρα αυτοκτονίας (27%) όπως και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας (22%) ενώ οι κοινωνικοί λόγοι συνδέθηκαν συχνότερα με παιδική κακοποίηση



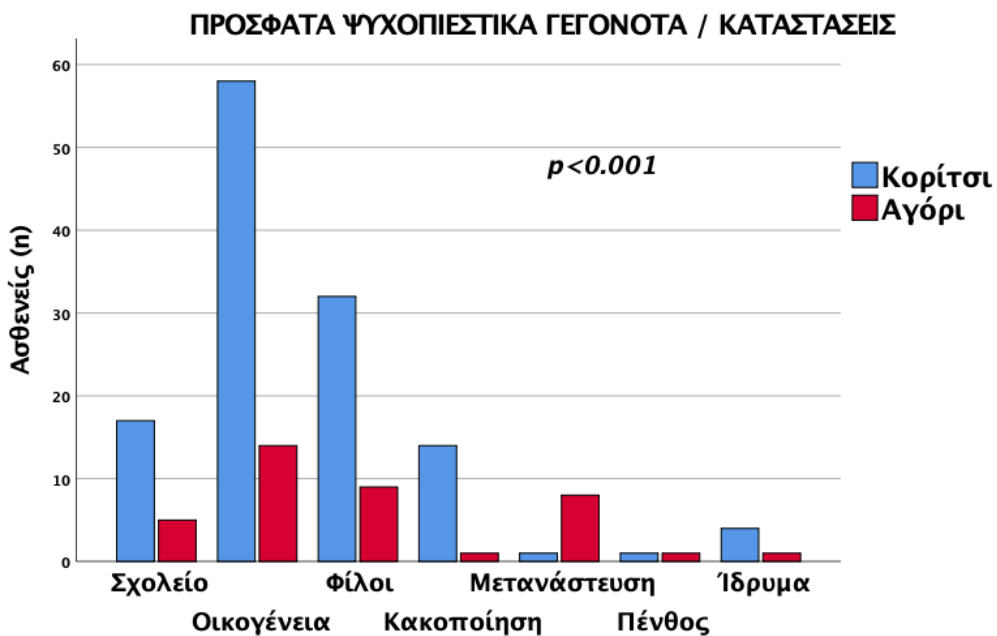
**Εικόνα 2d.** Επιθετική συμπεριφορά που απαιτεί άμεση φαρμακευτική αντιμετώπιση («χημική καθήλωση») και σε κάποιες περιπτώσεις φυσικό περιορισμό παρουσίαζαν ασθενείς με διαταραχές συμπεριφοράς και σε μικρότερο βαθμό ασθενείς με ψύχωση

### Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα / καταστάσεις

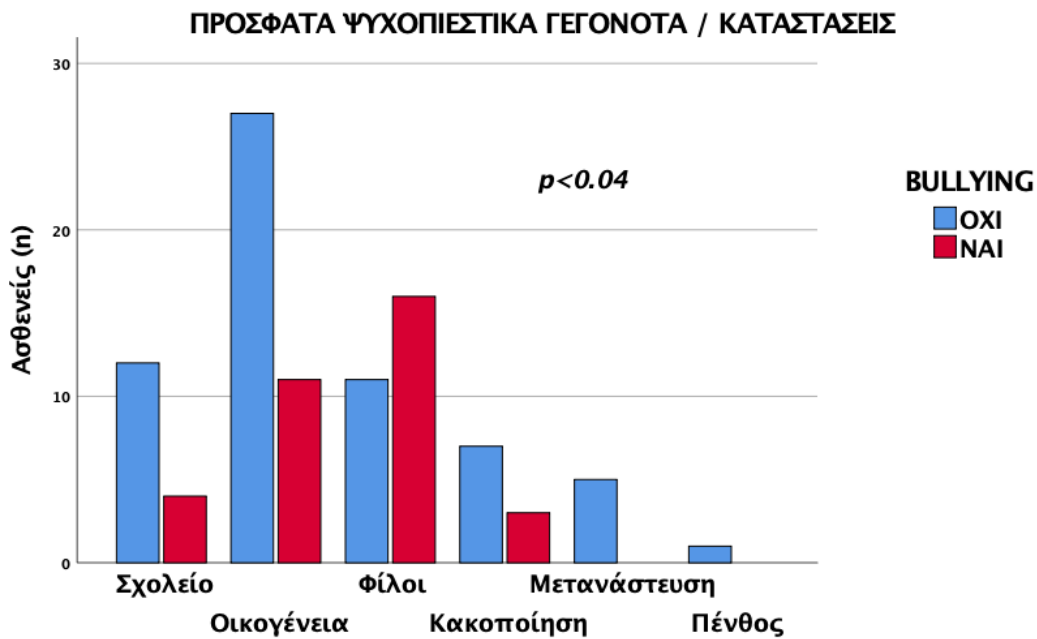
Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα , όπως καταστάσεις στο σχολείο, προβλήματα σχέσεων στην οικογένεια ή με φίλους, κακοποίηση, μετανάστευση, πένθος ή διαβίωση σε ίδρυμα συσχετίστηκαν με την σχολική απόδοση (εγκατάλειψη ή κακή επίδοση) (Εικόνα 3a). Τα δύο φύλα επηρεάζονται ιδιαίτερα από πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα στην οικογένεια, φίλους ή το σχολείο. Τα κορίτσια είναι περισσότερο ευάλωτα στη κακοποίηση, ενώ τα αγόρια στη μετανάστευση (Εικόνα 3b). Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα που σχετίζονται με οικογενειακά προβλήματα ή κακοποίηση συχνά σχετίζονται με μονογονεϊκές ή διαζευγμένες οικογένειες ( $p < 0.001$ ) ενώ στα προβλήματα με φίλους κυριαρχεί το bullying (Εικόνα 3c). Στην περίπτωση κακοποιήσεων συχνή είναι η χρήση αλκοόλ ή κάνναβης ( $p < 0.002$ ) ,ενώ προβλήματα στην οικογένεια ή με φίλους συνδέονται με αυξημένα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας ( $p < 0.003$ ). (Εικόνα 3d).



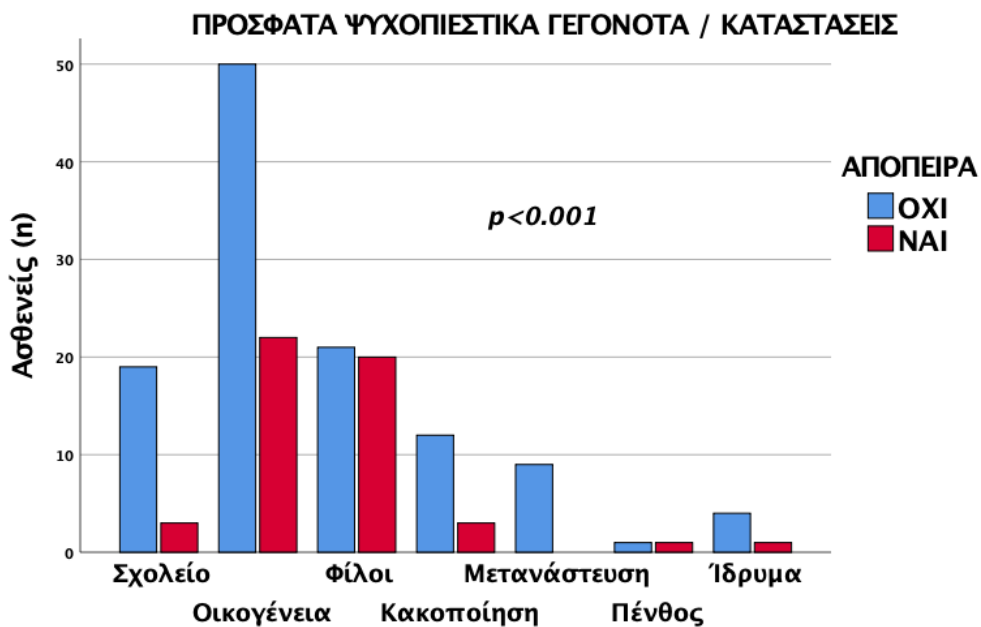
**Εικόνα 3α.** Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ιδιαίτερα η προβλήματα με οικογένεια ή φίλους, επηρέασαν αρνητικά την σχολική απόδοση



**Εικόνα 3β.** Τα δύο φύλα επηρεάζονται ιδιαίτερα από πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα στην οικογένεια, φίλους ή το σχολείο. Τα κορίτσια είναι περισσότερο ευάλωτα στη κακοποίηση, ενώ τα αγόρια στη μετανάστευση



**Εικόνα 3c.** Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα που σχετίζονται με φίλους χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά bullying



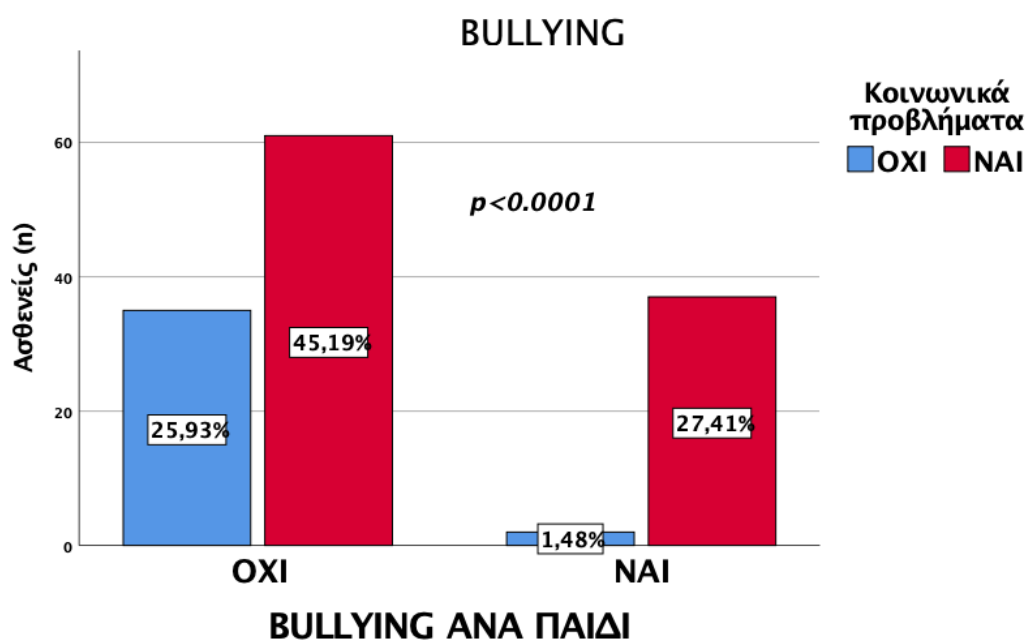
**Εικόνα 3d.** Προβλήματα σχέσεων στην οικογένεια ή με φίλους συνδέονται με μεγαλύτερα ποσοστά απόπειρας (50%) έναντι των ποσοστών άλλων πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων (13-30%).

## Κοινωνικά προβλήματα

Οι ασθενείς με καταγεγραμμένα κοινωνικά προβλήματα έπαιρναν συχνότερα αντιψυχωσικά φάρμακα ( $p < 0.01$ ), δεν παρουσίαζαν όμως περισσότερα επεισόδια απόπειρας ούτε συχνότερη χρήση ουσιών.

