ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

# ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# Καταγραφή αναγκών και δομών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην 7η Υ.ΠΕ.

**Παρασκευάκη Αλεξάνδρα**
**Κοινωνική Λειτουργός**

**Επιβλέποντες:** **Κος Μπίτσιος Παναγιώτης**
**Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**Κος Φιλαλήθης Αναστάσιος**
Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

*Ηράκλειο, Μάρτιος 2014*

© 2014
Παρασκευάκη Αλεξάνδρα
ALL RIGHTS RESERVED

# Ευχαριστίες

Πάντα πίστευα ότι η γνώση αλλά και η συνεχιζόμενη μάθηση οφείλει να ακολουθεί κάθε ευσυνείδητο επαγγελματία υγείας. Γι' αυτό θα επιλέξω σε αυτό το σημείο να δοθεί λίγος χώρος, ώστε να ευχαριστήσω όλους αυτούς που μου έδωσαν την δυνατότητα απόκτησης εφοδίων με άμεσο αποτέλεσμα την καλυτέρευση των υπηρεσιών που προσφέρω ως επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Αρχικά λοιπόν, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλη την συντονιστική επιτροπή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών που με επέλεξε, κι έτσι μου έδωσε την ευκαιρία να κάνω ένα όνειρο ζωής πραγματικότητα. Εν συνεχεία ευχαριστώ θερμά τον κο Παναγιώτη Μπίτσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, για τον προσωπικό χρόνο που διέθεσε, την αμέριστη υποστήριξή του, την καθοδήγηση και επίβλεψη του από τα πρώτα στάδια έως την φάση ολοκλήρωσης της εργασίας αυτής, καθώς και τον κο Αναστάσιο Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, για την τιμή που μου έκανε να συν επιβλέψει και να διευκολύνει την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Επιπλέον θέλω να ευχαριστήσω όλους τους εισηγητές αυτού του προγράμματος σπουδών για τις ανεκτίμητες γνώσεις που ο καθένας ξεχωριστά μου προσέφερε. Ευχαριστώ επίσης την κα Βασιλική Καρκανιά Ψυχολόγο, τον Δρ Μηνά Σουσαμλή, Διδάκτορα Γεωγράφου Υγείας, τον κο Μιχαήλ Ψιμάρνη Οικονομολόγο- Καθηγητή Αγγλικών και την κα Ευανθία Ζαντέ Επισκέπτρια Υγείας για την πολύτιμη βοήθεια στην καταγραφή των στοιχείων της εργασίας μου. Επίσης, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στα παιδιά μου, τον σύζυγο μου και τους γονείς μου για την αμέριστη συμπαράσταση και υπομονή που έδειξαν το χρονικό διάστημα παρακολούθησης του μεταπτυχιακού. Τέλος, είμαι ευγνώμων σε οποιονδήποτε με εμπιστεύτηκε και με στήριξε σε κάθε μου επιλογή.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ


- ΠΕΡΙΛΗΨΗ……Σελ.1-3
- ABSTRACT……...Σελ.4-6
- ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....……Σελ. 7
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....Σελ.8-19
- ΣΚΟΠΟΣ
- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....Σελ.20-34
- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....Σελ.35-37
- ΣΥΝΟΨΗ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ……Σελ.38-41
- ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ……..Σελ.42
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ……Σελ.43-47

# Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: **Καταγραφή αναγκών και δομών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην 7η Υ.ΠΕ**

Της: Παρασκευάκη Αλεξάνδρας

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Παναγιώτης Μπίτσιος (κύριος επιβλέπων)

2. Αναστάσιος Φιλαλήθης

Ημερομηνία: 19 Μαρτίου 2014

**Εισαγωγή:** Η παροχή κατάλληλης και έγκαιρης ψυχιατρικής φροντίδας σε παιδιά και εφήβους αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα προαγωγής της δημόσιας υγείας. Οι υπάρχουσες παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες και δομές είναι κατά γενική ομολογία ανεπαρκείς, ασύνδετες και αποσπασματικές, αδυνατώντας να ανταποκριθούν στις ψυχιατρικές ανάγκες παίδων και εφήβων στην Κρήτη οι οποίες παρεμπιπτόντως δεν έχουν ποτέ υπολογισθεί.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι κατά πρώτον ο προσδιορισμός των ψυχιατρικών αναγκών των παιδιών και εφήβων στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με βάση διεθνή δεδομένα και κατά δεύτερον η αντιπαράθεση των αναγκών αυτών με τις υπάρχουσες υπηρεσίες στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, ώστε να καταλήξουμε σε μια σειρά από συμπεράσματα για μια όσο το δυνατόν πιο εξορθολογισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην Κρήτη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Οι ψυχιατρικές ανάγκες των παιδιών και εφήβων της Κρήτης προσδιορίσθηκαν, ελλείψει εθνικών και τοπικών επιδημιολογικών δεδομένων, ως «αναμενόμενα ποσοστά μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών» με βάση τα διεθνή δεδομένα επιπολασμού των ψυχικών νόσων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και τον απόλυτο αριθμό παιδιών/εφήβων στην Κρήτη όπως προκύπτει από την απογραφή του 2011. Κατόπιν, προσδιορίσαμε τον αριθμό αυτών που αναμένεται να αναζητήσουν βοήθεια και πάλι με βάση τα διεθνή δεδομένα. Τέλος, καταγράψαμε και αναλύσαμε στο στατιστικό πακέτο SPSS 20 (statistical package for social sciences) τα δεδομένα του intake (πρώτη εξέταση) των Εξωτερικών Παιδοψυχιατρικών Ιατρείων Πα.Γ.Ν.Η. που λειτουργούν επί 17 χρόνια (από το 1996) και αποτελούν την μείζονα δομή για Ψυχιατρικές Παθήσεις Παιδιών/Εφήβων στην Κρήτη. Έτσι, αντιπαραβάλλαμε τα αναμενόμενα δεδομένα ψυχιατρικών αναγκών για παιδιά και εφήβους με τα πραγματικά δεδομένα λειτουργίας της μείζονος Παιδοψυχιατρικής δομής στην Κρήτη.

**Αποτελέσματα:** Από 623.065 απογραφέντες κατοίκους στην Κρήτη το 2011, υπολογίσαμε ότι οι 61,139 είναι παιδιά/έφηβοι έως 19 χρονών. Οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (οποιασδήποτε βαρύτητας) υπολογίζονται στα 367 άτομα στην

Κρήτη. Για την ηλικιακή ομάδα 4-16 χρονών (~40,000 στην Κρήτη) για την οποίαν υπάρχουν έγκυρα διεθνή δεδομένα, υπολογίσαμε ότι 5,320 άτομα (τα μισά με σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας) έχουν ανά πάσα στιγμή μία ή και περισσότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις (εξαιρουμένων των διαταραχών λόγου και μαθησιακών δυσκολιών). Από αυτά, υπολογίσαμε ότι, με βάση διεθνή δεδομένα, αναμένεται να επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία της Παιδοψυχιατρικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.Η. περίπου 212 παιδιά/έφηβοι τον χρόνο κατά μέσο όρο. Η ανάλυση των νέων περιστατικών των εξωτερικών ιατρείων της Παιδοψυχιατρικής έδειξε ότι στα 17 περίπου χρόνια λειτουργία της προσέρχονταν και εξετάζονταν τουλάχιστον άπαξ, κατά μέσο όρο 154 παιδιά τον χρόνο, αλλά όταν αφαιρέσαμε τις προσελεύσεις που αφορούσαν μαθησιακές/δυσλεκτικές διαταραχές και διαταραχές του λόγου, τότε ο αριθμός των νέων περιστατικών με ψυχιατρικές διαγνώσεις κατέβηκε στα 112 παιδιά τον χρόνο, πάντα με ελαφρά υπεροχή των αγοριών. Το 61.5% των νέων περιστατικών προέρχονταν από την κοινότητα με αυξητική τάση νέων προσελεύσεων από το 2010 και μετά και 38.5% από άλλες κλινικές Πα.Γ.Ν.Η. (κυρίως παιδιατρική και παθολογική κλινική). Το 72% των νέων περιστατικών προέρχονταν από τον νομό Ηρακλείου. Όταν εξαιρέθηκαν οι προσαγωγές από τον νομό Ηρακλείου, το ποσοστό των νέων περιστατικών που προέρχονταν από τις αγροτικές περιοχές ανέβηκε από το 29% στο 40% έναντι των αστικών κέντρων της Κρήτης (που έπεσε έτσι από το 67% στο 60%). Το μείζον εύρημα μας είναι ότι ο αριθμός των νέων προσελεύσεων αφορούσε κυρίως παιδιά μέχρι 13-14 χρονών με φθίνουσα εκπροσώπηση των εφήβων από 14 χρονών και πάνω, παρά την αναμενόμενη αύξηση της ψυχοπαθολογίας στους εφήβους σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Τούτο παρέμεινε ακόμα και μετά την εξαίρεση των περιστατικών δυσλεξίας/μαθησιακών/διαταραχών λόγου που ως αναμενόταν αφορούσε την πρώτη παιδική ηλικία. Όσοι έφηβοι (>13 χρονών) προσέρχονταν, δεν παραπέμπονταν τόσο από την κοινότητα (γονείς-δάσκαλοι), όσο κυρίως από τις άλλες κλινικές Πα.Γ.Ν.Η ιδίως τα κορίτσια με συναισθηματικές (αγχώδεις/καταθλιπτικές) διαταραχές και απόπειρες αυτοκτονίας. Αντίθετα τα αγόρια παραπέμπονταν κυρίως για συμπεριφορικές διαταραχές από την κοινότητα (γονείς-δάσκαλοι) σε παιδική ηλικία και όχι στην εφηβεία.

**Συμπεράσματα -Προτάσεις**:

**Ι.** Ο μέσος όρος προσελεύσεων στα Παιδοψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία του Πα.Γ.Ν.Η. για αμιγείς ψυχιατρικές διαταραχές είναι σχεδόν ο μισός των αναμενόμενων σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Απαιτείται ευαισθητοποίηση της κοινότητας, και αρτιότερη επάνδρωση των εξωτερικών ιατρείων της Παιδοψυχιατρικής για έγκαιρη και αποτελεσματικότερη ανίχνευση των ψυχιατρικών περιστατικών. Επίσης, φαίνεται ότι απαιτείται η δημιουργία ξεχωριστής υπηρεσίας για τα περιστατικά με μαθησιακές διαταραχές και διαταραχές λόγου.

**ΙΙ.** Οι κλινικές Πα.Γ.Ν.Η., κυρίως παιδιατρική και παθολογική αποτελούν σημαντική πηγή παραπομπών παιδιών και εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα και ως εκ τούτου απαιτείται στήριξη των κλινικών αυτών με ειδική υπηρεσία Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής.