## Bullying

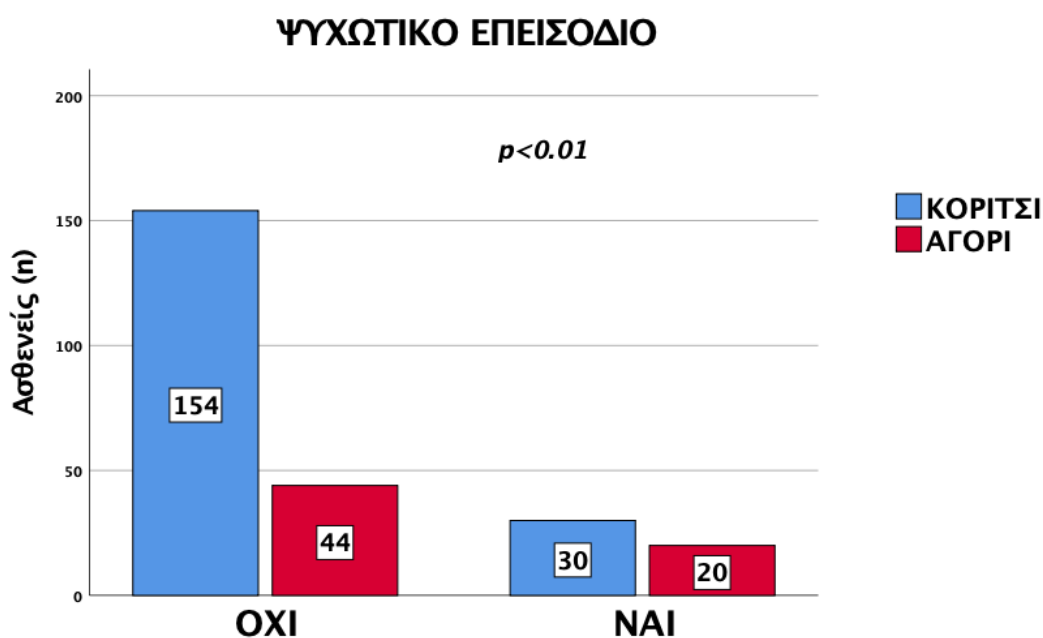
Ασθενείς θύματα bullying παρουσίαζαν σημαντικά συχνότερα κοινωνικά προβλήματα σε σχέση με παιδιά χωρίς παρόμοιο ιστορικό (Εικόνα 4a). Στους ασθενείς αυτούς είναι σημαντικά συχνότερη η παρουσία φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης ( $p < 0.05$ ), αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με επιθετική συμπεριφορά.



Εικόνα 4a. Σχέση bullying με καταγεγραμμένα κοινωνικά προβλήματα

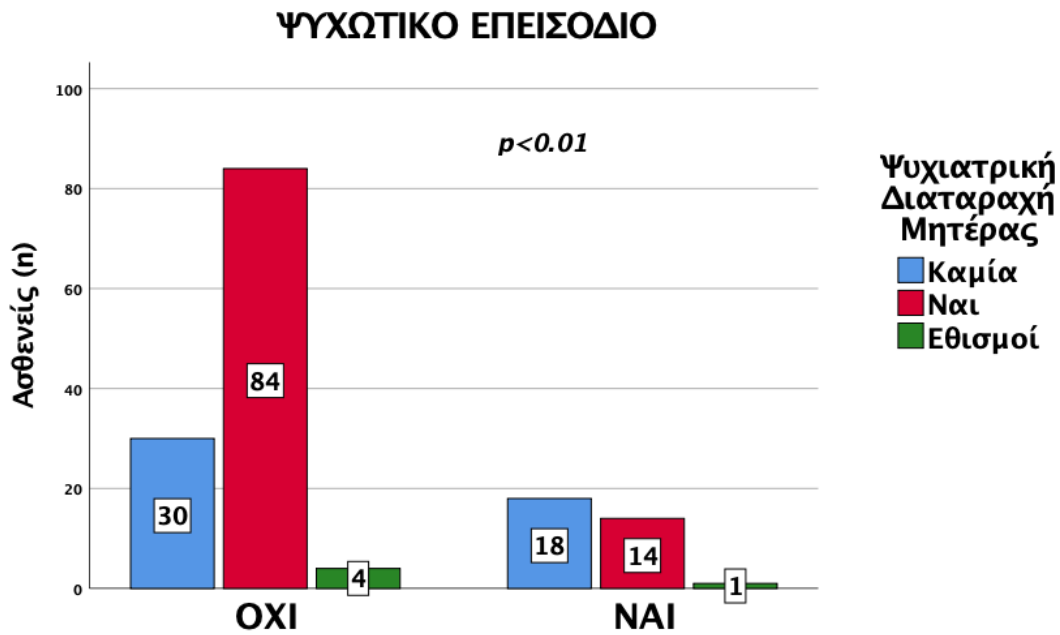
## Ψυχωτικά επεισόδια

Ασθενείς με εκδήλωση ψυχωτικού επεισοδίου ήταν στην πλειοψηφία ( $p < 0.01$ ) αγόρια (Εικόνα 5a) και συχνότερα νοσηλεύθηκαν στην ΠΔΨ Κλινική κατόπιν εισαγγελικής εντολής ( $p < 0.04$ ). Αντίθετα, η εκδήλωση ψυχωτικού επεισοδίου δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, του τόπου προέλευσης (ΤΕΠ, μεταφορά από κλινική), του νοητικού δυναμικού, της σχολικής απόδοσης, μιας καταγεγραμμένης επιθετικής συμπεριφοράς, ή της διαγνωσμένης ή ύποπτης ψυχιατρικής διαταραχής πατέρα ( $n=52$ , 35%). Αντίστοιχη διαγνωσμένη ή ύποπτη ψυχιατρική διαταραχή της μητέρας που ήταν συνηθέστατη στις οικογένειες του υπό μελέτη πληθυσμού ( $n=98$ , 65%), καταγράφηκε συχνότερα μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν ακόμη εκδηλώσει ψυχωτικό επεισόδιο (Εικόνα 5b). Επίσης, η εκδήλωση ψυχωτικών επεισοδίων σχετίστηκε περισσότερο με πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα στο σχολείο ( $p < 0.03$ ) παρά με προβλήματα στις σχέσεις με την οικογένεια ή φίλους (Εικόνα 5c). Θετικό ιστορικό bullying, παιδικής κακοποίησης, απόπειρας, ή χρήσης ουσιών δεν σχετίστηκε με εκδήλωση ψυχωτικού επεισοδίου. Η μετανοδοκομειακή συνταγογράφηση αντιψυχωσικών φαρμάκων, αντικαταθλιπτικών, αντιχολινεργικών, και βενζοδιαζεπινών αποτέλεσε σημαντικό χαρακτηριστικό της ομάδας ασθενών με ψυχωτικό επεισόδιο ( $p < 0.001$ ).

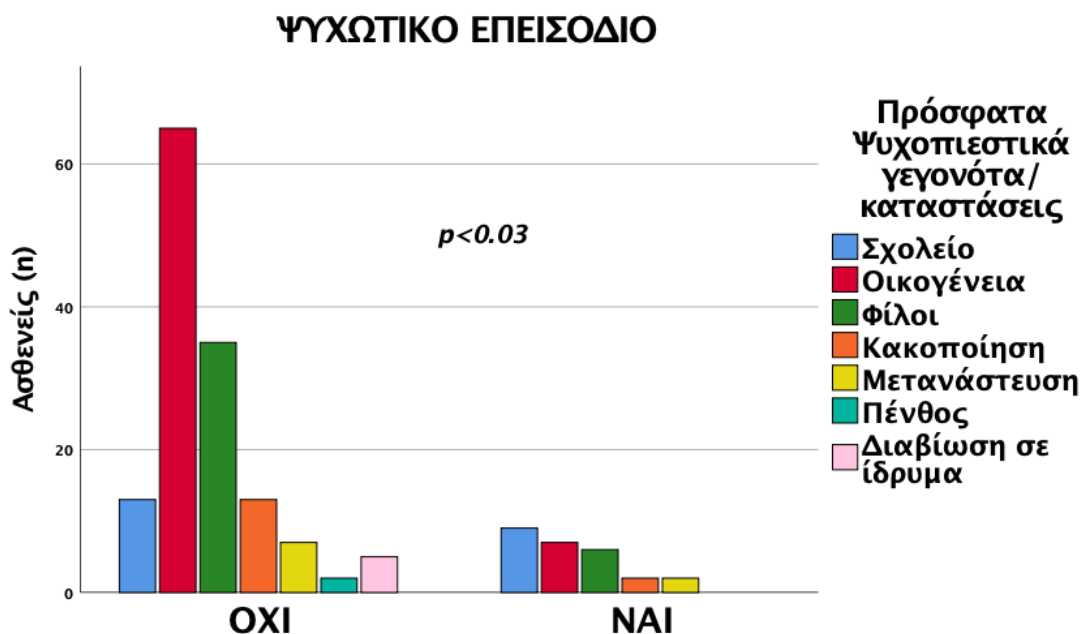


**Εικόνα 5a.** Κατανομή εκδήλωσης ψυχωτικού επεισοδίου ανά φύλο





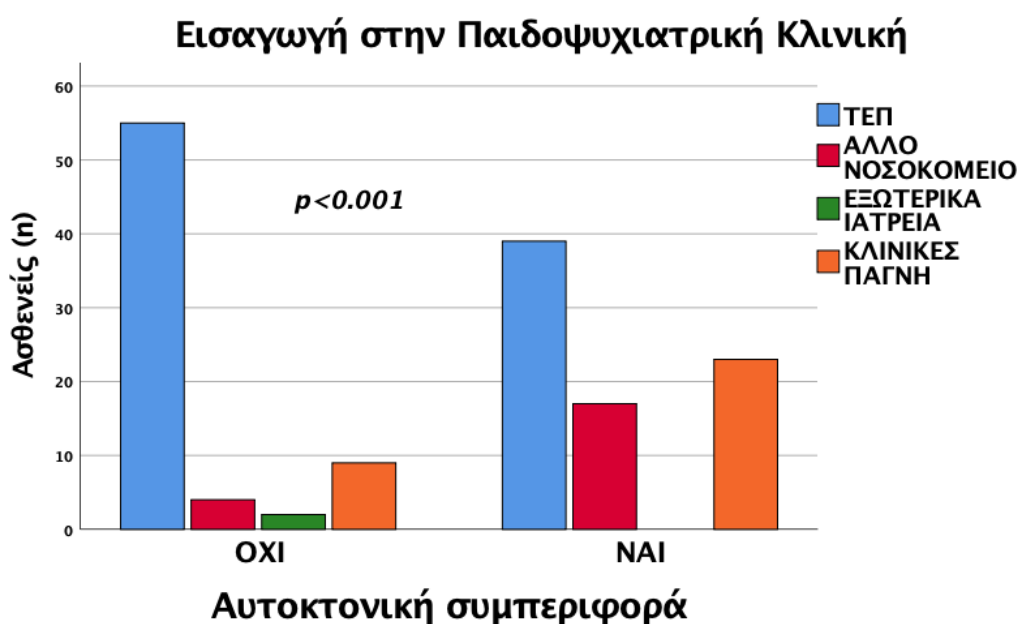
**Εικόνα 5b.** Σχέση ψυχιατρικής διαταραχής μητέρας και εκδήλωσης ψυχωτικού επεισοδίου σε ασθενείς της μελέτης



**Εικόνα 5c.** Σχέση ψυχωτικών επεισοδίων με πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα σε ασθενείς της μελέτης

## Αυτοκτονική συμπεριφορά

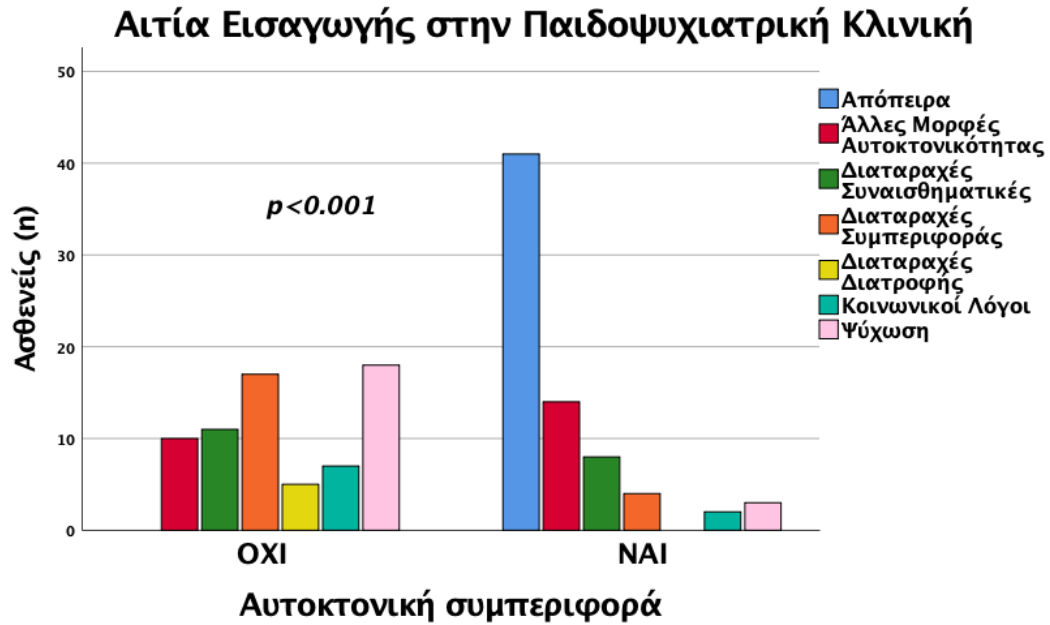
Μεγάλο ποσοστό των νοσηλευμένων στην ΠΔΨ Κλινική ασθενών παρουσιάζει αυτοκτονική συμπεριφορά ή έχει προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας (Πίνακας 5). Υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς παρουσίαζαν ασθενείς που είχαν προηγούμενα νοσηλευθεί σε άλλες κλινικές όπως είναι αναμενόμενο, αφού οι νοσηλευόμενοι λόγω απόπειρα αυτοκτονίας κατά κανόνα νοσηλεύονται σε παιδιατρική ή παθολογική κλινική για αντιμετώπιση των σωματικών συνεπειών της απόπειρας ή έστω για 24ωρη παρακολούθηση. (Εικόνα 6a). Οι λόγοι εισαγωγής που σχετίζονταν με αυτοκτονική συμπεριφορά ήταν απόπειρα αυτοκτονίας και άλλες μορφές αυτοκτονικότητας ( $p < 0.001$ ) σε αντίθεση με διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθηματικές ή διατροφής αλλά και ψυχωτικά επεισόδια (Εικόνα 6b).



**Εικόνα 6a.** Υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς που είχαν μεταφερθεί από άλλες κλινικές

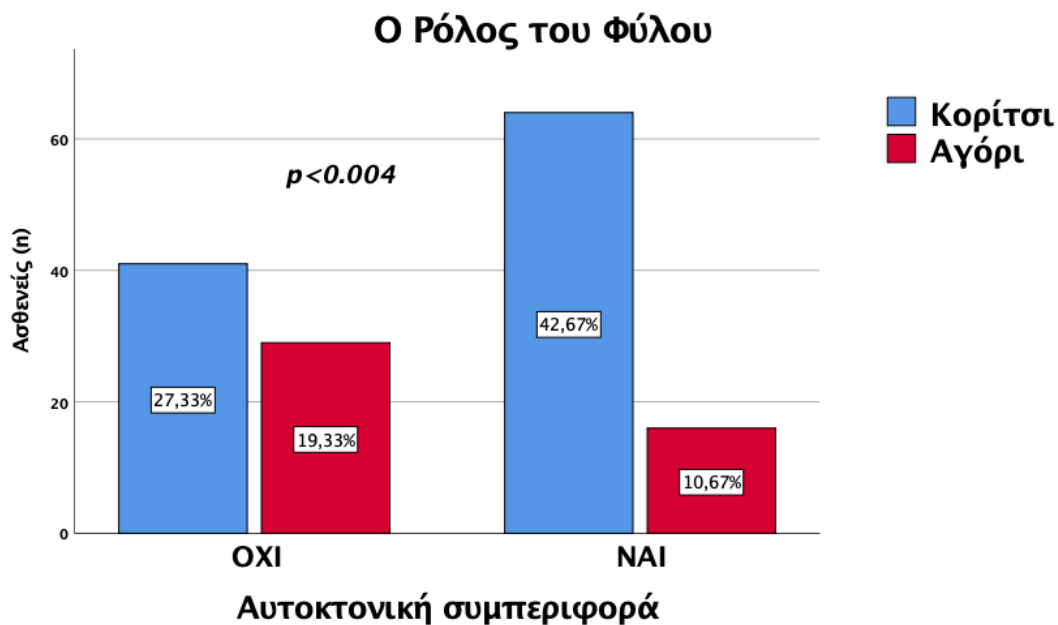
**Πίνακας 5.** Αυτοκτονική συμπεριφορά - απόπειρες

	Ηλικιακές ομάδες (έτη)			Σύνολο	p value
	n (%)				
	0 έως 10	11 έως 14	15 έως 18		
<b>Έκφραση</b>	n (%)				
• Κοινωνικά προβλήματα	2 (1,3)	41 (27,3)	66 (44,0)	109 (72,6)	0,193
• Αυτοκτονική Συμπεριφορά	2 (0,8)	43 (17,3)	88 (35,5)	133 (53,6)	0,794
• Ενεργός Αυτοκτονικός Ιδεασμός	2 (0,8)	48 (19,4)	102 (41,3)	152 (61,5)	0,966
<b>Αυτοτραυματική Συμπεριφορά</b>					
• με πρόθεση θανάτου	0 (0,0)	13 (5,3)	12 (4,9)	25 (10,2)	<b>0,028</b>
• χωρίς πρόθεση θανάτου	2 (0,8)	11 (4,5)	39 (15,9)	52 (21,2)	
<b>Απόπειρα</b>					
• Προηγούμενες απόπειρες	0 (0,0)	14 (9,3)	33 (22,0)	47 (31,3)	0,377
<b>Τρόπος απόπειρας</b>					
• Υπερβολική δόση φαρμάκου	0 (0,0)	10 (16,7)	25 (41,7)	35 (58,3)	<b>0,178</b>
• Πτώση από ύψος	0 (0,0)	5 (8,3)	3 (5,0)	8 (13,3)	
• Κατάποση καθαρστικών/ Απορρυπαντικών	0 (0,0)	1 (1,7)	3 (5,0)	4 (6,7)	
• Χρήση όπλου	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	2 (3,3)	
• Τομή	0 (0,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (3,3)	
• Πνιγμός στη θάλασσα	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	2 (3,3)	
• Ατύχημα	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,0)	3 (5,0)	
• Απαγχονισμός	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	2 (3,3)	
• Στραγγαλισμός	0 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	
• Αυτοπυρόληση	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,7)	

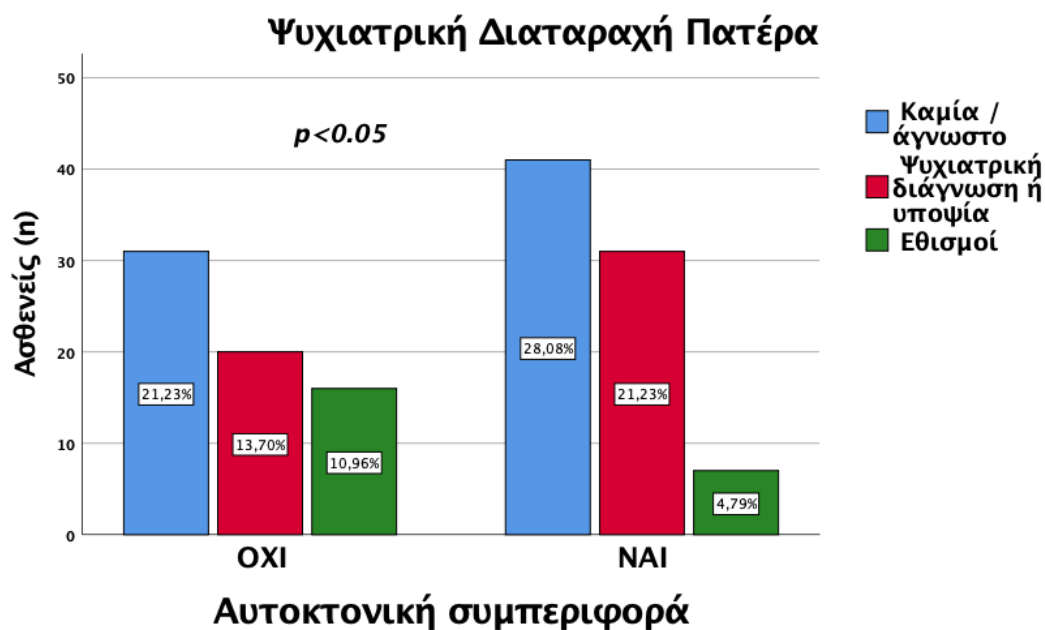


**Εικόνα 6b.** Δεν σχετίζονταν με αυτοκτονική συμπεριφορά διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθηματικές ή διατροφής ή ψυχωτικά επεισόδια

Περισσότερα κορίτσια παρουσίαζαν αυτοκτονική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα αγόρια καθώς και ασθενείς με γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή ανεργία ή με ψυχιατρική διαταραχή (Εικόνες 6c-d).



**Εικόνα 6c.** Περισσότερα κορίτσια παρουσίαζαν αυτοκτονική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα αγόρια



**Εικόνα 6d.** Περισσότεροι ασθενείς με γονείς με ψυχιατρική διαταραχή παρουσίαζαν αυτοκτονική συμπεριφορά.

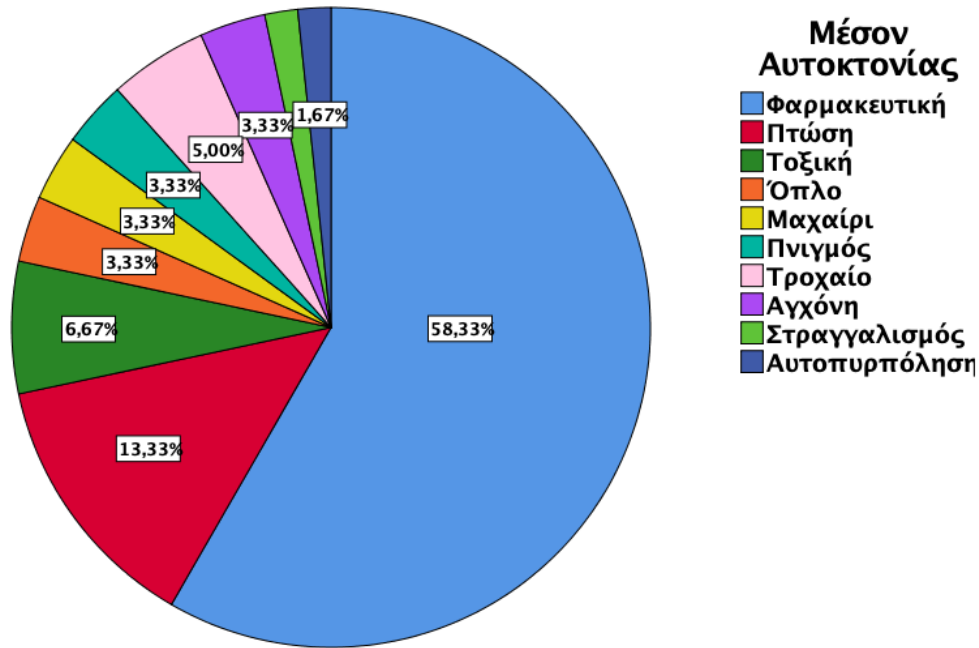
Αντίθετα, ως προς την αυτοκτονική συμπεριφορά δεν παρουσίαζαν σημαντική διαφορά το νοητικό δυναμικό, το επίπεδο σχολικής εκπαίδευσης (δημοτικό, γυμνάσιο, γενικό, ΕΠΑΛ, ειδικό, διακοπή ή φοίτησης), η αιτία νοσηλείας (περιβάλλον, εισαγγελική εντολή). Οι σχέσεις μεταξύ των γονιών, το μέγεθος ή η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, η χώρα προέλευσης και ο τόπος διαμονής, αλλά και ένα θετικό ιστορικό αυτοκτονίας στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον δεν διέφεραν μεταξύ των ασθενών με αυτοκτονική ή όχι συμπεριφορά.