**ΙΙΙ.** Η αυξητική τάση των παραπομπών από την κοινότητα (γονείς-δάσκαλοι), μετά το 2010 μπορεί να αντανακλά τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης και ειδικά την αδυναμία των γονέων να απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης μπορεί να

αντανακλά, χωρίς να αποκλείεται η προηγούμενη πιθανότητα, και το γεγονός ότι από το 2010 και μετά εργάσθηκε και δεύτερος παιδοψυχίατρος στα εξωτερικά ιατρεία της Παιδοψυχιατρικής Πα.Γ.Ν.Η. Σε κάθε περίπτωση φαίνεται ότι υπάρχει τάση για αυξανόμενη ζήτηση παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών από το κοινό και ως εκ τούτου απαιτείται τάχιστα άρτια στελέχωση και επάνδρωση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών Πα.Γ.Ν.Η. όπως έχει εξαγγελθεί

**IV.** Το γεωγραφικό μοτίβο των παραπομπών δείχνει ότι πρέπει να αυξήσουμε την πρόσβαση των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες Πα.Γ.Ν.Η. Ο οικονομικότερος, αμεσότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος για αυτό είναι η δημιουργία τηλε-παιδοψυχιατρικών εξωτερικών ιατρείων με την χρήση νέων τεχνολογιών τηλε-ψυχιατρικής.

**V.** Τα κορίτσια εμφανίζουν συχνότερα συναισθηματικές, ενώ τα αγόρια εμφανίζουν συχνότερα συμπεριφορικές διαταραχές όπως αναμενόταν. Οι έφηβοι και έφηβες υποεκπροσωπούνταν δραματικά με αποτέλεσμα οι άρρενες έφηβοι με συμπεριφορικά προβλήματα να απουσιάζουν σχεδόν τελείως, ενώ οι έφηβες να προσέρχονται μετά από νοσηλεία σε άλλες κλινικές Πα.Γ.Ν.Η. για σοβαρά αγχώδη/καταθλιπτικά σύνδρομα και απόπειρες αυτοκτονίας. Κρίνεται απολύτως απαραίτητη η δημιουργία ενός Κοινοτικού Κέντρου Εφήβων με σκοπό την ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του κοινού (γονείς, μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου, καθηγητές, πρόνοια, δικαστικοί), την ανίχνευση εφήβων υψηλού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό και την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στις ομάδες εφήβων υψηλού κινδύνου, σε μη ιατρικοποιημένο επίπεδο κοινότητας. Η ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση/παρέμβαση στην κοινότητα στους εφήβους είναι πρωταρχικής σημασίας στην πρόληψη των συνεπειών στην ψυχική υγεία των μελλοντικών ενηλίκων και άρα καθοριστικός παράγων για την δημόσια υγεία.

**<u>Λέξεις κλειδιά:</u>**

Πρωτοβάθμια ψυχική υγεία, δομές ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ψυχικές ασθένειες στην παιδική και εφηβική ηλικία

# Abstract

Title: **Registering the needs and structures of mental health, for children and adolescents in the 7th Health Region of Crete**

By: Paraskevaki Alexandra

Supervisors: 1. Panagiotis Bitsios (main supervisor)

2. Anastasios Filalithis

Date: 19 March 2014

**Introduction:** The provision of adequate and timely psychiatric care for children and adolescents is a key factor in the promotion of public health. The existing psychiatric services for children and adolescents in Crete are, by and large, unconnected and patchy, unable to meet the psychiatric needs of the population, which, incidentally, have never been properly estimated.

**Purpose:** The purpose of this research is firstly to identify the psychiatric needs of children and adolescents in the 7th Health Region of Crete based on international data and, secondly, the juxtaposition of these needs with existing services in the 7th Health Region of Crete, in order to arrive at a series of rational conclusions, for a streamlined development of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Crete.

**Material and Method:** The psychiatric needs of children and adolescents in Crete were determined in the absence of national and local epidemiological data, as «expected rates of major psychiatric disorders» based on international standards of prevalence of mental illness in this age group and the absolute number of children / adolescents in Crete as evidenced by the 2011 census. Then, we determined the number of those who are expected to seek help, based again on international data. Finally, we recorded and analyzed using the statistical package SPSS 20 (statistical package for social sciences) the intake data (first examination) from the CAMHS, operating in the General University Hospital of Heraklion (a.k.a Pa.G.N.I.) for the last 17 years (since 1996). This way, we were able to compare the expected with the actual data of the major CAMHS in Crete.

**Results:** Among the 623,065 on record residents of Crete in 2011, the 61.139 are children / adolescents up to 19 years old. We estimated that 367 individuals fall within the autistic spectrum disorders (any severity) in Crete. For the 4-16 years age group (40,000 in Crete), we estimated based on published international data, that 5,320 individuals (half with a significant decline in functionality) have one or more psychiatric diagnoses (excluding speech and learning disorders or disabilities) at any 3-month point in time. Of those we estimated, based on published international data, that an average of 212 individuals per year, were expected to seek the help of the CAMHS outpatient services in P.A.G.N.I. The analysis of new cases from the P.A.G.N.I. CAMHS outpatients, showed that in the 17 years of its operation, an average of 154

individuals per year was seeking help, but this dropped to 112 individuals per year, with a slight predominance of males, when we removed referrals for speech and learning disorders and disabilities. 61.5% of new referrals arrived from the community with a clear rising trend since 2010, and 38.5% of new referrals arrived from P.A.G.N.I. wards (mainly pediatric and medical wards). 72% of new referrals arrived from the Heraklion prefecture. When these were excluded, the rate of new cases coming from rural areas rose from 29% to 40% compared to the urban centers of Crete (thus decreased from 67 % to 60 %). The most surprising finding was that new cases referred mainly to children up to 13-14 years old with declining numbers of adolescents 14 years and older, despite the expected increase in psychopathology in this age group. This finding remained even after the exclusion of cases of dyslexia / learning / language disorders, which as expected concerned the early childhood. Those adolescents (> 13 years old) who attended the CAMHS services were not referred so much from the community (parents - teachers), as from P.A.G.N.I. wards, especially inpatient females hospitalized after serious emotional (anxiety/depressive) disorders and suicide attempts. In contrast, males were referred mainly for behavioral disorders from the community (parents - teachers) in childhood rather than in adolescence.

**Conclusions -Suggestions:**

**I.** The average rate of new psychiatric referrals to P.G.N.I. CAMHS outpatients clinic per year is almost half of the expected according to international data A greater effort to increase public awareness , along with more adequate staffing of CAMHS outpatient services for timely and efficient detection of psychiatric cases. It also seems prudent to develop a separate service for children and adolescents with learning disabilities and speech disorders.

**II.** The pediatric and medical wards of Pa.G.N.I. constitute an important source of referrals to the hospital's CAMHS outpatient service, and therefore, they require more support with the development of a dedicated Consultation-Liaison CAMHS service.

**III.** The rise of referrals from the community (parents - teachers) after 2010, may reflect the effects of the economic crisis and especially the inability of parents to turn to the private health sector. It also may reflect, without excluding the prior possibility, the fact that as of 2010 the CAMHS outpatients, were served by a second child psychiatrist. In any case, it seems that there is a tendency for an increasing public demand in child psychiatric services and therefore, the long overdue coverage and manning of the outpatient as well as inpatient CAMHS services can no longer wait.

**IV.** The geographical pattern of new referrals shows the need to improve access to CAMHS services from rural and remote areas. The most economical, direct and effective way would be to establish a remote CAMHS outpatient service, using new tele-psychiatry technologies.

**V.** Females suffer more frequently from emotional (anxiety - depression), while males more frequently exhibit behavioral disorders, as expected. Male and female adolescent were dramatically underrepresented in the new referrals of PAGNI CAMHS services, and as a result, male adolescents with behavioral problems were almost absent, while female adolescents were referred after hospitalization in medical wards for serious anxiety/depressive syndromes and suicide attempts. It seems urgent to establish a Community Mental Health Center for Adolescents aiming to sensitize and increase public awareness (parents, students, High School, teachers, welfare, judiciary services), to detect high-risk adolescents in the general population, to practice early

diagnosis and intervention in high-risk adolescent groups, in a non-medical environment. The detection and early diagnosis / intervention in adolescents is essential to prevent the negative or often catastrophic outcomes in mental health of our future adult population and therefore, it is a main determinant of public health

**Key words:** Primary mental health, mental health facilities for children and adolescents, mental illness in childhood and adolescence

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Β.λ. : βλέπε

7η Υ.ΠΕ. Κ.: 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Ν.Δ.: Νομοθετικό Διάταγμα

Π.χ. : παραδείγματος χάρη

Σελ.: Σελίδα

Φ.Ε.Κ.: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

Π.Φ.Υ. :Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Δ.Ε.Π.Υ.: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας

A.D.H.D.: Attention Hyperactivity Disorder

Πα.Γ.Ν.Η.: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

W.H.O.: World Health Organization

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. : Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας

Θ.Ψ.Π. : Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων

Κ.Η.Φ.Α.Π. : Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αυτιστικών Παιδιών

Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α.: Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας και Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία

Δ.Α.Δ. : Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

E.S.P.A.D.: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Ευρωπαϊκή Σχολή Μελέτης για το Αλκοόλ και Ναρκωτικά)

Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν : Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

Υ.Ψ.Υ.Π.Ε.: Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας όπου αναφέρεται «σε μια κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» (WHO 2001). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία του Π.Ο.Υ. οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα μιας πληθυσμιακής ομάδας, προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες, κοινωνίες, παρουσιάζονται σε άνδρες και γυναίκες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Η θεμελίωση όμως της δια βίου ψυχικής υγείας γίνεται σε νεαρή ηλικία. Έτσι, η παροχή κατάλληλης και έγκαιρης ψυχιατρικής φροντίδας σε παιδιά και εφήβους αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα προαγωγής της δημόσιας υγείας.