## Απόπειρα αυτοκτονίας

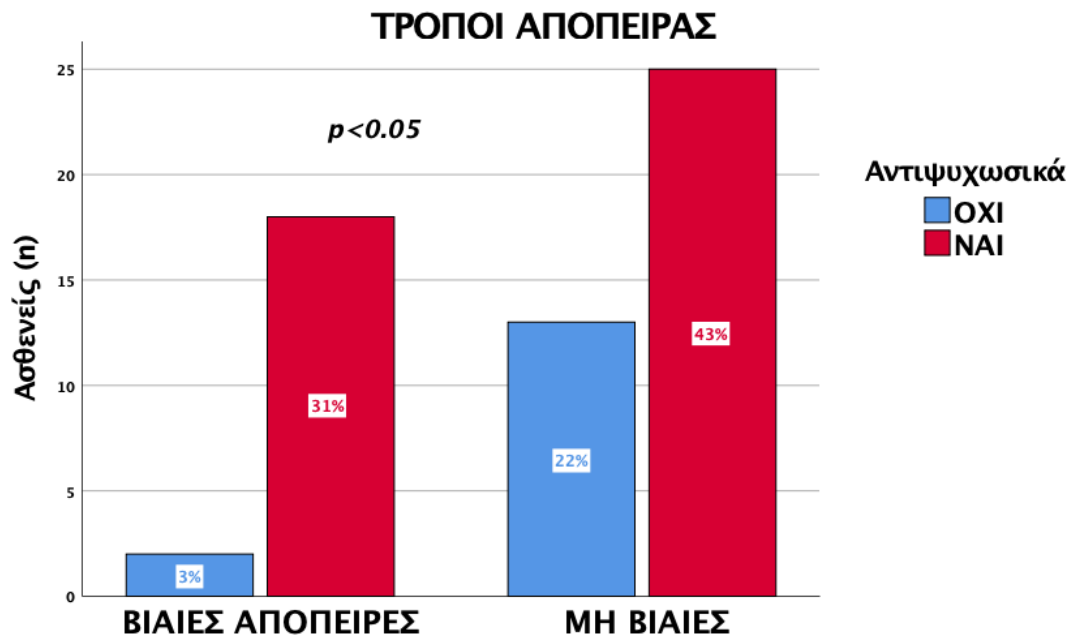
### Τρόποι απόπειρας

Η λήψη φαρμάκων σε υπερβολική δόση, οι πτώσεις από ύψος και η δηλητηρίαση με τοξικούς παράγοντες όπως απορρυπαντικά καταγράφηκαν ως τα κύρια μέσα αυτοκτονίας στον υπό μελέτη πληθυσμό (Εικόνα 7a). Οι τρόποι απόπειρας, βίαιοι (20, 34,5%) ή μη βίαιοι (38, 65,6%), δεν διέφεραν μεταξύ των δύο φύλων και δεν σχετίζονταν με την εκδήλωση ψυχωτικών επεισοδίων. Η διάρκεια νοσηλείας εντούτοις, ήταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των ασθενών με βίαιες απόπειρες ( $36 \pm 5$  vs.  $19 \pm 3$  ημέρες νοσηλείας,  $p < 0,01$ ) και η μετανοδοκομειακή

συνταγογράφηση αντιψυχωσικών κάλυπτε τις περισσότερες περιπτώσεις βίαιες απόπειρας αυτοκτονίας σε σύγκριση με μη βίαιους τρόπους απόπειρας (Εικόνα 7b).



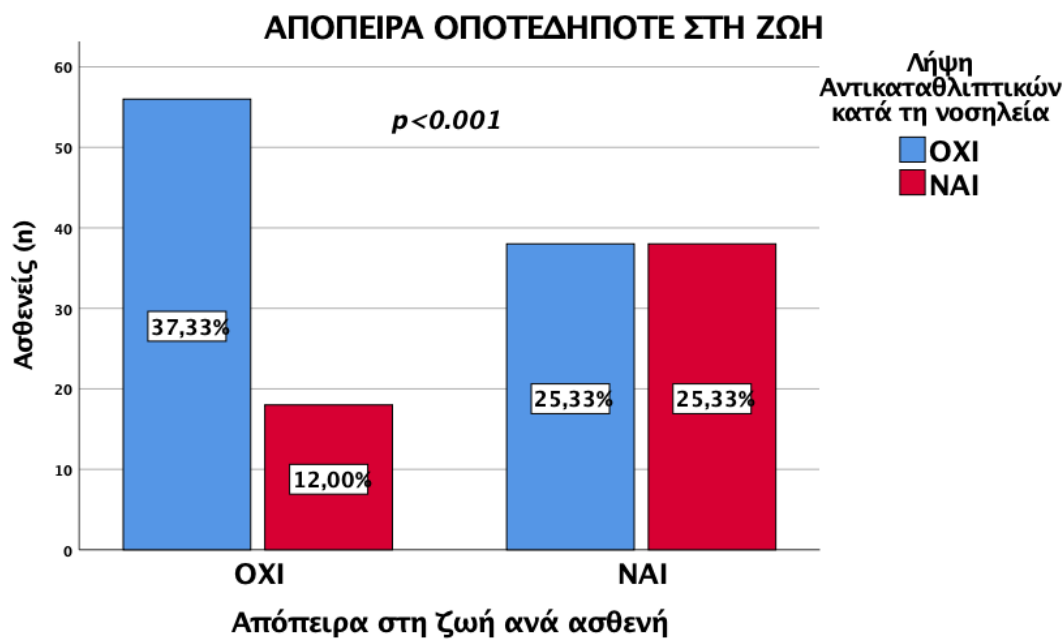
**Εικόνα 7a.** Η λήψη φαρμάκων σε υπερβολική δόση οι πτώσεις από ύψος και η δηλητηρίαση με τοξικούς παράγοντες όπως απορρυπαντικά αποτελούν τα κύρια μέσα αυτοκτονίας στην παιδική ηλικία.



**Εικόνα 7b.** Η μετανοδοκομειακή συνταγογράφηση αντιψυχωσικών καλύπτει τις περισσότερες περιπτώσεις βίαιης απόπειρας αυτοκτονίας σε σύγκριση με μη βίαιους τρόπους απόπειρας

### Απόπειρα οποτεδήποτε στη ζωή

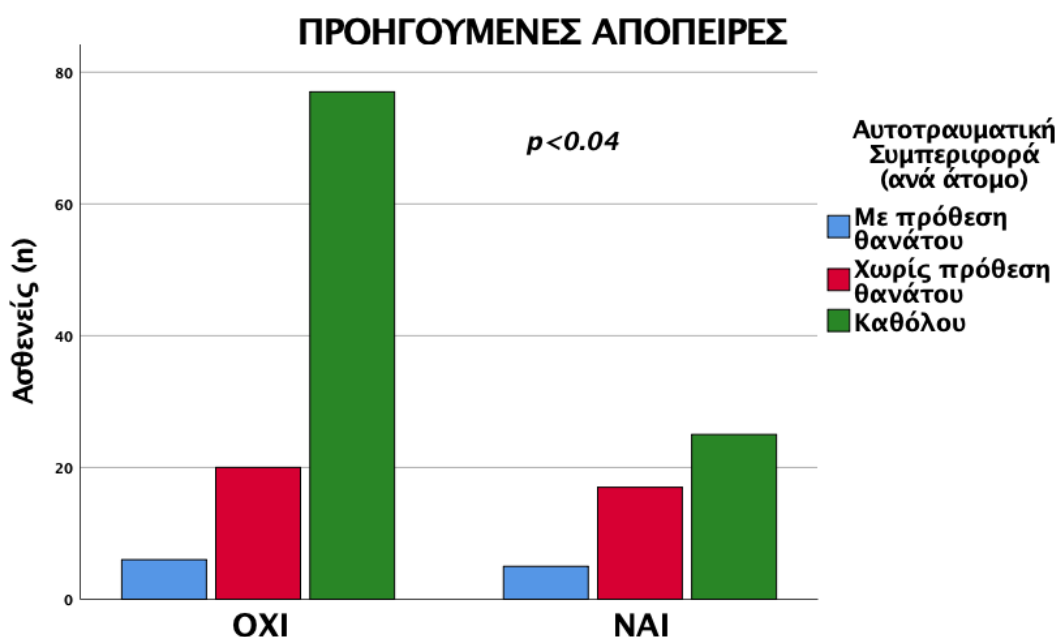
Απόπειρα οποτεδήποτε στη ζωή ανά ασθενή (76 ασθενείς, 50,7%) σχετίστηκε σημαντικά με λήψη αντικαταθλιπτικών ( $p < 0.001$ ) και βενζοδιαζεπινών ( $p < 0.03$ ) (Εικόνα 7c). Επίσης, απόπειρα στη διάρκεια της ζωής καταγράφηκε συχνότερα σε κορίτσια (59 vs. 18), σε ασθενείς με αυτοτραυματική συμπεριφορά με ή χωρίς πρόθεση θανάτου (30 vs. 18) και σε θύματα bullying (22 vs. 17), χωρίς όμως οι διαφορές αυτές να φθάσουν σε στατιστική σημαντικότητα. Η παιδική κακοποίηση ή η λήψη αντιψυχωσικών φαρμάκων δεν συσχετίστηκε στον υπό μελέτη πληθυσμό με απόπειρα στη διάρκεια της ζωής.



**Εικόνα 7c.** Η λήψη αντικαταθλιπτικών σχετίζεται σημαντικά με απόπειρα οποτεδήποτε στη ζωή του ασθενούς

## Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας

Ένα επεισόδιο προηγούμενης απόπειρας παρουσίαζε μια μη σημαντική τάση να προδικάσει επόμενα επεισόδια απόπειρας. Τα ποσοστά αυτοτραυματικής συμπεριφοράς ανά άτομο ήταν σημαντικά περισσότερα στις περιπτώσεις ασθενών με ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας (Εικόνα 7d).

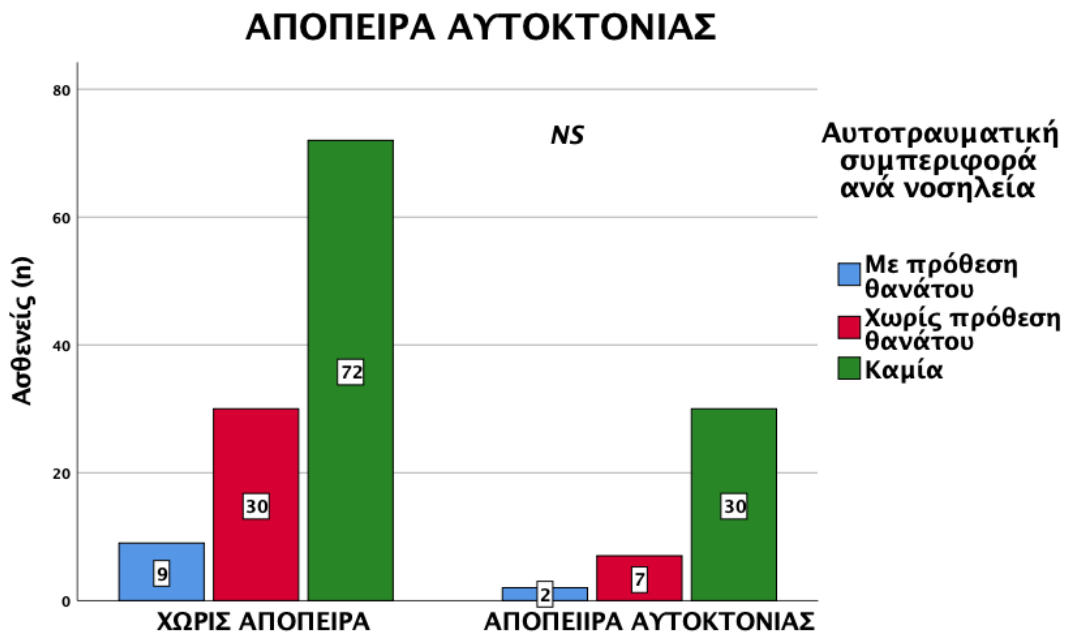


**Εικόνα 7d.** Τα ποσοστά αυτοτραυματικής συμπεριφοράς ανά άτομο ήταν σημαντικά περισσότερα στις περιπτώσεις ασθενών με ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας

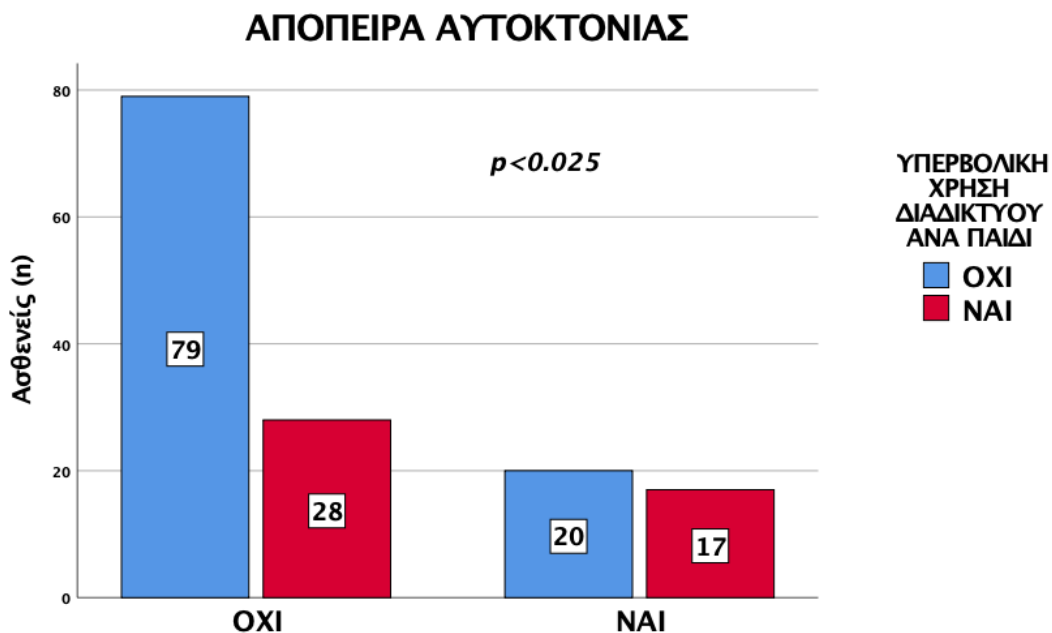
## Χαρακτηριστικά Ασθενών με την Απόπειρα ως Διάγνωση Εισόδου

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων με διάγνωση εισόδου απόπειρα αυτοκτονίας (Εικόνα 8a). Επίσης, τόσο τα ψυχωτικά συμπτώματα όσο και τα κοινωνικά προβλήματα δεν διέφεραν μεταξύ των δυο ομάδων. Σημαντικά περισσότερα παιδιά με υπερβολική χρήση διαδικτύου εισήχθησαν λόγω απόπειρας αυτοκτονίας (Εικόνα 8b). Η συνταγογράφηση μετανοσοκομειακής αγωγής, ιδιαίτερα αντιψυχωσικών, κάλυψε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με διάγνωση εισόδου απόπειρα αυτοκτονίας σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών χωρίς απόπειρα (Εικόνα 8c-d).

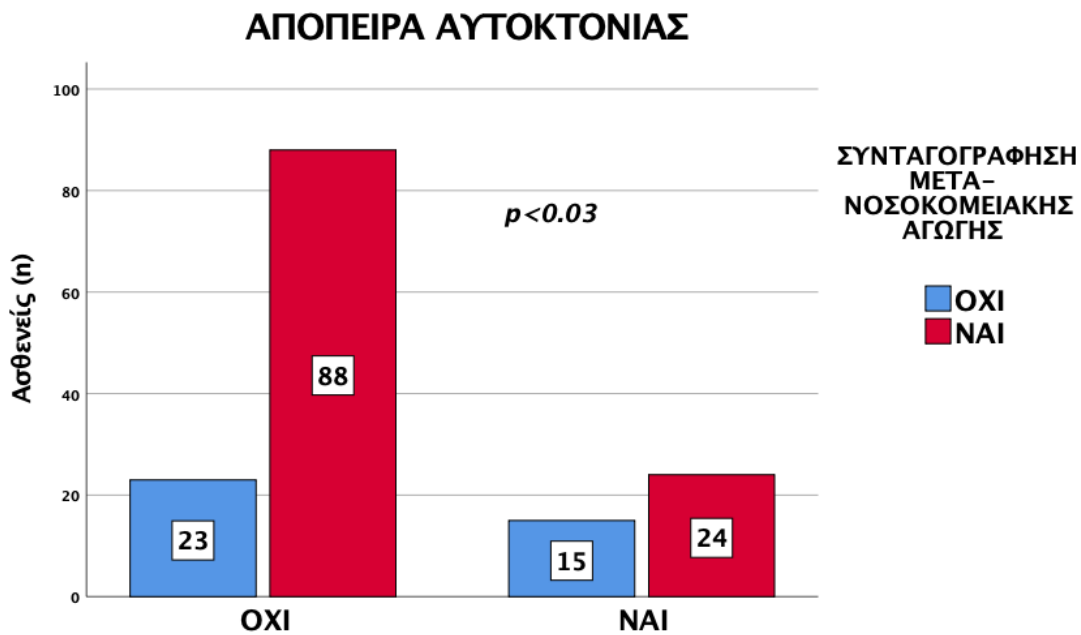




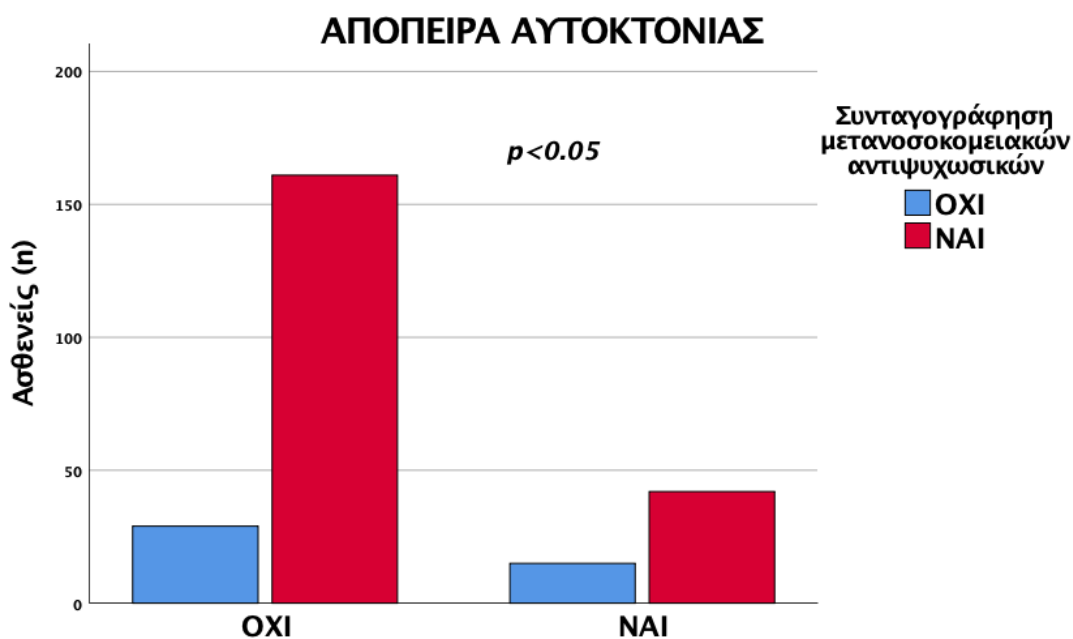
**Εικόνα 8a.** Η αυτοτραυματική συμπεριφορά δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων με διάγνωση εισόδου απόπειρα αυτοκτονίας



**Εικόνα 8b.** Η υπερβολική χρήση διαδικτύου χαρακτηρίζει περισσότερο την ομάδα παιδιών με απόπειρα αυτοκτονίας



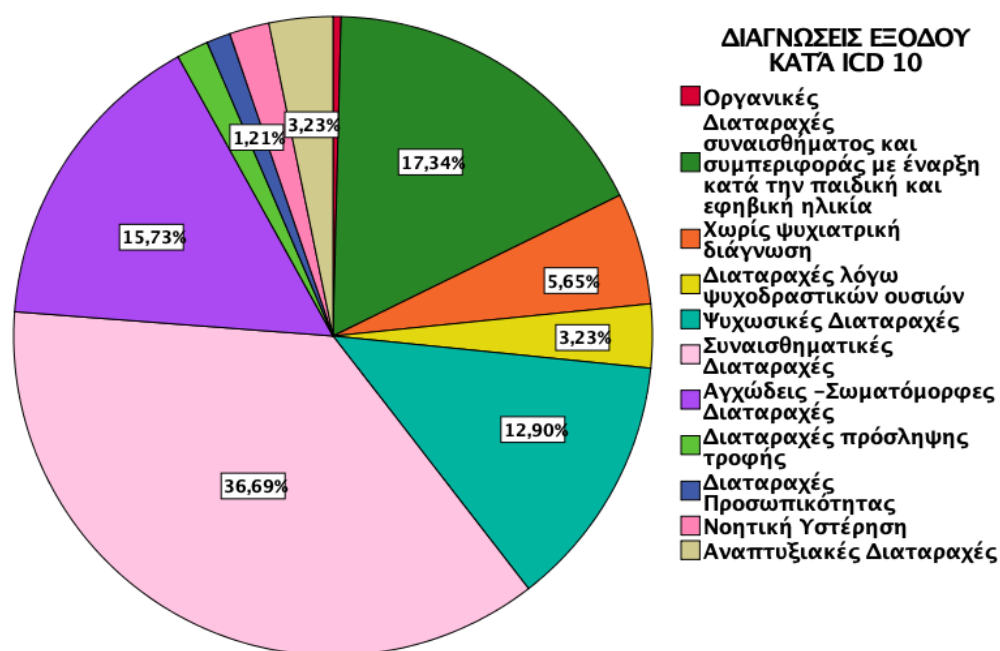
**Εικόνα 8c.** Η συνταγογράφηση μετανοσοκομειακής αγωγής κάλυψε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με απόπειρα σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών χωρίς απόπειρα αυτοκτονίας



**Εικόνα 8d.** Η συνταγογράφηση αντιψυχωσικών μετανοσοκομειακά κάλυψε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με απόπειρα σε αντίθεση με την ομάδα ασθενών χωρίς απόπειρα αυτοκτονίας

## Διάγνωση εξόδου – Θεραπευτικές παρεμβάσεις

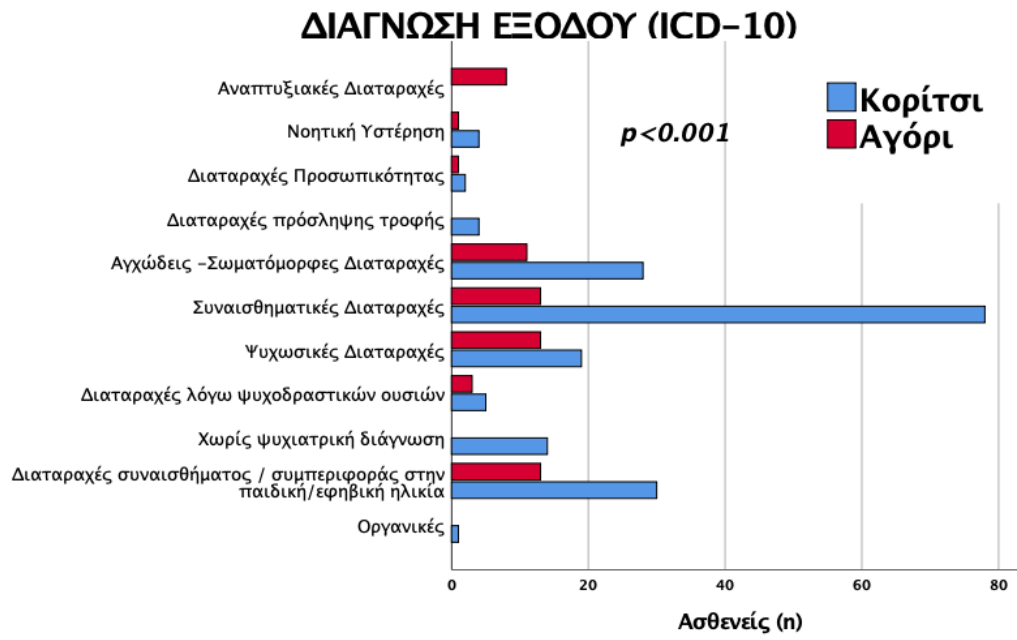
Οι τελικές διαγνώσεις εξόδου ανά ηλικιακή ομάδα καθώς και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στη διάρκεια της νοσηλείας και η φαρμακευτική μετα-νοσοκομειακή αγωγή παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Συχνότερη διάγνωση εξόδου κατά ICD ήταν οι συναισθηματικές διαταραχές και οι διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς με έναρξη κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία (Εικόνα 9a). Συχνότερες διαγνώσεις στα κορίτσια ήταν οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές συναισθήματος – συμπεριφοράς με έναρξη στην παιδική / εφηβική ηλικία» καθώς και οι σωματόμορφες αγχώδεις διαταραχές (Εικόνα 9b. Στα αγόρια εξ ίσου υψηλά ποσοστά με τις παραπάνω διαταραχές είχαν οι ψυχωτικές και αναπτυξιακές διαταραχές ( $p < 0.001$ ).