Οι κυριότερες διαταραχές που παρουσιάζονται στην περίοδο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας είναι οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές [Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, παιδική σχιζοφρένεια/ψυχώσεις, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π.Υ.)], οι μαθησιακές διαταραχές (διαταραχές λόγου/άρθρωσης/ειδικές μαθησιακές διαταραχές/δυσλεξία), οι αγχώδεις διαταραχές (άγχος αποχωρισμού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, φοβίες, πανικός, αγοραφοβία, μετατραυματική διαταραχή στρες), η χρήση ουσιών, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή διαφόρων βαρυτήτων, οι συναισθηματικές διαταραχές (μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία, άτυπη κατάθλιψη, διπολική διαταραχή) και η αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας, οι συμπεριφορικές διαταραχές (εναντιωματική διαταραχή, τριχοτιλλομανία, ενούρηση και εγκόπριση, διαταραχή διαγωγής, παραβατική συμπεριφορά,), οι διαταραχές διατροφής (νευρογενής ανορεξία, βουλιμία) και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη που διήρκεσε από το 1993-2000 σε 11 πολιτείες της Βόρειας Καρολίνας, σε 6674 παιδιά 9-16 ετών, σε ένα χρονικό σημείο 3 μηνών έδειξε ότι 13.3% δηλαδή 887 παιδιά και έφηβοι είχαν μία ή και περισσότερες διαγνώσεις όπως άγχος αποχωρισμού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, φοβίες, πανικό, αγοραφοβία, μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία, άτυπη κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ΔΕΠΥ, διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική διαταραχή, νευρογενή ανορεξία, βουλιμία, μανία, τριχοτιλλομανία, ενούρηση και εγκόπριση, χρήση ουσιών, μετατραυματική διαταραχή στρες, ψύχωση ή ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή(Costello et al 2003).
Στην εθνική μελέτη BELLA στην Γερμανία, για το ποσοστό επικράτησης των ψυχικών ασθενειών σε παιδιά και εφήβους η συχνότητα στην κατάθλιψη έδειξε 10% για τα κορίτσια ηλικίας 7-10 και για τα αγόρια 11.4% της ίδιας ηλικίας. Το άγχος στα αγόρια στο 12.3% με υπεροχή των κοριτσιών στο 16.5% στην ίδια ηλικία. Στις ηλικίες από 11-17 τα κορίτσια συνεχίζουν να έχουν την πρωτιά με 11.5% έναντι 10.7% των αγοριών στην κατάθλιψη και 11.3% των κοριτσιών έναντι 8.5% των αγοριών στο άγχος. (Ravens-Sieberer et al. 2008)

Η κατάθλιψη έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή σε σχέση με την εφηβεία. Η επίπτωση της κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 0,4-2,5% για παιδιά κάτω τον 12 ετών και τα οποία θα είχαν όφελος από παιδοψυχιατρική παρέμβαση. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10-13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη (Angold et al. 1998). Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20% (Oldehinkel et al. 1999). Το 0.6-1.7% των παιδιών και 1.6-8% των εφήβων πάσχουν από Δυσθυμία (Lewinson et al. 1994)

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους (Fleming 1990).Το ποσοστό αυτό αυξάνει όταν πρόκειται για κλινικούς πληθυσμούς. Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες όπου υπερτερούν οι γυναίκες. Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες παρά στην ηλικία αυτή καθ' αυτή, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε κάποια ευαισθησία (Angold et al.1998).Ωστόσο η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και από διαφορετικές ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Σε πολλές χώρες η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες του θανάτου στην ομάδα ηλικίας 15-34 ετών. Οι περισσότεροι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν πάσχουν από κάποιας μορφής συναισθηματική διαταραχή. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1999). Τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας, ενώ τα κορίτσια υπερτερούν στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον ιδεασμό αυτοκτονίας, χωρίς όμως να επέρχεται ο θάνατος.

Το 2005, σύμφωνα με δεδομένα της Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 4% των εφήβων 12-17 ετών έπασχαν από κατάθλιψη. Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κατά σειρά σε συχνότητα αιτία θανάτου νεαρών ατόμων, με τα υψηλότερα ποσοστά να παρατηρούνται στις Σκανδιναβικές χώρες, και σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, όπως η Γαλλία και η Μεγάλη Βρετανία. Σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ο εκτιμώμενος αριθμός ατόμων ηλικίας 15-19 ετών που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας το 2000, ήταν 893 και 307 ανά 100,000 κοριτσιών και αγοριών, αντίστοιχα ( WHO 2005). Σε έκθεση του 2011, αναφέρεται ότι περίπου το 20% των εφήβων θα βιώσουν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας, συνήθως κατάθλιψη ή άγχος.

Σε μελέτη στην Αγγλία,155 παιδιών και εφήβων, όπου συμμετείχαν και 45 Γενικοί Ιατροί, λόγω της μεγάλης εμπειρίας τους στον τομέα των επιδημιολογικών ερευνών, ιδίως όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές με σκοπό να εκτιμηθεί ο επιπολασμός των καταθλιπτικών διαταραχών και να καθοριστεί σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές είχαν διαγνωστεί από το Γενικό Ιατρό (G.P.) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότερο από το ένα παιδί στα 10 ηλικίας μικρότερης των 13 ετών, είχε μια καταθλιπτική διαταραχή και ότι ο επιπολασμός στους εφήβους ήταν 5 % . Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν παρόν στο 6 % των παιδιών του δείγματος, δυσθυμία σε 4 % και η αδυναμία προσαρμογής διαταραχή με καταθλιπτική διάθεση σε περίπου 1% . Η άτυπη κατάθλιψη ήταν παρούσα στο ήμισυ των καταθλιπτικών εφήβων (Mathet F et al 2003). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της κατάρτισης GP στην εξέταση των καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους και ότι η καλύτερη γνώση των νέων γενικών ιατρών, των καταθλιπτικών διαταραχών μπορεί να διευκολύνει την ταχύτερη παραπομπή για ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία.

Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές διατροφής είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η ψυχαναγκαστική υπερφαγία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ακαδημίας για τις Διαταραχές της Διατροφής, περίπου 0,5-1% του συνόλου των εφήβων και ενήλικων γυναικών εμφανίζουν τα κριτήρια διάγνωσης της ψυχογενούς ανορεξίας, ενώ περίπου 1-2% είναι το αντίστοιχο ποσοστό για την ψυχογενή βουλιμία. Ωστόσο, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, περίπου το 10% των έφηβων και νέων γυναικών μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Τελευταία έκδοση της "Μελέτης για τη στάση των παιδιών σχολικής ηλικίας σε θέματα υγείας (HBSC)" νέων ηλικίας 11, 13 και 15 ετών αναφέρει ότι τα κορίτσια αισθάνονται λιγότερη

ικανοποίηση στη ζωή τους απ' ό, τι τα αγόρια και έχουν κακή εικόνα σώματος. Σαν αποτέλεσμα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν επικίνδυνες συμπεριφορές ως προς την απώλεια βάρους, πράγμα που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην υγεία τους. Αντιθέτως, τα αγόρια κατά κανόνα γυμνάζονται και έχουν καλή εικόνα για το σώμα τους, αναπτύσσουν όμως κακές διατροφικές συνήθειες. Τα αγόρια έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία τους, όπως π.χ. κατάχρηση αλκοόλ ή κάπνισμα ή ακόμη δραστηριότητες που μπορεί να τους προκαλέσουν σωματικές βλάβες (http://ec.europa.eu/health-eu/news/2012/news_20120622_hbsc_el.htm).

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που έγινε το 2003, οι Hoek και van Hoeken διαπίστωσαν ότι: Το 40% των πιο πρόσφατων περιστατικών ανορεξίας απαντάται σε κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών. Από το 1935 έως το 1989, η συχνότητα εκδήλωσης νευρογενούς ανορεξίας σημείωσε σημαντική αύξηση, ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών. Κάθε δεκαετία μετά το 1930, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς ανορεξίας σε νεαρές γυναίκες ηλικίας 5-19 ετών σημείωσε αύξηση. Κατά την περίοδο 1988 – 1993, η συχνότητα εμφάνισης νευρογενούς βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 10-39 ετών τριπλασιάστηκε. Μόλις το ένα τρίτο των ατόμων με ανορεξία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Μόλις το 6% των ατόμων με βουλιμία ακολουθούν θεραπευτική αγωγή. Η πλειονότητα των ατόμων με σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής δεν τυγχάνουν της δέουσας περίθαλψης. Πάνω από τα μισά κορίτσια και περίπου το ένα τρίτο των αγοριών εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν μη υγιείς συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού τους βάρους όπως η παράλειψη γευμάτων, η νηστεία, το κάπνισμα, ο αυτοπροκαλούμενος εμετός και η πρόσληψη καθαρτικών (Neumark -Sztainer, 2006). Τα κορίτσια που κάνουν συχνά δίαιτα είναι 12 φορές πιο επιρρεπή σε επεισόδια υπερφαγίας από τα κορίτσια που δεν κάνουν δίαιτα (Neumark -Sztainer, 2006).

Στη μελέτη *ESPAD* η κάνναβη με 13,4% είναι επικρατούσα από άλλες παράνομες ουσίες. Συγκεκριμένα η χρήση κάνναβης, έστω και μία φορά αναφέρεται από τη μεγάλη πλειονότητα των μαθητών 15-19 που έχουν πάρει κάποια παράνομη ουσία. Τα αγόρια κάνουν χρήση σε υπερδιπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια στις ηλικίες 15-19 ετών (20,9% και 9,3% αντίστοιχα). Αναφέρουν χρήση σε υψηλότερο ποσοστό σε Αθήνα 19,2%, Θεσσαλονίκη 19%, λοιπές 12% και η επαναληψιμότητα είναι διπλάσια σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Από το 1984-2011 έχουμε τριπλασιασμό του ποσοστού, το 1998 είχαμε μεγάλη άνοδο και ύφεση το 2003. Την τελευταία οκταετία υπάρχει μια αυξητική τάση. Γενικά όμως στην Ελλάδα είναι χαμηλότερα τα ποσοστά σε περιστατικά μέθης και στα ναρκωτικά ιδίως στην κάνναβη. Η χρήση ουσιών που κυκλοφορούν νόμιμα στο εμπόριο με σκοπό να αλλάξουν τη διάθεση τους, εισπνεόμενες ουσίες (κόλλες, αιθέρας, βενζίνη, ηρεμιστικά-υπνωτικά-αναβολικά) είναι 5,8% σε ηλικία 13-14 και 14,1% των μαθητών σε ηλικία 15-19 ετών έχει κάνει χρήση μία ή περισσότερες φορές. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2012). Σύμφωνα με το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 10% κάνει χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο και ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 26% με το 14% να αναφέρει χρήση το τελευταίο χρόνο. Η Ελλάδα, Κύπρος, Μάλτα, Ουγγαρία καταγράφουν τα μικρότερα ποσοστά στη χρήση κάνναβης. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.-στοιχεία Eurobarometer 2011).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π.Υ.) κατά DSM-IV-TR (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) ή υπερκινητική διαταραχή κατά ICD-10 (Hyperkinetic Disorder, HD), αποτελεί μια συχνή και σαφώς αναγνωρισμένη διαγνωστική οντότητα στον τομέα της Παιδοψυχιατρικής. Σε μελέτη στην Γερμανία το 2008,σε 2863 οικογένειες που είχαν παιδιά από 7-17 ετών έδειξε

ότι το ποσοστό επικράτησης στην Δ.Ε.Π.Υ. ήταν 5% ,σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, ότι το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στα αγόρια και στα νεότερης ηλικίας παιδιά και σε οικογένειες με χαμηλότερο κοινωνικό οικονομικό status και οικογένειες από αγροτικές περιοχές.(Manfred Dopfner et al. 2008) Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των παιδιών σχολικής ηλικίας με Δ.Ε.Π.Υ. ανέρχεται σε 3−7% και η αναλογία αγοριών προς κορίτσια κυμαίνεται από 3:1 έως 5:1 (http://www.mednet.gr/archives/2012-5/pdf/562.pdf).

Ο επιπολασμός των διαταραχών μάθησης ποικίλλουν από 2-10%, όπου το 80% των περιπτώσεων παρουσιάζει διαταραχή της ανάγνωσης είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με τη διαταραχή των μαθηματικών και τη διαταραχής της γραπτής έκφρασης. Επίσης, η διαταραχή της γλωσσικής έκφρασης έχει επιπολασμό 3-5% και κατά ένα μεγάλο ποσοστό αναγνωρίζεται έως την ηλικία των 3. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι τα αγόρια με δυσκολίες μάθησης παραπέμπονται στις ανάλογες υπηρεσίες για διερεύνηση της δυσκολίας τους σε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό απ’ ότι τα κορίτσια. Υποστηρίζεται ότι "οι μαθησιακές δυσκολίες" εμφανίζονται περισσότερο στα παιδιά των πόλεων απ’ ότι των αγροτικών περιοχών και συχνότερα στους παραπτωματικούς απ’ ότι στο γενικό πληθυσμό. Τα μισά από τα παιδιά που είναι δέκτες υπηρεσιών ειδικής αγωγής στις Η.Π.Α, είναι παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες (President’s Commission on Excellence in Special Education, 2002). Στον ελλαδικό χώρο, στα μισά περίπου από τα παιδιά που παραπέμπονται για διάγνωση σε Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, η αιτία παραπομπής είναι οι Ε.Μ.Δ. (Κάκουρος, Μπαλούρδος & Ρεκούτης, 1995). Στον εφηβικό πληθυσμό οι Ε.Μ.Δ. αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνή αιτία παραπομπής (Μονάδα Εφηβικής Υγείας, 2007). Οι διαταραχές της ανάγνωσης(δυσλεξία) φαίνεται να αφορούν το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες . Το 3-9% περίπου του πληθυσμού των μαθητών εμφανίζει διαταραχή των μαθηματικών .Οι διαταραχές της γραπτής έκφρασης αφορούν τουλάχιστον το 10% του μαθητικού πληθυσμού Ταυτόχρονα φαίνεται μια τάση υπεροχής των αγοριών.(Fletcher, Lyon, Fuchs & Barnes, 2007)

Οι Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, με βάση τα διεθνή δεδομένα (6/1000 εμπίπτουν στις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος-ΔΑΦ) , υπάρχουν περίπου 367 παιδιά με Δ.Α.Φ. εκ των οποίων 37 (0.6/1000) παιδιά πρέπει να ανήκουν στο σύνδρομο Asperger (αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας που απασχολεί στην όψιμη εφηβεία τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες και κυρίως τις ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων), 226 παιδιά (3.7/1000) με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (αυτισμός με υψηλή συννοσηρότητα και μέτριας βαρύτητας), και 61-122 παιδιά (1-2/1000) με τον κλασσικό αυτισμό. Τα παιδιά αυτά απαιτούν εξειδικευμένες υπηρεσίες (ιατρικές/εκπαιδευτικές) για χρόνια παρακολούθηση, ενίοτε δε και μακροχρόνια εισαγωγή σε κλειστές ειδικές δομές (Newschaffer et al.2007). Γενικότερα η παρακολούθηση τους εμπίπτει σε εξειδικευμένες δομές.

Προβλήματα ψυχικής υγείας βιώνουν και οι μετανάστες και αυτό φάνηκε στην μελέτη 2230 παιδιών ηλικίας 11-17 στην Ολλανδία, όπου η υπεροχή των κοριτσιών και εδώ στα ψυχοσωματικά, άγχος και στην κατάθλιψη είναι προφανής ενώ τα αγόρια στα προβλήματα συμπεριφοράς και προσοχής. Η επικράτηση των παραπάνω ανεβαίνει εφόσον προέρχονται από χαμηλά κοινωνικό οικονομικά στρώματα (Vollebergh at al.2005). Αυτό ίσως πρέπει να λειφθεί υπόψη λόγω της αυξανόμενης προσέλευσης μεταναστών στην Κρήτη.

Ένα μείζον θέμα είναι αν απευθύνονται όλα τα παιδιά και οι έφηβοι με ψυχιατρικά προβλήματα σε υπηρεσίες. Σε μελέτη του 1995, που διεξήχθη στην Αυστραλία και αφορούσε στην παιδική υγεία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μόνο το 2% των παιδιών -εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα απευθύνθηκαν σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε μια περίοδο έξι μηνών (Zubrick et al 1995). Σε μελέτη που έγινε το 2000 σε παιδιά 4-17 ετών στην Αυστραλία, το 14% των παιδιών και των εφήβων είχαν χαρακτηριστεί ως έχοντες προβλήματα ψυχικής υγείας. Πολλά από τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είχαν προβλήματα σε άλλους τομείς της ζωής τους και ήταν σε αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά. Μόνο το 25% των ατόμων όμως με προβλήματα ψυχικής υγείας απευθύνθηκαν γενικώς σε μια επαγγελματική υπηρεσία κατά τη διάρκεια των έξι μηνών που προηγήθηκαν της έρευνας (Sawyer et al 2000) . Σε μια άλλη έρευνα που έγινε, από 4 κομητείες στην Βόρεια Καρολίνα για την χρήση των υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές, ανάμεσα σε αφροαμερικανούς και λευκούς, 21% είχε μια ψυχική διαταραχή ενώ μόνο το 13% έλαβαν την φροντίδα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Angold A et al 2002). Σε μία ακόμη μελέτη 1035 εφήβων από 36 σχολεία με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές βρέθηκε ότι μόνο το 18% με αγχώδεις και το 23% με καταθλιπτικές έκαναν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Essau CA.2005).

## Δομές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Η εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ξεκίνησε στη χώρα μας με την ψήφιση του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ν.1397/83), διευρύνθηκε με το Ν.2071/92 και παγιώθηκε τον νόμο 2716/99 (Φ.Ε.Κ. 96$^{Α}$99) -Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και άλλες διατάξεις. Ο νόμος έλεγε ότι ο εκσυγχρονισμός θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για τη χώρα μας. Λίγα χρόνια αργότερα το σύμφωνο Spidla, που συμφωνήθηκε μεταξύ της Ελληνικής Κυβέρνησης και της Ε.Ε. έρχεται ως συνέπεια προβλημάτων υλοποίησης της Β΄ Φάσης «Ψυχαργώς» και περιελάμβανε συμφωνημένα σημεία στα οποία έπρεπε να υπάρξουν δράσεις από μέρους της πρώτης. Στα προβλήματα λειτουργίας του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ήταν ανάμεσα σε άλλα και η ανεπαρκής ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων και τα προβλήματα στην λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας. Καμία παιδοψυχιατρική υπηρεσία δεν υπάρχει σε 25 από τους 52 Νομούς της χώρας, αποτέλεσμα αυτού μεγάλο τμήμα του πληθυσμού να μένει ακάλυπτο από παιδοψυχιατρική φροντίδα. Η επένδυση επαρκών οικονομικών πόρων στη δημιουργία ενός ικανοποιητικού δικτύου Υ.Ψ.Υ.Π.Ε. αποτελεί μια ουσιαστική επένδυση στην πρόληψη μελλοντικής ψυχοπαθολογίας, τη μείωση ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Όπως όμως θα παρατηρήσουμε, 15 χρόνια μετά, ελάχιστα έγιναν στο ευαίσθητο κομμάτι της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην Υγειονομική Περιφέρεια της Κρήτης, αφού ως γνωστό βάση δόθηκε στο τομέα των ενηλίκων. Με αυτό τον τρόπο βέβαια ενισχύθηκε ο τομέας της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας και όχι η πρωτοβάθμια που θα μας οδηγήσει στην πρόληψη και ως ακολουθία αυτής στην θεμελίωση της δια βίου ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της 7$^{ης}$ Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, αλλά και μετά από αναζήτηση στον ιστοχωρό, στον νομό Ηρακλείου υφίστανται οι κάτωθι δομές: Στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου λειτουργούν παιδοψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία Ν.Π.Δ.Δ. στα πλαίσια της Β’ Φάσης Ψυχαργώς

ενώ έχει εξαγγελθεί η δημιουργία Παιδοψυχιατρικής Κλινικής. Επίσης λειτουργεί το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ηρακλείου «Βενιζέλειο –Πανάνειο», Ν.Π.Δ.Δ. κι αυτό στα πλαίσια της Β' Φάσης Ψυχαργώς. Τέλος στον ίδιο νομό έχουμε και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών –Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, ως Ν.Π.Ι.Δ., το ΚΕ.ΠΕ.Π. στην Πόμπια για παιδιά με νοητική καθυστέρηση, το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας θηλέων, η Στέγη Ανηλίκων, στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου - Γ.Ν. Βενιζέλειο-Παιδοψυχιατρικό Τμήμα (μόνο εξωτερικά ιατρεία), το Κέντρο Υποδοχής Ανηλίκων Αλλοδαπών Προσφύγων στα Ανώγεια Κρήτης , Κέντρο Ημέρας για εφήβους και ενήλικες με αυτισμό- Δ.Α.Δ. "Ζωοδόχος Πηγή" και το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου Κρήτης (πρώην παιδικό αναπτυξιακό κέντρο ΠΑΚ).

Εν συνεχεία στον νομό Χανίων αναφέρεται το Ιατρείο Παιδιών και Εφήβων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας , Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ορεινών & δυσπρόσιτων περιοχών), Κ.Η.Φ.Α.Π. - Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αυτιστικών Παιδιών Ν. Χανίων «Η Μεγαλόχαρη» και το Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α- Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίες, ενώ στο νομό Ρεθύμνης σύμφωνα με την 7η Υ.Π.Ε. δεν υπάρχει καμία υπηρεσία που να εξυπηρετεί ανάγκες παιδιών και εφήβων. Στον χάρτη Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου βρέθηκε όμως ότι περιστατικά παρόμοια καλύπτονται από την Κινητή Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνης, οπότε οφείλουμε να το αναφέρουμε. Ενώ τελευταία φαίνεται να δραστηριοποιείται και μια μονάδα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης παιδιών και εφήβων, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Στον νομό Λασιθίου τέτοιες ανάγκες καλύπτει η Κινητή μονάδα Λασιθίου που είναι Ν.Π.Ι.Δ. στα πλαίσια της Β' Φάσης Ψυχαργώς. Αναφέρεται η λειτουργία του Κέντρου Προστασίας Παιδιού –Παιδόπολη Νεάπολης και από το Κέντρο Ημέρας Αποστολή στην Ιεράπετρα συμβουλευτική παιδιών στα πλαίσια παρακολούθησης των γονιών. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται συνοπτικά όλες οι δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν στην Κρήτη για Παιδιά και Εφήβους.