**Εικόνα 9a.** Κατανομή συχνότητων των διαγνώσεων εξόδου κατά ICD των ασθενών της μελέτης.

**Πίνακας 6.** Διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια νοσηλείας και μετα-νοσοκομειακά

Διάγνωση - θεραπεία	Ηλικιακές ομάδες				p value
	0 έως 10	11 έως 14	15 έως 17	Σύνολο	
<b>Διάγνωση Εξόδου</b>	<b>n (%)</b>				
• Διαταραχές συναισθήματος/συμπεριφοράς με έναρξη κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία	1 (0,4)	13 (5,2)	29 (11,6)	43 (17,2)	0,001
• Οργανικές Διαταραχές	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	□
• Ψυχωσικές Διαταραχές	1 (0,0)	5 (2,0)	27 (10,8)	32 (12,9)	□
• Διαταραχές προσωπικότητας	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,8)	3 (1,2)	□
• Νοητική Υστέρηση	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,0)	5 (2,0)	□
• Αναπτυξιακές Διαταραχές	1 (0,4)	3 (1,2)	4 (1,6)	8 (3,2)	□
• Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής	0 (0,0)	4 (1,6)	0 (0,0)	4 (1,6)	□
• Διαταραχές λόγω ψυχοδραστικών ουσιών	0 (0,0)	2 (0,8)	6 (2,4)	8 (3,2)	□
• Συναισθηματικές διαταραχές	1 (0,4)	26 (10,4)	64 (25,7)	91 (36,5)	□
• Αγχώδεις -Σωματόμορφες Διαταραχές	0 (0,0)	13 (5,2)	26 (10,4)	39 (15,6)	□
• Χωρίς Ψυχιατρική Διάγνωση	0 (0,0)	10 (4,0)	4 (1,6)	14 (5,6)	□
<b>Φάρμακα κατά τη νοσηλεία</b>					
• Λήψη Αντιψυχωσικών	1 (0,7)	58 (23,5)	147 (59,5)	206 (83,7)	<b>0,003</b>
• Λήψη αντικαταθλιπτικών	0 (0,0)	35 (14,2)	70 (28,3)	105 (42,5)	
<b>Μέτρα περιορισμού επιθετικής_συμπεριφοράς</b>					
• Σοβαρή με ανάγκη για φυσικό περιορισμό	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,8)	4 (1,6)	0,66
• Χημική καθήλωση	0 (0,0)	1 (0,4)	2 (0,8)	3 (1,2)	
• Φυσική και χημική καθήλωση	0 0,0)	1 (0,8)	5 (2,0)	6 (2,8)	
<b>Φάρμακα μετά τη νοσηλεία</b>					
• Λήψη Αντιψυχωσικών	1 (0,4)	58 (23,5)	144 (58,3)	203 (82,2)	<b>0,01</b>
• Λήψη αντικαταθλιπτικών	0 (0,0)	30 (12,1)	61 (24,7)	91 (36,8)	0,386



**Εικόνα 9b.** Κατανομή των διαγνώσεων εξόδου κατά ICD ανά φύλο

## Συζήτηση

Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή των δημογραφικών, κοινωνικών, ψυχοπαθολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών ενός δείγματος νοσηλευόμενων παιδιών και εφήβων που εισήχθησαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του ΠΑΓΝΗ. Ένας σημαντικός αριθμός περιστατικών έχει νοσηλευτεί στην ΠΔΨ κλινική του ΠΑΓΝΗ, με τον αριθμό τους να αυξάνει σταδιακά κατ' έτος παρά την ολιγόχρονη πορεία της κλινικής (από 01/02/2015). Το αποτέλεσμα αυτό, αν και περιορίζεται σε μια περιφέρεια, βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας που τονίζουν την αύξηση των ψυχιατρικών εισαγωγών και θεραπειών στους εφήβους (Di Lorenzo et al., 2016; Pittsenbarger et al., 2013).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό (39%) αφορούσε επανεισαγωγές, γεγονός που βρίσκεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες, που επιβεβαιώνουν ότι ποσοστό 31% των εισαγωγών σε ψυχιατρικές εγκαταστάσεις παιδιών και εφήβων αφορά επανεισαγωγές (Barker et al., 2010; Arnold et al., 2003; Bobier et al., 2005). Αυτό οφείλεται, στο γεγονός πως πολλές ψυχιατρικές διαταραχές έχουν χρόνια ή υποτροπιάζουσα πορεία, π.χ. σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή. Κατά συνέπεια, παρά την επιτυχημένη αντιμετώπιση ενός επεισοδίου, η υποτροπή είναι πολύ πιθανή. Το ίδιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι η διάρκεια της ψυχικής νόσου μπορεί να είναι μεγάλη (πχ η συνηθισμένη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου σε εφήβους που αντιμετωπίζεται ενδονοσοκομειακά είναι 5-8 μήνες) (Birmaher et al., 2002). Διάφοροι άλλοι παράγοντες έχουν επίσης συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα επανεισαγωγής με ισχυρότερο το ιστορικό αυτοτραυματισμών (Van Alphen et al., 2018). Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως, σύμφωνα με τους Geller et al., (2006) οι παιδοψυχιατρικές κλίνες κοστίζουν περισσότερο στις υγειονομικές υπηρεσίες, από τις ψυχιατρικές κλίνες των ενηλίκων. Συνεπώς, οι παιδοψυχιατρικές επανεισαγωγές αποτελούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση για τους προϋπολογισμούς υγείας.

Στο δείγμα της μελέτης μας επισημαίνεται η αριθμητική υπεροχή των κοριτσιών (107) έναντι των αγοριών (45), γεγονός το οποίο φαίνεται να έρχεται σε συμφωνία και με τη μελέτη των Barker et al. (2010), όπου επίσης τα κορίτσια υπερέχουν αριθμητικά στις εισαγωγές έναντι των αγοριών. Το υψηλό ποσοστό κοριτσιών πιθανώς αντανακλά το γεγονός ότι οι εισαγωγές εφήβων αφορούσαν συνήθως ασθενείς με προβλήματα αυτοτραυματισμού, αποπειρών, και ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού, προβλήματα που συνηθέστερα εκδηλώνουν έφηβα κορίτσια. Επιπλέον η συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης αυξάνεται δραματικά σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας σε σχέση με τα αγόρια.

Στο δείγμα της μελέτης μας ένα ποσοστό 82,66% των εισαγωγών έγινε με προτροπή ή αίτημα των γονέων για νοσηλεία, και με τη συγκατάθεσή τους, ενώ ένα ποσοστό 17,34%

αφορούσε εισαγωγές που έγιναν μέσω εισαγγελικής εντολής. Από τα δεδομένα μας φάνηκε πως η εισαγγελική εντολή είχε σημαντικά συχνότερη εφαρμογή στην ομάδα των αγοριών, γεγονός που βρίσκεται σε συμφωνία με τη μελέτη των Hanssen-Bauer et al. (2011) στη Νορβηγία, όπου το 67% των εισαγωγών των εφήβων ήταν εθελοντικές έναντι του 33% που ήταν αναγκαστικές, με υπεροχή των αγοριών στις αναγκαστικές νοσηλείες. Το γεγονός ότι υπερτερούν τα αγόρια σε εισαγωγή με εισαγγελική εντολή θα μπορούσε να οφείλεται στη μεγαλύτερη συχνότητα εναντιωματικών εκδηλώσεων και διαταραχών συμπεριφοράς στα αγόρια, ή στη μεγαλύτερη συχνότητα ψυχωσικών διαταραχών, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μειωμένη επίγνωση του νοσηρού της κατάστασής τους.

Το φύλο μαζί με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας ανατροφής (σκληρές και ασυνεπείς μέθοδοι πειθάρχησης από γονείς, έλλειψη ζεστής σχέσης, μειωμένη επίβλεψη, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, ανασφαλής δεσμός με φροντιστές), είναι οι ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για τις διαταραχές συμπεριφοράς. Σε όλες τις μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, τόσο η συχνότητα όσο και η βαρύτητα αυτών των συμπεριφορών ήταν μεγαλύτερη σε αγόρια από ότι σε κορίτσια. Ειδικά στην εφηβεία, η διαφορά αυτή αυξάνεται (από αναλογία 2:1 σε μικρά παιδιά, γίνεται 3-7:1 στην εφηβική ηλικία) (Moffitt et al., 2001). Κατά συνέπεια, είναι αναμενόμενη η υπεροχή των αγοριών σε διαγνώσεις διαταραχών συμπεριφοράς γεγονός που αναδείχτηκε στο δείγμα της μελέτης αυτής. Έχουν διατυπωθεί διάφορες εξηγήσεις για τη διαφορά των φύλων ως προς τις διαταραχές συμπεριφοράς (ιδιοσυγκρασιακές διαφορές αγοριών και κοριτσιών όπως η υψηλότερη παρορμητικότητα, μειωμένος αυτοέλεγχος στα αγόρια, κοινωνικοί λόγοι όπως διαφορετικές προσδοκίες συμπεριφοράς και μέθοδοι ανατροφής στα δύο φύλα) (Morgado et al., 2016). Ανεξαρτήτως των αιτιών, η διαφορά μεταξύ των φύλων στις αντικοινωνικές συμπεριφορές είναι ένα εύρημα πολλαπλώς και διεθνώς επιβεβαιωμένο και θα ήταν απορίας άξιο εάν δεν αποτυπωνόταν και στη δική μας μελέτη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, η πλειονότητα των ασθενών των οποίων οι γονείς εμφάνισαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή, παρουσίαζαν αυτοκτονική συμπεριφορά, μεταξύ των ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά, τα ποσοστά των γονιών που παρουσίαζαν ψυχική διαταραχή ήταν ιδιαίτερος υψηλά. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ένα οικογενειακό πλαίσιο με ψυχικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ευπάθεια για ψυχιατρικές ασθένειες στα παιδιά και εφήβους (Di Lorenzo et al., 2016). Η συσχέτιση αυτή έχει αποδοθεί τόσο σε γενετικούς όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών των γονιών, ιδιαίτερη σημασία έχουν η κατάχρηση ουσιών και εθισμοί, παράγοντες οι οποίοι επίσης έχουν ενοχοποιηθεί ότι συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχιατρικής ασθένειας παιδιών και εφήβων (Chiou et al., 2006).

Η πλειονότητα των ασθενών είχε ένα κανονικό διανοητικό επίπεδο, αν και όπως έδειξαν οι στατιστικές αναλύσεις, τα αγόρια παρουσίασαν τις χειρότερες σχολικές επιδόσεις σε σύγκριση

με τα κορίτσια, γεγονός που έχει αναφερθεί και στην μελέτη των Di Lorenzo et al., (2016). Σύμφωνα με την μελέτη μας, η κύρια αιτία εισαγωγής ήταν οι άλλες μορφές αυτοκτονικότητας πλην την απόπειρας αυτοκτονίας (32%), δηλαδή ο ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός, σχέδιο αυτοκτονίας καθώς και οι αυτοτραυματισμοί χωρίς ρητή αυτοκτονική πρόθεση, ενώ υψηλά ποσοστά ως αιτία εισόδου παρουσίασαν οι απόπειρες αυτοκτονίας (26%). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Πίνακας 7), όπου οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν ο κύριος λόγος παραπομπής σε ποσοστό 24,5% (Boyer et al., 2013), ενώ παράλληλα σύμφωνα με μελέτη των Borschmann et al., (2018), που διεξήχθη στην Αυστραλία, το ποσοστό των εισαγωγών των εφήβων με αυτοκτονική συμπεριφορά σε ψυχιατρική δομή άγγιζε το 78,2%. Εντυπωσιακό είναι το εύρημα της Νορβηγικής μελέτης των Hanssen-Bauer et al., (2011), στην οποία η κυριότερη αιτία εισαγωγής σε ποσοστό 58% ήταν καταστάσεις που σχετίζονται με την αυτοκτονία (απόπειρα αυτοκτονίας, ειδικά σχέδια αυτοκτονίας ή αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο). Επίσης, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν ο βασικός λόγος προσέλευσης στο 39% των ασθενών στη μελέτη των Santiago et al., (2006) και 47% στη μελέτη των Grupp-Phelan et al., (2009).