Συνοπτικός Πίνακας Δομών και Υπηρεσιών για Παιδιά και εφήβους στην Κρήτη. Με πλάγια γράμματα είναι οι δομές/υπηρεσίες που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με ψυχική υγεία

| | | **Πληθυσμός-Στόχος** | **Κλίνες** | **Ωράριο** | **Χρηματοδότηση** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Νομός Ηρακλείου** | Παιδοψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία ΠαΓΝΗ | 0-18 χρονών | 0 | Πρωινό | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βενιζελείου | 0-18 χρονών | 0 | Πρωινό | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών–Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία | 6-18 χρονών | 0 | Πρωινό | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | *Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Παιδιών με Αναπηρία* | 0-18 χρονών | 0 | Πρωινό | Υπουργείο Υγείας |
| | *Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) στην Πόμπια* | 0-30 χρονών | 30 | 24 ωρη | Υπουργείο Υγείας |
| | *Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων* | 9-34 χρονών(κορίτσια) | 27 | 24 ωρη | 7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | *Στέγη Ανηλίκων* | 6-18 χρόνων(αγόρια) | 25 | 24ωρη/5ημ. | Υπουργείο Δικαοσύνης |
| | *Κέντρο Ημέρας για Εφήβους και Ενήλικες με Αυτισμό-Δ.Α.Δ. «Ζωοδόχος Πηγή»* | Μόνο έφηβοι | 0 | Ημερήσια | Υπουργείο Υγείας |
| **Νομός Ρεθύμνου** | *Κέντρο Υποδοχής Ανηλίκων Αλλοδαπών Προσφύγων στα Ανώγεια Κρήτης* | Ανήλικα αγόρια | 25 | 24 ωρη | Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας |
| | Λειτουργία Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Γ.Ν. Ρεθύμνου | 4-18 χρονών | 0 | Πρωινή-τακτικό ιατρείο | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης Παιδιών και Εφήβων, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού | 4-18 χρονών | 0 | Πρωινή | Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού |
| **Νομός Χανίων** | Ιατρείο Παιδιών και Εφήβων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Χανίων | 4-18 χρονών | 0 | Πρωινή | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ορεινών & δυσπρόσιτων περιοχών) | 4-18 χρονών | 0 | 24 ωρη | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | *Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αυτιστικών Παιδιών (Κ.Η.Φ.Α.Π.) «Η Μεγαλόχαρη»* | Μόνο παιδιά αυτιστικά | 0 | Ημερήσια | Εποπτεία Υπουργείου Υγείας |
| | *Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α.)* | Μόνο παιδιά | 0 | Ημερήσια | Υπουργείο Υγείας |
| **Νομός Λασιθίου** | Κινητή Μονάδα Λασιθίου | 4-18 χρονών | 0 | Πρωινή-τακτικό ιατρείο | Υπουργείο Υγείας-7η Υ.Π.Ε .Κρήτης |
| | *Κέντρο Ημέρας Ιεράπετρας Αποστολή(Δομή Ενηλίκων)* | Συμβουλευτικές υπηρεσίες σε παιδιά ψυχικά ασθενών, που παρακολουθούνται από την δομή ενηλίκων | 0 | Πρωινή | Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση(Μ.Κ.Ο.) |
| | *Κέντρο Προστασίας Παιδιού-Παιδόπολη Νεάπολης* | 6-18 χρονών(αγόρια) | 45 | 24 ωρη | Υπουργείο Υγείας |

## Αναλυτική ανάπτυξη Δομών και Υπηρεσιών υγείας για Παιδιά και Εφήβους στην Κρήτη

### 1.1 Παιδοψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

Αναλαμβάνει παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων των ψυχώσεων, συναισθηματικών διαταραχών, συναισθηματικά ασταθών διαταραχών προσωπικότητας, σοβαρών αντιδράσεων στο στρες, διαταραχών αυτιστικού φάσματος, ψυχαναγκαστικών και καταναγκαστικών διαταραχών και διαταραχών διατροφής. Λειτουργεί ως εξωτερικό ιατρείο ενώ ταυτόχρονα στηρίζει τα παιδιά και τους εφήβους αλλά και τις οικογένειές τους, που για κάποιο λόγο νοσηλεύονται σε κλινικές του νοσοκομείου και χρήζουν παροχής ανάλογων υπηρεσιών.

### 1.2 Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ηρακλείου Βενιζέλειο –Πανάνειο

Λειτουργεί καθημερινά αναλαμβάνοντας παιδιά και έφηβους με διαταραχές συμπεριφοράς, με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

### 1.3 Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών –Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (πρώην Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών) είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου. Το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε. επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο. Αποτελεί τον μεγαλύτερο φορέα παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο.
( http://www.psychargos.gov.gr/ECPage.aspx?id=1634&nt=217&lang=1)

### 1.4 Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών (ΚΕ.ΠΕ.Π )

Το Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών Πόμπιας (ΚΕ.ΠΕ.Π) συστάθηκε το 1985, είναι κλειστού τύπου προνοιακό ίδρυμα, με σκοπό την περίθαλψη ατόμων μέχρι 30 ετών τα οποία πάσχουν από σωματική αναπηρία ή διανοητική καθυστέρηση και προέρχονται κατά προτίμηση από τη Κρήτη. Λειτουργεί στο Τοπικό Διαμέρισμα Πόμπιας υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και παρέχει φροντίδα σε 30 παιδιά.

### 1.5 Κέντρο Παιδικής Μέριμνας θηλέων

Το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Ηρακλείου λειτουργεί από το 1992. Από τον Μάιο του 2005 λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και εποπτεύεται από την Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης. Ο σκοπός του είναι η ανατροφή, η μόρφωση και η επαγγελματική αποκατάσταση των παιδιών, η παροχή μόνιμης διαμονής, τροφής και οικονομικής στήριξης στην εκπαίδευση και στις προσωπικές τους ανάγκες, όπως η εξασφάλιση και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Φιλοξενεί παιδιά με οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες, από πολύτεκνες, διαζευγμένες οικογένειες ή με γονείς με ψυχικά ή άλλα προβλήματα υγείας με στόχο τη μόρφωση και την επαγγελματική τους εκπαίδευση. Επίσης φιλοξενούνται κορίτσια αλλοδαπά θύματα trafficking ή κακοποιημένα παιδιά από τις οικογένειες τους ή ακόμα και παιδιά με παραβατική συμπεριφορά και με ψυχολογικά προβλήματα.

### 1.6 Στέγη Ανηλίκων Ηρακλείου

Φορέας πρόληψης της εγκληματικότητας των ανηλίκων είναι οι Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων και οι Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν πολύπλευρη στήριξη στους ανηλίκους 6 έως 18 ετών που κινδυνεύουν να παραβατήσουν για διάφορους λόγους. Στα παιδιά που φιλοξενούνται σε Στέγες των Εταιρειών Προστασίας Ανηλίκων παρέχεται εκτός από την ψυχοκοινωνική στήριξη, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχαγωγία κ.λ.π

### 1.7 Κέντρο Ημέρας για εφήβους και ενήλικες με αυτισμό- Δ.Α.Δ. "Ζωοδόχος Πηγή"

Σκοπός του Κέντρου Ημέρας είναι η παραμονή του ατόμου με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού στην κοινότητα, η αποτροπή της κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησής του, η θεραπευτική παρέμβαση για τροποποίηση ανεπιθύμητων συμπεριφορών, η βελτίωση εκείνων των δεξιοτήτων και ικανοτήτων που επιτρέπουν την κοινωνική ενσωμάτωση. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες απευθύνονται σε εφήβους, μετεφήβους, ενήλικες με διαταραχές του φάσματος του αυτισμού - ψυχικές διαταραχές και στις οικογένειες τους. Στο ημερήσιο πρόγραμμά του εντάσσονται πλήρως 19 άτομα. Επίσης απευθύνονται σε σημαντικό αριθμό ατόμων με αυτισμό που δεν έχει ενταχθεί στο Κέντρο ή που είχε στο παρελθόν ακολουθήσει τα προγράμματά του καθώς και στις οικογένειές τους παρέχεται επίσης συμβουλευτική καθοδήγηση και υποστήριξη. Το Κέντρο Ημέρας λειτουργεί καθημερινά από Δευτέρα έως Παρασκευή και το ωράριο του δύναται να επεκταθεί ανάλογα με τις δραστηριότητες τα απογεύματα ή στη διάρκεια του Σαββατοκύριακου. Κάθε ωφελούμενος συμμετέχει στις δραστηριότητες σύμφωνα με το "εξατομικευμένο θεραπευτικόψυχοεκπαιδευτικόσχέδιο"(.http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=31777&nt=156)

### 1.8 Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Παιδιών με Αναπηρία Ηρακλείου Κρήτης (πρώην Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο Π.Α.Κ.)

Απευθύνεται σε παιδιά με νοητική υστέρηση και ψυχοκινητικές διαταραχές, διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, σύνδρομα, κινητικές αναπηρίες, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα λόγου και ομιλίας και αισθητηριακές διαταραχές. Η επιστημονική του ομάδα αποτελείται από βρεφονηπιοκόμους, ειδική παιδαγωγό, εργασιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, παιδίατρο, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό, φυσικοθεραπευτές, επισκέπτρια υγείας και γυμναστή. Το Κέντρο παρέχει σε κάθε παιδί εξατομικευμένο πρόγραμμα που ορίζεται από αξιολογήσεις της επιστημονικής ομάδας ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ενώ υπάρχει δυνατότητα να οριστούν και ατομικές συνεδρίες. Περιλαμβάνει ομαδικά προγράμματα και εργαστήρια, μεταξύ άλλων: λόγου, καλλιτεχνικών, έκφρασης, ψυχοκινητικής ανάπτυξης, δημιουργικής απασχόλησης. Επίσης κατά τη διάρκεια του έτους τα παιδιά λαμβάνουν μέρος σε ομάδες και εκδρομές κοινωνικοποίησης, θεατρικές παραστάσεις, κολυμβητήριο, κυκλοφοριακή αγωγή, επισκέψεις σε μουσεία, κατασκηνώσεις, αθλητικούς αγώνες και εορταστικά δρώμενα, προκειμένου να «ακονίζεται» το μυαλό τους, αλλά και για να ξεδιπλώνονται το ταλέντο και οι δεξιότητες του καθενός, που μπορεί να είναι καλά κρυμμένες και να μην τις έχει εξωτερικεύσει ακόμα. Σε αυτό μπορούν να απευθυνθούν γονείς για παιδιά από τη βρεφική ηλικία, οπότε και διαπιστωθεί ότι παρουσιάζουν κάποια δυσκολία, έως και 18 ετών έφηβοι. Σκοπός του Κέντρου είναι να γίνεται θεραπευτική και εκπαιδευτική παρέμβαση στα παιδιά με αναπηρία σύμφωνα με τη μέθοδο «Snoezellen Therapy», με στόχο την προσπάθεια ανίχνευσης

όποιας αίσθησης λειτουργεί καλύτερα στο εκάστοτε παιδί, ώστε να αναδειχθεί η ξεχωριστή ικανότητά του.

### 1.9 Κέντρο Υποδοχής Ανηλίκων Αλλοδαπών Προσφύγων στα Ανώγεια Κρήτης

Στο Κέντρο Υποδοχής ανηλίκων αλλοδαπών Προσφύγων στα Ανώγεια της Κρήτης που λειτουργεί από το 2000 υπό την ευθύνη του Εθνικού Ιδρύματος Νεότητας και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φιλοξενούνται 25 άτομα, πρόκειται για ασυνόδευτους ανήλικους που αιτούνται άσυλο. Κυριότερες δράσεις του Κέντρου είναι: η διαμονή, η σίτιση φιλοξενούμενων, η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα αλλά και η δημιουργική απασχόληση (μαθήματα ελληνικών, ραπτικής, ζωγραφικής, κεραμικής, μουσικής, χορού), η ψυχαγωγία – επιμόρφωση και η οικονομική ενίσχυση.

### 1.10 Λειτουργία Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Γ.Ν. Ρεθύμνου

Και σε αυτή την δομή παρέχεται φροντίδα σε παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

### 1.11 Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης Παιδιών και Εφήβων, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Η Μονάδα δημιουργήθηκε στα πλαίσια του έργου «Συνολική Ψυχοκοινωνική παρέμβαση στην πόλη του Ρεθύμνου» με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της κακοποίησης και θυματοποίησης ανηλίκων. Η πράξη υλοποιείται από την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η επιστημονική ομάδα περιλαμβάνει 2 Παιδοψυχίατρους, 6 Ψυχολόγους και 2 Κοινωνικούς Λειτουργούς. Στόχος της Μονάδας είναι η παροχή δωρεάν υπηρεσιών πρόληψης , διάγνωσης, υποστήριξης και θεραπείας παιδιών και εφήβων (από την προσχολική ηλικία έως 18 ετών) καθώς και συμβουλευτικής των γονέων /φροντιστών τους.

### 1.12 Ιατρείο παιδιών και εφήβων του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Χανίων

Κέντρο Ψυχικής Υγείας ενηλίκων, παίδων, εφήβων και ηλικιωμένων Χανίων ( στα πλαίσια του Κ.Δ. λειτουργεί και Ιατρείο Παιδιών και Εφήβων) παιδιά και έφηβοι με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιά και έφηβοι με διαταραχές συμπεριφοράς.

### 1.13 Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας (ορεινών & δυσπρόσιτων περιοχών)

Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων "Ο Άγιος Γεώργιος" - Ψυχιατρικός Τομέας (πρώην Θ.Ψ.Π. Χανίων) εκτός από ενήλικες με ψυχικές διαταραχές παρακολουθεί παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

### 1.14 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αυτιστικών Παιδιών Ν. Χανίων «Η Μεγαλόχαρη» (Κ.Η.Φ.Α.Π.)

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Αυτιστικών Παιδιών Ν. Χανίων «Η Μεγαλόχαρη», είναι Ν.Π.Ι.Δ., ιδρύθηκε με πρωτοβουλία του Συλλόγου Γονέων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων τον Αύγουστου του 1988 στα Χανιά και λειτουργεί από το 1998 ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Φιλοξενεί 14 παιδιά με αυτισμό και νοητική υστέρηση και παρέχει τις υπηρεσίες του καθημερινά από τις 7 π.μ. έως τις 3μ.μ. Το Κέντρο λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από 9μελές Δ.Σ. Τα έξοδα για τις ανάγκες του Κέντρου καλύπτονται από έκτακτες επιχορηγήσεις, εκδηλώσεις και δωρεές φορέων και πολιτών. Επίσης, αμέριστη είναι η ηθική και υλική συμπαράσταση τόσο της Νομαρχίας όσο και του Δήμου Χανίων.

**1.15 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίες (Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α)**
Το Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α λειτουργεί εδώ και 10 χρόνια. Εξυπηρετεί παιδιά με νοητική καθυστέρηση και εγκεφαλική παράλυση. Λειτουργεί από τις 7 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ. Υπάρχει ειδικό προσωπικό που ασχολείται με τα παιδιά, νοσηλευτικό προσωπικό για την αυτοεξυπηρέτηση των παιδιών, γιατρός, φυσικοθεραπευτής, γυμναστής,κοινωνικήλειτουργός. Το Κ.Η.Φ.Α.ΜΕ.Α είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου ειδικώς αναγνωρισμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ίδρυμα. Συντηρείται αποκλειστικά από δωρεές και από εκδηλώσεις. Επιχορήγηση από το κράτος δεν υπάρχει. Μόνο από το έκτακτο κρατικό λαχείο, ένα ποσό κατευθύνεται στα άτομα με ειδικές ανάγκες σε όλη την Ελλάδα και μοιράζεται.

**1.16 Κινητή μονάδα Λασιθίου**
Τα οργανωμένα κλιμάκια της Κ.Μ.Ψ.Υ Ν.Λασιθίου αποτελούνται από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο, Νοσηλευτή, Κοινωνικό Λειτουργό, Λογοθεραπευτή
και προσφέρουν: 1. Ψυχιατρική παρακολούθηση και φροντίδα του ψυχικά ασθενούς. 2. Πρόληψη υποτροπών και παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης. 3. Παρακολούθηση ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα. 4. Χορήγηση και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής. 5. Βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση πρακτικών αναγκών. 6. Συμβουλευτική υποστηρικτική θεραπεία. 7. Ψυχοθεραπείες ενηλίκων. Οι τακτικές παρακολουθήσεις γίνονται στους παρακάτω χώρους: Γ.Ν. Αγίου Νικολάου, Γ.Ν.Ιεράπετρας, Νοσοκομείο Ημέρας Σητείας Γ.Ν.Σητείας, Κοινωνικές δομές του Δήμου Αγίου Νικολάου Κ.Υ.Νεαπόλεως, Γηροκομείο Ιεράπετρας Κ.Υ.Τζερμιάδου Γηροκομείο Τζερμιάδου Αγροτικά Ιατρεία Παλαικάστρου, Ζήρου, Λιθινών, Μακρυγιαλού, Βραχασίου και κατ' οίκον επισκέψεις/νοσηλείες. Πραγματοποιείται τακτικό παιδοψυχιατρικό ιατρείο στα γραφεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον Άγιο Νικόλαο όπου αναλαμβάνουν παιδιά και έφηβους με διαταραχές συμπεριφοράς, με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Λογοθεραπείες προσφέρονται σε παιδιά και ενήλικές στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Επιπλέον πραγματοποιούνται Ημερίδες, Σεμινάρια, Ομιλίες, Παρεμβάσεις σε σχολεία, Σχολές Γονέων, Εκπαίδευση εθελοντικών τοπικών υποστηρικτικών πυρήνων και άλλες δράσεις στα πλαίσια της αγωγής στην κοινότητα.

**1.17 Κέντρο Ημέρας Ιεράπετρας Αποστολή**
Το Κέντρο Ημέρας Ιεράπετρας παρέχει πολύπλευρες υπηρεσίες σε συνανθρώπους μας με ψυχικές διαταραχές, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί ένα χώρο συνεύρεσης, δημιουργίας και επικοινωνίας για όλους όσους χρειάζονται υποστήριξη και ενίσχυση. Οι επωφελούμενοι και οι οικογένειές τους σε συνεργασία με την διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες και τις ανησυχίες τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συναντούν στην καθημερινότητά τους. Επιπλέον, το Κέντρο Ημέρας παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα ευπαθών κοινωνικών ομάδων, άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά, κοινωνικά, επαγγελματικά ή προσωπικά προβλήματα, καθώς και σε παιδιά, γονείς και εφήβους. Ιδιαίτερα σε παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων σε κατάσταση ανάγκης φροντίδας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης λόγω προβλημάτων λειτουργικότητας της οικογένειας (http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=12179&nt=156)

### 1.18 Κέντρο Προστασίας Παιδιού- Παιδόπολη Νεάπολης

Είναι η μοναδική Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ανατολική Κρήτη και έχει δυναμικότητα 45 ατόμων. Εκτείνεται σε οικόπεδο 14.500 τ.μ. με διαμορφωμένους χώρους στέγασης επιφάνειας 2.500 τ.μ. Παρέχονται υπηρεσίες 24ωρης φιλοξενίας σε απροστάτευτους άρρενες, ηλικίας 6-18 ετών, ημεδαπούς ή αλλοδαπούς, ορφανούς, εγκαταλελειμμένους, κακοποιημένους, που στερούνται οικογενειακού και λοιπού συγγενικού περιβάλλοντος.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην Κρήτη ανεπαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού οι οποίες παρεπιπτόντως, δεν έχουν ποτέ υπολογισθεί συστηματικά. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν υπάρχει ουδεμία δομή με κλίνες για αμιγώς παιδοψυχιατρικά περιστατικά πλήν λίγων δομών με πληθυσμό-στόχο παιδιά με ειδικές ανάγκες και χώροι φιλοξενίας παραβατικών, κακοποιημένων και εγκαταλελειμμένων παιδιών. Από τις 17 δομές για παιδιά και εφήβους που καταγράφηκαν μόνο οι 8 (από αυτές κάποιες υπολειτουργούν) αφορούν στην ψυχική υγεία. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας δεν καλύπτουν σε 24 ωρη βάση ανάγκες, αφού εξυπηρετούν μόνο με τακτικά πρωινά ιατρεία. Επίσης είδαμε (συνοπτικός πίνακας δομών) ότι υπάρχουν υπηρεσίες-δομές ενηλίκων που αναγκάζονται να παρέχουν στήριξη σε παιδιά – εφήβους, λόγω μη ύπαρξης ανάλογης δομής στην περιοχή τους.