**Πίνακας 7.** Συγκριτικά ποσοστά αποπειρών και αυτοκτονικότητας στην παρούσα μελέτη και διεθνείς μελέτες σε παιδιά και εφήβους σε διαφορετικές περιοχές του κόσμου.

Αιτία εισαγωγής (%)	Κρήτη	Αυστραλία	Γαλλία	Ιταλία	Νορβηγία	Νέα Υόρκη	Ταϊβάν
Απόπειρα	23,7%		24,5%		10%		25,7%
Αυτοκτονικότητα (άλλες μορφές)	28,9%	78,2%		22,86%	48%	47%	9,2%

Στην παρούσα μελέτη, οι τρόποι απόπειρας, χαρακτηριζόμενοι ως βίαιοι (20-34,5%) ή ως μη βίαιοι (38-65,6%), δεν διέφεραν στατιστικά μεταξύ των δύο φύλων. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες (Persett et al., 2018) οι οποίες υποστηρίζουν ότι σημαντικά περισσότερα αγόρια χρησιμοποιούν βίαιες μεθόδους σε σύγκριση με κορίτσια. Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι συνολικά ο αριθμός των βίαιων αποπειρών αυτοκτονίας ήταν σχετικά μικρός στο δείγμα μας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αποτυπωθεί η συσχέτισή του με το άρρεν φύλο. Επίσης, οι ασθενείς που προσήλθαν για απόπειρα αυτοκτονίας με βίαιο τρόπο, δεν είχαν συχνότερη εκδήλωση ψυχωτικών επεισοδίων, σε αντίθεση με την έρευνα των Persett et al., (2018). Η διάρκεια νοσηλείας ωστόσο, στην παρούσα μελέτη, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στις βίαιες απόπειρες (36±5 vs. 19±3 ημέρες νοσηλείας), διαφορά που συμφωνεί με τις παραπάνω έρευνες, όπου αναφέρεται πως η παραμονή στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς με βίαιη συμπεριφορά απόπειρας συγκριτικά με ασθενείς με μη βίαιους μεθόδους.



Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με προηγούμενη μελέτη, η προτίμηση των μεθόδων απόπειρας αυτοκτονίας διέφερε ανάλογα με το φύλο. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η υπερβολική λήψη φαρμάκων (58,33%), οι πτώσεις από ύψος (13,33%), και η δηλητηρίαση με τοξικούς παράγοντες όπως τα απορρυπαντικά (6,67%) καταγράφηκαν ως τα κύρια μέσα αυτοκτονίας στον υπό μελέτη πληθυσμό. Όπως και στην παρούσα μελέτη έτσι και στην μελέτη των Boyer et al., (2013), παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά αυτοδηλητηρίασης που αγγίζουν το 87,9% του συνολικού αριθμού αποπειρών. Σύμφωνα με την μελέτη των Chiou et al., (2006), τα κορίτσια επιλέγουν ως επί το πλείστον αυτοτραυματισμό και λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων. Τα αγόρια, αν και έχουν σημαντικά μικρότερα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας, επιλέγουν μεθόδους απόπειρας με υψηλότερη θνητότητα, οι οποίες αφορούν κυρίως πτώση από ύψος, προσχεδιασμένη εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα και απαγχονισμό (Evans et al., 2005).

Τα δύο φύλα επηρεάζονται ιδιαίτερα από πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα στην οικογένεια, φίλους ή το σχολείο. Τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα στην κακοποίηση, ενώ τα αγόρια στη μετανάστευση. Στην μελέτη μας βρέθηκε πως προβλήματα στην οικογένεια ή με φίλους συνδέονται με μεγαλύτερα ποσοστά απόπειρας (50%) έναντι των ποσοστών άλλων πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων (13-30%), ανεξαρτήτως φύλου. Η σημασία του σχολικού περιβάλλοντος και προβλημάτων που απορρέουν από αυτό τονίζεται ιδιαίτερα στη μελέτη των Chiou et al., (2006), όπου ο συνηθέστερος ψυχοπιεστικός παράγοντας ήταν τα σχολικά προβλήματα (46%), που μάλιστα περιλάμβαναν άγχος που συνδέεται με την ακαδημαϊκή επίδοση (32%). Οι έφηβοι, εάν δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις πολλές πιέσεις από το σχολείο, όπως η ακαδημαϊκή απόδοση και τα διαπροσωπικά προβλήματα, μπορεί να νοιώσουν απογοητευμένοι και αβοήθητοι και να είναι πιο ευάλωτοι σε συναισθηματικά προβλήματα και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Μια άλλη μελέτη στη Ν. Ζηλανδία για τους παράγοντες που οδηγούν σε σοβαρές προσπάθειες αυτοκτονίας μεταξύ των νέων ηλικίας 13-24 ετών έδειξε ότι οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και οι δυσκολίες σχέσεων αντιπροσώπευαν το 50% των αποπειρών αυτοκτονίας και μόνο το 6% αφορούσαν σχολικά προβλήματα (Beautrais et al., 1997). Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι η επόμενη ψυχοπιεστική κατάσταση που επηρεάζει τους εφήβους είναι τα οικογενειακά προβλήματα (32%). Το γεγονός ότι μεταξύ των οικογενειακών προβλημάτων, η σύγκρουση γονέα παιδιού είναι ο κύριος παράγοντας απόπειρας αυτοκτονίας, οδηγεί στο συμπέρασμα πως η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας του παιδιού, διαπίστωση που αποτυπώνεται και στα αποτελέσματα της μελέτης των Chiou et al., (2006).

Ενδιαφέρουσες διαφορές προέκυψαν στην παρούσα μελέτη μεταξύ των φύλων όσον αφορά τις διαγνώσεις εξόδου. Οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η

διπολική διαταραχή, οι «διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς συνήθως με έναρξη κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία» και οι αγχώδεις διαταραχές ήταν πιο συνηθισμένες στα κορίτσια, με το εύρημα αυτό να προκύπτει έμμεσα και από άλλες μελέτες (Di Lorenzo et al., 2016). Αντίθετα, τα αγόρια στη παρούσα μελέτη είχαν ως συνηθέστερες διαγνώσεις εξόδου ψυχωτικές και αναπτυξιακές διαταραχές.

Η διαφορά υπέρ των κοριτσιών στις συναισθηματικές διαταραχές αντανακλά το επιβεβαιωμένο συμπέρασμα ότι από την εφηβεία και μετά η αναλογία κοριτσιών προς αγόρια με κατάθλιψη είναι 2:1. Οι λόγοι της διαφοράς αυτής δεν είναι σαφείς, αλλά θεωρείται ότι βιολογικοί, κοινωνικοί και γνωστικοί λόγοι αλληλοεπιδρούν, αυξάνοντας την ευαλωτότητα των κοριτσιών. Πιο συγκεκριμένα, έχουν γίνει υποθέσεις για τον ρόλο της ιδιοσυγκρασίας (υψηλότερος νευρωτισμός), της προσωπικότητας (μεγαλύτερη εξάρτηση, έμφαση στις σχέσεις), βιολογίας (ορμόνες φύλου), γνωστικού στιλ (αναμάσημα σκέψεων, ρόλος εικόνας σώματος) και κοινωνικών παραγόντων (σεξουαλική κακοποίηση, πίεση για να συμμορφωθούν με στερεότυπα φύλου) (Hyde et al., 2008).

Είναι αξιοσημείωτα υψηλό το ποσοστό των νοσηλευόμενων που έλαβαν αντιψυχωτικό στην αγωγή τους κατά τη διάρκεια νοσηλείας (83,7%) τους, καθώς και αυτοί που εξέρχονται με αντιψυχωτικό στην αγωγή τους (82,2%). Το ποσοστό είναι σε αντιστοιχία με κάποιες από τις μελέτες σε άλλες χώρες. Τα αντιψυχωτικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε καταστάσεις, όπως στη σχιζοφρένεια και τις σχετιζόμενες διαταραχές (ψυχώσεις), στη διπολική διαταραχή για τη μείωση των μανιακών συμπτωμάτων και ως σταθεροποιητές της διάθεσης, στη ψυχωτική κατάθλιψη, με στόχο τη μείωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, στην ανθεκτική κατάθλιψη, ως επικουρικό φάρμακο μαζί με αντικαταθλιπτικά, στον αυτισμό και τη σοβαρή νοητική υστέρηση για αντιμετώπιση της ευερεθιστότητας, στις σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς για μείωση της ευερεθιστότητας, στο σύνδρομο Tourette ως συμπτωματικό μέτρο για μείωση των τικ (Rutter et al., 2011). Ιδιαίτερος υψηλή είναι η χρήση αντιψυχωτικών σε νοσηλευόμενους με κατάθλιψη και με αυτοκτονικότητα. Μία από τις δυναμικές στρατηγικές σε ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης είναι η χορήγηση αντιψυχωτικού φαρμάκου ως επικουρικό φάρμακο και φαίνεται ότι αυτή είναι η στρατηγική που επιλέγεται κατά κύριο λόγο στη συγκεκριμένη κλινική (πχ όταν έχει αποτύχει η μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικό). Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η αυτοκτονικότητα, πολλές φορές συνυπάρχουν με σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς (ευερεθιστότητα, παρορμητικότητα), για τον έλεγχο των οποίων χορηγούνται αντιψυχωτικά (Pradeep et al., 2016)

## Περιορισμοί της μελέτης

Η έναρξη λειτουργίας της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στην οποία διεξήχθη η παρούσα έρευνα τοποθετείται στις 1/2/2015. Η συγκεκριμένη Κλινική είναι η μοναδική Κλινική στην Κρήτη και είναι μεικτή με πλειάδα διαφορετικών περιστατικών, αφού νοσηλεύονται παιδιά από 7 χρονών έως 11 και έφηβοι ηλικίας 12 έως 18 χρονών, κλιμακούμενης σοβαρότητας.

Περιορισμός της μελέτης αποτελείτο γεγονός ότι το δείγμα προήλθε από μια νεοσύστατη κλινική, κατά συνέπεια το δείγμα των νοσηλευόμενων σε αυτήν μπορεί να διαφέρει από αυτό που θα αναμενόταν σε μια κλινική που λειτουργεί για αρκετό χρονικό διάστημα. Επιπλέον δεν είναι γνωστό εάν υπάρχει διαρροή περιστατικών προερχόμενων από την Περιφέρεια Κρήτης για νοσηλεία σε άλλες Παιδοψυχιατρικές κλινικές στην Ελλάδα, άρα μπορεί ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται να μην είναι αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού της Περιφέρειας. Ένας επιπλέον περιορισμός της μελέτης συνίστανται στον αναδρομικό σχεδιασμό της, ο οποίος περιορίζεται σε έναν μόνο τοπικό χώρο υγείας, με ένα δείγμα που δεν είναι αρκετά μεγάλο για να επιτρέπει οριστικά και γενικευμένα συμπεράσματα.

Ωστόσο, μπορεί το δείγμα της παρούσας μελέτης να είναι μικρό ώστε να συγκριθεί με πολυετείς και πολυκεντρικές αντίστοιχες μελέτες, δεν παύει όμως να αναδεικνύει τα κύρια χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες των ασθενών που νοσηλεύονται σε μια Παιδοψυχιατρική Κλινική τη δεδομένη χρονική περίοδο, καθώς και την αυξητική τάση των ψυχιατρικών νοσηλειών στα παιδιά και τους εφήβους.