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι κατά πρώτον ο προσδιορισμός των ψυχιατρικών αναγκών των παιδιών και εφήβων στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με βάση διεθνή δεδομένα και κατά δεύτερον η αντιπαράθεση των αναγκών αυτών με τις υπάρχουσες υπηρεσίες στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, ώστε να καταλήξουμε σε μια σειρά από συμπεράσματα για μια όσο το δυνατόν πιο εξορθολογισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους στην Κρήτη.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι ψυχιατρικές ανάγκες των παιδιών και εφήβων της Κρήτης προσδιορίσθηκαν, ελλείψει εθνικών και τοπικών επιδημιολογικών δεδομένων, ως «αναμενόμενα ποσοστά μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών» με βάση τα διεθνή δεδομένα επιπολασμού των ψυχικών νόσων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και τον απόλυτο αριθμό παιδιών/εφήβων στην Κρήτη όπως προκύπτει από την απογραφή του 2011. Κατόπιν, από τον κατά τα ανωτέρω προσδιορισθέντα αναμενόμενο απόλυτο αριθμό παιδιών και εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα στην Κρήτη, προσδιορίσαμε τον αριθμό αυτών που αναμένεται να αναζητήσουν βοήθεια και πάλι με βάση τα διεθνή δεδομένα. Κατόπιν καταγράψαμε και αναλύσαμε στο στατιστικό πακέτο SPSS 20 (statistical package for social sciences) τα δεδομένα του intake (πρώτη εξέταση) των Εξωτερικών Παιδοψυχιατρικών Ιατρείων Πα.Γ.Ν.Η. που λειτουργούν επί 16 χρόνια (από το 1997 έως και το πρώτο εξάμηνο του 2013) και αποτελούν την μείζονα δομή για Ψυχιατρικές Παθήσεις Παιδιών/Εφήβων στην Κρήτη. Έτσι, αντιπαραβάλλαμε τα αναμενόμενα δεδομένα ψυχιατρικών αναγκών για παιδιά και εφήβους με τα πραγματικά δεδομένα λειτουργίας της μείζονος Παιδοψυχιατρικής δομής στην Κρήτη.

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η απογραφή του 2011 (Πίνακας 1) μας δείχνει ακριβώς τον πληθυσμό της Κρήτης σε άνδρες και γυναίκες

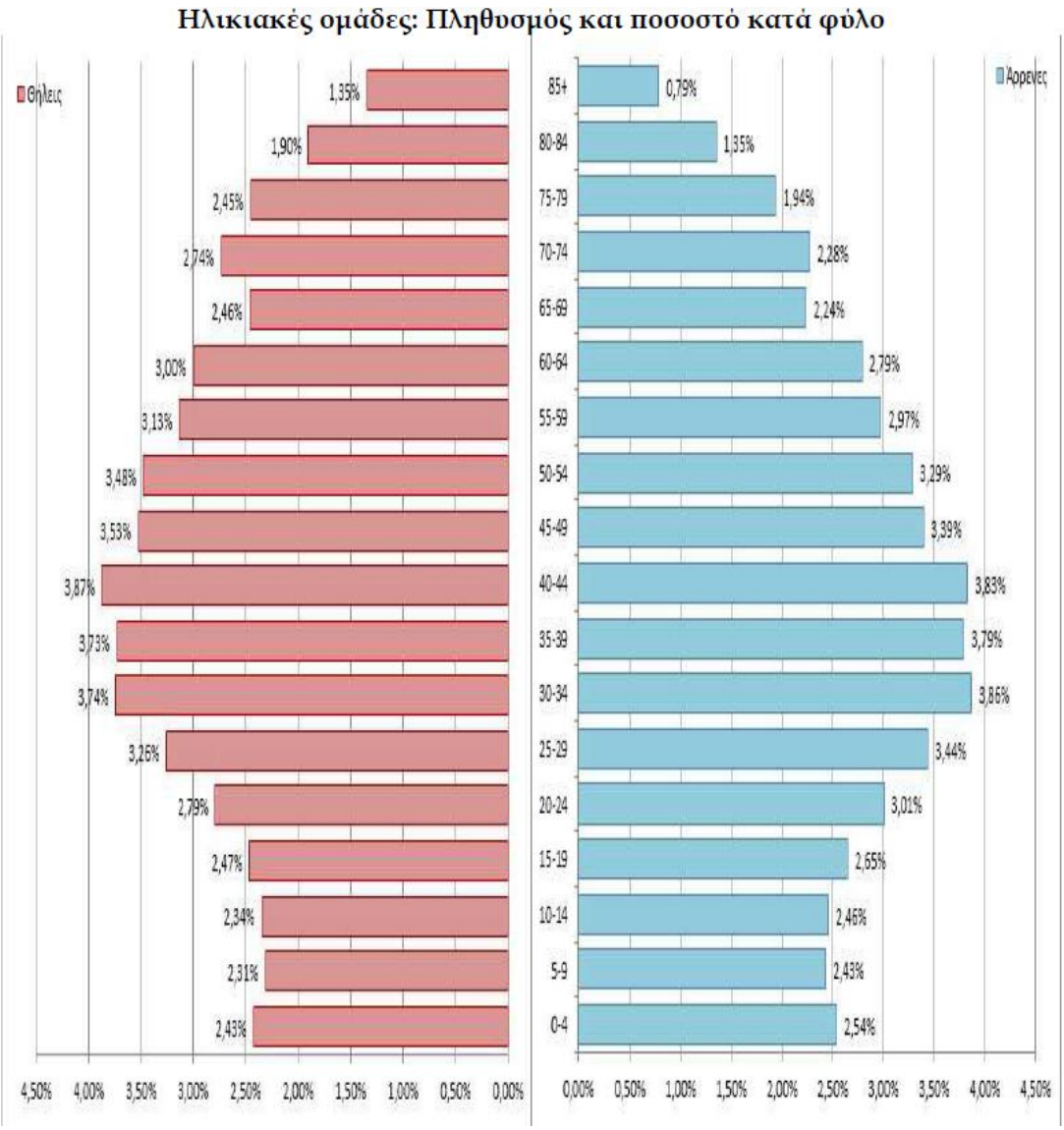
**Πίνακας 1: Απογραφή 2011: Μόνιμος Πληθυσμός κατά Φύλο και Περιφέρεια**

| Περιγραφή | Σύνολα | | | Ποσοστά επί συνόλου Περιφέρειας | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Σύνολο | Άρρενες | Θήλεις | Άρρενες | Θήλεις |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ** | **10.815.197** | **5.302.703** | **5.512.494** | **49,0** | **51,0** |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ | 608.182 | 299.643 | 308.539 | 49,3 | 50,7 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ | 1.881.869 | 912.577 | 969.292 | 48,5 | 51,5 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ | 283.689 | 141.779 | 141.910 | 50,0 | 50,0 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ | 336.856 | 165.775 | 171.081 | 49,2 | 50,8 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ | 732.762 | 362.194 | 370.568 | 49,4 | 50,6 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ | 547.390 | 277.475 | 269.915 | 50,7 | 49,3 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ | 207.855 | 102.400 | 105.455 | 49,3 | 50,7 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ | 679.796 | 339.310 | 340.486 | 49,9 | 50,1 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ | 577.903 | 291.777 | 286.126 | 50,5 | 49,5 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ | 3.827.624 | 1.845.279 | 1.982.345 | 48,2 | 51,8 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ | 199.231 | 99.984 | 99.247 | 50,2 | 49,8 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ | 308.975 | 155.845 | 153.130 | 50,4 | 49,6 |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ | 623.065 | 308.665 | 314.400 | 49,5 | 50,5 |

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα η Ελληνική Στατιστική Αρχή, με βάση την απογραφή πληθυσμού και κατοικιών το 2011 στην Κρήτη απογράφτηκαν 623.065 κάτοικοι.

Η απογραφή του 2011 μας έδωσε και τα ποσοστά πληθυσμού ανά ηλικιακά εύρη (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2**




Στις ηλικίες που μας ενδιαφέρουν εδώ (0-4, 5-9, 10-14 και 15-19 χρονών), υπολογίζουμε με βάση τον απόλυτο αριθμό (623.065) των απογραφέντων κατοίκων στην Κρήτη, 15480 παιδιά έως 4 χρονών, 14763 παιδιά ηλικίας 5-9 ετών, 14950 παιδιά ηλικίας 10-14 ετών και 15946 παιδιά ηλικίας 15-19 ετών, (σύνολο 61139 παιδιά 0-19 ετών στην Κρήτη). Οι παραπάνω αριθμοί είναι κατα προσέγγιση αφού τα ποσοστά του Πίνακα 2 αναφέρονται σε όλη την Ελληνική επικράτεια. Θεωρούμε όμως οτι αντανακλούν αρκετά καλά την πραγματικότητα υπο την προυπόθεση οτι δεν υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις των ποσοστών στην περιοχή της Κρήτης.

Στον Πίνακα 3, φαίνονται τα ποσοστά των ψυχιατρικών διαγνώσεων σε ένα χρονικό σημείο (3 μηνών) σε 6674 παιδιά από 9-16 χρονών. Η μεγάλη αυτή επιδημιολογική μελέτη που διήρκεσε από το 1993-2000 σε 11 πολιτείες της βόρειας Καρολίνας, έδειξε ότι 13.3% δηλαδή 887 παιδιά και έφηβοι είχαν μία ή και περισσότερες διαγνώσεις όπως άγχος αποχωρισμού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, φοβίες, πανικό, αγοραφοβία, μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία, άτυπη κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ΔΕΠΥ, διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική διαταραχή, νευρογενή ανορεξία, βουλιμία, μανία, τριχοτιλλομανία, ενούρηση και εγκόπριση, χρήση ουσιών, μετατραυματική διαταραχή στρες, ψύχωση ή ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Τα μισά απ' αυτά τα παιδιά (454) είχαν σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας. Τα ποσοστά ήταν μέγιστα στις ηλικίες 9 κ 10 χρονών, είχαν μια πτώση στην ηλικία των 12 χρονών και μετά αυξήθηκαν πάλι ως τα 16. Στα 12 είναι η ηλικία που πολλές απο τις καταστάσεις της παιδικής ηλικίας (όπως ΔΕΠΥ, άγχος αποχωρισμού, ενούρηση, εγκόπριση και κινητικά και λεκτικά τικ) είχαν σχεδόν φύγει, ιδίως στα αγόρια, ενώ οι καταστάσεις της εφηβείας δεν είχαν αρχίσει ακόμα να αναπτύσσονται πλήρως. Η είσοδος στην εφηβεία χαρακτηριζόταν από αύξηση της κατάθλιψης και της κοινωνικής φοβίας ιδίως στα κορίτσια, ενώ στην μεσοεφηβεία μετά τα 14, η αύξηση της χρήσης ουσιών ήταν δραματική και στα δύο φύλα με αύξηση του πανικού, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και των μειζόνων ψυχώσεων. (Costello et al 2003). Η μελέτη αυτή συμφωνεί και επεκτείνει προηγούμενα ευρήματα αντίστοιχης μεγάλης μελέτης στην Μεγάλη Βρεττανία (Ford et al 1999), γεγονός που ενισχύει το κύρος των αποτελεσμάτων αυτών.