## **Μέλλον και προοπτικές εξέλιξης της μελέτης**

Με την παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα πρώτα πιλοτικά αποτελέσματα, που προκύπτουν από τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην ΠΔΨ κλινική του ΠΑΓΝΗ. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη σχεδιασμού και λήψης προληπτικών παρεμβατικών μέτρων στο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον παιδιών και εφήβων στη χώρα μας, με στόχο την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ψυχιατρικών νόσων στις ευαίσθητες αυτές ηλικιακές ομάδες και την εξειδικευμένη παρέμβαση.

Για να βγουν ασφαλή συμπεράσματα, απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και συγκριτική μελέτη. Επιπλέον, πρέπει να γίνει μία οργανωμένη προσπάθεια στην οποία θα συμμετέχουν όλες οι εγχώριες ΠΔΨ, ώστε να αποτυπωθούν τα ψυχιατρικά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων, να συγκριθούν τα αποτελέσματα και να ληφθούν μέτρα σε εθνικό επίπεδο. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει έναυσμα ώστε να πραγματοποιηθούν ταυτόχρονες μελέτες στις περισσότερες ΠΔΨ που καλύπτουν τον Ελλαδικό και Ευρωπαϊκό γεωγραφικό χώρο.

## Συμπεράσματα

Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας επιβαρύνουν σημαντικά την κοινωνία, με ανθρώπινους και οικονομικούς όρους. Πολλές από αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι πρόδρομοι άλλων πολύ σοβαρότερων ασθενειών στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Η ψυχική υγεία θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα, στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στην προαγωγή υγείας. Άλλωστε, όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), κανένας δεν είναι «άνοσος» στις ψυχικές διαταραχές.

Προβλήματα σχέσεων στην οικογένεια και με φίλους αποτελούν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για απόπειρες, ιδιαίτερα σε παιδιά με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες. Η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού και στα δύο φύλα. Εντούτοις, διαφορετικές είναι οι εκδηλώσεις ψυχιατρικών νοσημάτων, καθώς και οι λόγοι και τρόποι εισαγωγής σε ΠΔΨ Κλινική στα αγόρια και στα κορίτσια.

Λόγω των αυξανόμενων ποσοστών ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, είναι ζωτικής σημασίας η προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων φορέων που εμπλέκονται στη διαχείρισή τους, καθώς και η ανάπτυξη μιας Εθνικής Στρατηγικής για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (National Strategy for Suicide Prevention) με δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να έχουν ως σκοπό: 1) τη βελτίωση της αναγνώρισης και αντιμετώπισης του κινδύνου αυτοκτονίας από τα βασικά πρόσωπα φροντίδας, 2) την εκπαίδευση των οικογενειών για τον κίνδυνο ψυχικής διαταραχής, 3) την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης στην κρίση, 4) προγραμμάτων υποστήριξης συνομηλίκων στα σχολεία (peer support programs) για την εξάλειψη της ψυχικής δυσφορίας των παιδιών και των εφήβων καθώς επίσης και περιστατικών bullying.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Anagnostopoulos, D., Soumaki, E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23, 13.
- Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M., Sinodinou, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 28, 19-27.
- Arnold, E.M., Goldston, D.B., Ruggiero, A., Reboussin, B.A., Daniel, S.S., Hickman, E.A. (2003). Rates and predictors of rehospitalization among formerly hospitalized adolescents. *Psychiatric Services*, 54, 994-998.
- Barker, D., Jairam, R., Rocca, A., Goddard, L., Matthey, S. (2010). Why do adolescents return to an acute psychiatric unit?. *Australasian Psychiatry*, 18(6), 551-555.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1543-51.
- Birmaher, B., Arbelaez, C., Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 619-637.
- Bobier, C., Warwick, M. (2005). Factors associated with readmission to adolescent psychiatric care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 600-606.
- Borschmann, R., Stark, P., Prakash, C., Sawyer, S.M. (2018). Risk profile of young people admitted to hospital for suicidal behaviour in Melbourne, Australia. *Journal of paediatrics and child health*. 54 (11), 1213-1220.
- Boyer, L., Henry, J.M., Samuelian, J.C., Belzeaux, R., Auquier, P., Lancon, C., Da Fonseca, D. (2013). Mental disorders among children and adolescents admitted to a French psychiatric emergency service. *Emergency medicine international*, ID 651530, 1-7.
- Bremner, J.D., Bolus, R., Mayer, E.A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211-218.
- Brent, D.A., Perper, L.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Alla, M.J., Allman, C.J., et al. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arc Gen Psychiatry*, 45(6), 581-8.
- Brundtland, G.H. (2001). Mental health: new understanding, new hope. *Jama*, 286, 2391-2391.
- Chiou, P.N., Chen, Y.-S., Lee, Y.-C. (2006). Characteristics of Adolescent Suicide Attempters Admitted to an Acute Psychiatric Ward in Taiwan. *Journal of the Chinese Medical Association*, 69(9), 428-435.

- Dazzi, F., Picardi, A., Orso, L., Biondi, M. (2015). Predictors of inpatient psychiatric admission in patients presenting to the emergency department: the role of dimensional assessment. *General hospital psychiatry*, 37, 587-594.
- Di Lorenzo, R., Cimino, N., Di Pietro, E., Pollutri, G., Neviani, V., Ferri, P. (2016). A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 191.
- Edelsohn, G.A., John-Paul, G. (2006). Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolescent medicine clinics*, 17, 183.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 45- 58.
- Geller, J.L., Biebel, K. (2006). The premature demise of public child and adolescent inpatient psychiatry beds; part I; overview and current conditions. *Psychiatric Quarterly*, 77, 251-271.
- Hage, S., van Meijel, B., Fluttert, F., Berden, G. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 661-669.
- Hanssen-Bauer, K., Heyerdahl, S., Hatling, T., Jensen, G., Olstad, P. M., Stangeland, T., et al. (2011). Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome. *International journal of mental health systems*, 5(1), 1.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.
- Grupp-Phelan, J., Mahajan, P., Foltin, G. L., Jacobs, E., Tunik, M., Sonnett, M., Miller, S., Dayan, P., (2009). Referral and resource use patterns for psychiatric-related visits to pediatric emergency departments. *Pediatric emergency care*, 25(4), 217-220.
- Katz, S., Al-Mateen, C., Clark, G., Flaherty, L., Keill, S., Schut, J., Trench, J., Lefley, H., Schnibbe, H., Gers, S. (1994). Guidelines for psychiatric practice in public sector psychiatric inpatient facilities. *American Journal of Psychiatry*, 151, 797-798.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378, 1457-1458.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., et al. (2018). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385.
- Klassen, S.A., Chirico, D., O'Leary, D.D., Cairney, J., Wade, T.J. (2016). Linking systemic arterial stiffness among adolescents to adverse childhood experiences. *Child abuse & neglect*, 56, 1-10.

- Le Grange, D., Swanson, S.A., Crow, S.J., Merikangas, K.R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 711-718.
- Santiago, L. I., Tunik, M. G., Foltin, G. L., & Mojica, M. A. (2006). Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatric emergency care*, 22(2), 85-89.
- Lopez, A.D., Murray, C.J. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health Cambridge, Mass.
- Maddoux, J., Symes, L., McFarlane, J., Koci, A., Gilroy, H., Fredland, N. (2014). Problem-solving and mental health outcomes of women and children in the wake of intimate partner violence. *Journal of environmental and public health*, ID 708198, 1-7
- Manning, J.C., Walker, G.M., Carter, T., Aubeeluck, A., Witchell, M., Coad, J. (2018). Children and Young People-Mental Health Safety Assessment Tool (CYP-MH SAT) study: Protocol for the development and psychometric evaluation of an assessment tool to identify immediate risk of self-harm and suicide in children and young people (10–19 years) in acute paediatric hospital settings. *BMJ open* 8, e020964.
- Mattioni, T., Di Lallo, D., Roberti, R., Miceli, M., Stefani, M., Maci, C., Perucci, C. (1999). Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 425-431.
- McLaughlin, S., Bailey, D., Bonner, G., Canning, C. (2014). Improving confidence in suicide risk assessment. *Nursing times*, 110, 16-18.
- Moffitt, T.E., Rutter, M., Silva, P.A. (2001). *Sex Differences in Antisocial Behaviour: Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/CBO9780511490057>
- Morgado, A.M., Vale-Dias, M. (2016). Adolescent Antisocial Behaviour: A Comparative Analysis of Male and Female Variables Related to Transgression. 2nd International Conference on Health and Health Psychology.
- Parsaik, A.K., Abdelgawad, N., Chotalia, J.K., Lane, M.D., Pigott, T.A., (2017). Early-Life Trauma in Hospitalized Patients with Mood Disorders and Its Association with Clinical Outcomes. *Journal of Psychiatric Practice*, 23, 36-43.
- Pittsenbarger, Z.E., Mannix, R. (2014). Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illnesses. *Acad Emerg Med*, 21(1), 25–30.
- Persett, P.S., Grimholt, T. K., Ekeberg, O., Jacobsen, D., Myhren, H. (2018). Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate



- self-poisoning- a study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. *BMC Psychiatry*, 18(1).
- Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M.L., Navarro, P., Bremner, J.D., Valdes, M., Garcia-Esteve, L., (2011). Validation and Test-Retest Reliability of Early Trauma Inventory in Spanish Postpartum Women. *The Journal of nervous and mental disease*, 199, 280-285.
- Pradeep, R., Florian, D.Z., Chakrabarti, I., Sigalas, P. (2016). Atypical antipsychotic prescribing patterns amongst Child and Adolescent Mental Health Services clinicians in a defined National Health Service Trust. *Translational Developmental Psychiatry*, 4(1), 28537.
- Puskar, K.R., Bernardo, L., Hatam, M., Grabiak, B.R. (2006). Self-cutting behaviors in adolescents. *Journal of Emergency Nursing*, 32(5), 444-6.
- Rutter, M. J., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., Thapar, A. (2011). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M.E., Lahey, B.B., Bourdon, K., Jensen, P.S., Bird, H.R. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Skellern, C.Y. (2015). Child protection: a 50-year perspective. *Journal of paediatrics and child health*, 51(1), 87-90.
- Van Alphen, N.R., Steward, J. G., Esposito, E. C., Pridgen, B., Gold, J., Auerbach, R. P., et al. (2017). Predictors of Rehospitalization for Depressed Adolescents Admitted to Acute Psychiatric Treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5), 592-598.
- Völkl-Kernstock, S., Huemer, J., Jandl-Jager, E., Abensberg-Traun, M., Marecek, S., Pellegrini, E., Plattner, B., Skala, K. (2016). Experiences of domestic and school violence among child and adolescent psychiatric outpatients. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 691-695.
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva. World Health Organization.
- Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., Λαζαράτου, Ε., Γιαννακόπουλος, Γ. (2016). *Κλινικά Φροντιστήρια*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 28(2).
- Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α.(2010). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Γεωργουσόπουλου, Β. (2017). *Επιδημιολογική Μελέτη Παιδιών που εισήχθησαν στο ΓΝΠ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» κατόπιν Εισαγγελικής Παραγγελίας λόγω Κακοποίησης ή/και Παραμέλησης*. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

- Καλαντζή - Αζίζι, Α., Σοφianoπούλου, Α. (2016). Γνωσιακή –συμπεριφοριστική θεραπεία παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Κολαΐτης, Γ. (2012). Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή. Ψυχιατρική 23, Παράρτημα I, 94-100.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε. (2010). Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 1-8.
- Λαζαράτου, Ε., Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2001). Εφηβεία και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(5), 466-474.
- Λυκούρας, Ε., Σολδάτος, Ρ.Κ., Ζέρβας, Γ. (2012). Διασυνδετική Ψυχιατρική. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Μυλωνάς, Π. (2009). Διαδίκτυο και εξάρτηση, Μεταπτυχιακή εργασία στα Πληροφοριακά Συστήματα, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2011). Ταξινόμηση ICD - 10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. BHTA MEDICAL ARTS.
- Χαντζή, Χ., Χουντουμάδη, Α., Πατεράκη, Λ. (2000). Άσκηση βίας από μαθητές προς μαθητές στον χώρο του δημοτικού σχολείου. Αθήνα. Παιδί- Έφηβος.