**Πίνακας 3**

Three-Month Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders*

**Table 2. Three-Month Prevalence of Selected *DSM-IV* Psychiatric Disorders***

| | | Age, y | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Diagnosis | Total (N = 6674) | 9-10 (n = 936) | 11 (n = 901) | 12 (n = 854) | 13 (n = 833) | 14 (n = 913) | 15 (n = 1136) | 16 (n = 1101) | Girls (n = 3005) | Boys (n = 3669) |
| Any diagnosis† | 13.3 (11.7-15.0) | 19.5 (15.4-24.4) | 12.7 (10.0-16.2) | 8.3 (6.0-11.4) | 12.7 (9.6-16.6) | 9.7 (7.3-13.0) | 14.2 (11.3-17.8) | 12.7 (9.9-16.2) | 10.6 (8.7-12.9) | 15.8 (13.5-18.5) |
| Serious emotional disturbance‡ | 6.8 (5.8-7.9) | 4.6 (3.4-6.3) | 3.6 (2.7-4.9) | 4.6 (3.1-6.7) | 6.5 (4.5-9.3) | 6.7 (4.8-9.3) | 10.5 (8.0-13.6) | 8.6 (6.5-11.5) | 5.6 (4.3-7.3) | 7.9 (6.5-9.5) |
| Any behavioral disorder | 7.0 (6.0-8.2) | 5.7 (4.2-7.8) | 4.4 (3.1-6.1) | 5.3 (3.5-7.9) | 5.2 (3.6-7.5) | 6.3 (4.5-8.8) | 10.0 (7.6-13.0) | 10.3 (7.8-13.5) | 4.5 (3.5-5.7) | 9.5 (7.9-11.5) |
| Conduct disorder | 2.7 (2.1-3.5) | 2.7 (1.8-4.1) | 2.1 (1.3-3.4) | 2.5 (1.3-4.8) | 3.3 (2.0-5.4) | 2.8 (1.7-4.8) | 3.1 (1.9-5.0) | 1.6 (0.7-3.3) | 1.2 (0.7-2.1) | 4.2 (3.1-5.6) |
| Oppositional defiant disorder | 2.7 (2.2-3.3) | 2.1 (1.5-2.9) | 1.9 (1.4-2.6) | 2.1 (1.2-3.5) | 2.7 (1.6-4.6) | 3.1 (2.0-4.7) | 4.1 (2.7-6.2) | 2.2 (1.3-3.9) | 2.1 (1.6-2.9) | 3.1 (2.4-4.2) |
| ADHD | 0.9 (0.6-1.2) | 2.2 (1.2-3.9) | 1.4 (0.7-2.8) | 1.4 (0.7-2.9) | 0.5 (0.2-0.9) | 0.3 (0.1-0.6) | 0.4 (0.2-0.7) | 0.3 (0.1-0.6) | 0.3 (0.2-0.5) | 1.5 (1.0-2.1) |
| SUDs | 2.4 (1.8-3.1) | 0 | 0 | 0.1 (<0.1-0.4) | 0.3 (0.2-0.7) | 1.4 (0.7-2.8) | 5.3 (3.6-7.9) | 7.6 (5.4-10.5) | 2.0 (1.3-2.9) | 2.8 (1.9-4.0) |
| Any anxiety disorder | 2.4 (1.8-3.1) | 4.6 (2.8-7.5) | 2.6 (1.5-4.6) | 0.9 (0.6-1.4) | 2.0 (1.0-3.9) | 1.8 (0.9-3.6) | 2.8 (1.6-4.9) | 1.6 (0.8-3.1) | 2.9 (2.0-4.0) | 2.0 (1.3-3.1) |
| Any depressive disorder | 2.2 (1.6-3.0) | 0.5 (0.3-1.0) | 1.9 (1.0-3.5) | 0.4 (0.2-0.8) | 2.6 (1.3-5.3) | 2.7 (1.4-5.0) | 3.7 (2.3-6.0) | 3.1 (1.8-5.3) | 2.8 (1.8-4.3) | 1.6 (1.0-2.5) |

Abbreviations: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; SUDs, substance use disorders.
*Data are given as the percentage of participants (95% confidence intervals).
†One or more of separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, simple phobia, panic disorder, agoraphobia, major depression, dysthymia, depression not otherwise specified, bipolar disorder, ADHD, conduct disorder, oppositional disorder, anorexia nervosa, bulimia, mania, trichotillomania, enuresis, encopresis, SUDs, posttraumatic stress disorder, psychosis, or obsessive compulsive disorder.
‡Serious emotional disturbance is defined as any diagnosis accompanied by significant functional impairment.

From: **Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence**
Arch Gen Psychiatry. 2003;60(8):837-844

Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι αν και κατά μέσο όρο μόνο 13.3% των παιδιών είχαν ψυχιατρική διάγνωση σε ένα χρονικό σημείο όπου έγινε η μέτρηση, η συνεχής συλλογή δεδομένων καθ' όλη την διάρκεια των 7 χρόνων της μελέτης, έδειξε ότι περίπου το τριπλάσιο νούμερο (36,7%) ανέπτυξε μια η περισσότερες διαταραχές μέχρι τα 16 τους (Πίνακας 4). Και μάλιστα ότι καθώς γίνονται έφηβοι, οι ψυχιατρικές

διαταραχές προκαλούν όλο και μεγαλύτερη διαταραχή στη λειτουργικότητά τους και αρχίζουν να εμφανίζονται παθήσεις όπως κατάθλιψη, πανικός και χρήση ουσιών. Ιδίως τα κορίτσια, άπαξ και εμφανίσουν μια ψυχική διαταραχή έχουν αυξημένη πιθανότητα να συνεχιστεί ή να εμφανίσουν και άλλο επεισόδιο ή και άλλη διαταραχή.

**Πίνακας 4**

Predicted Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Age 16 Years*

**Table 3. Predicted Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Age 16 Years***

| Diagnosis | Total | Girls | Boys |
|---|---|---|---|
| Any disorder | 36.7 (2.7) | 31.0 (2.3) | 42.3 (3.1) |
| Any emotional disorder | 15.0 (1.7) | 17.1 (1.7) | 13.0 (1.6) |
| Any anxiety disorder | 9.9 (1.5) | 12.1 (1.5) | 7.7 (1.4) |
| Any depressive disorder | 9.5 (1.1) | 11.7 (1.2) | 7.3 (1.0) |
| Any behavior disorder | 23.0 (1.7) | 16.1 (1.2) | 29.9 (2.2) |
| Conduct disorder | 9.0 (1.2) | 3.8 (.7) | 14.1 (1.8) |
| Oppositional defiant disorder | 11.3 (1.0) | 9.1 (1.0) | 13.4 (1.0) |
| ADHD | 4.1 (.7) | 1.1 (.2) | 7.0 (1.1) |
| SUDs | 12.2 (.6) | 10.1 (.5) | 14.3 (.7) |

Abbreviations: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; SUDs, substance use disorders.
*Data are given as the percentage of participants (SE).

From: **Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence**
Arch Gen Psychiatry. 2003;60(8):837-844

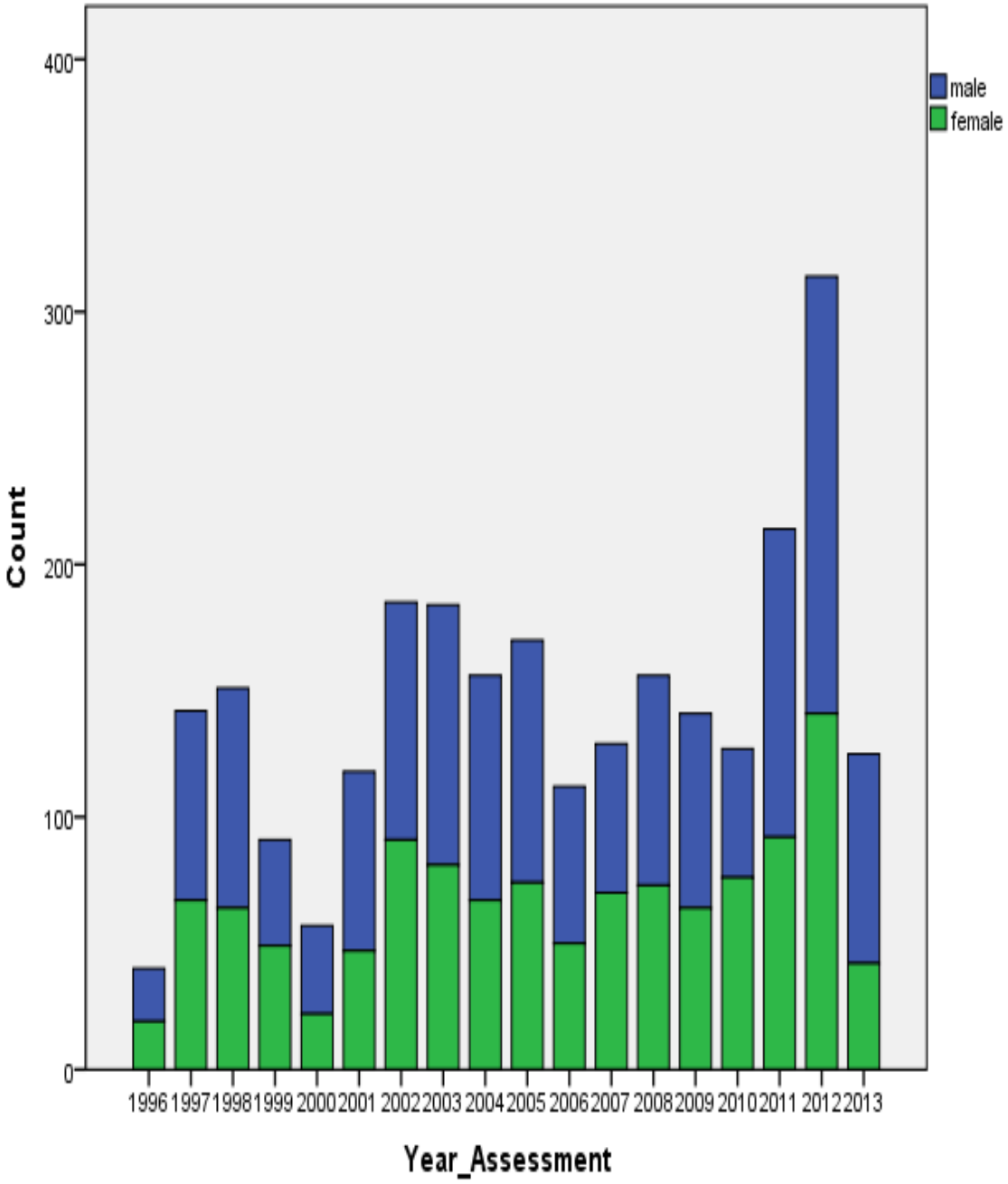
Υπάρχουν διάφορες διεθνείς μελέτες για το ποσοστό των παιδιών και εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα, που επισκέπτονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τις συντηρητικότερες εκτιμήσεις, όπως πχ σε μελέτη του 1995, που διεξήχθη στην Αυστραλία, μόνο το 2% των παιδιών - εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα απευθύνθηκαν σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε μια περίοδο έξι μηνών (Zubrick et al 1995). Το ποσοστό αυξάνει σημαντικά (29%) όταν εξετάσει κανείς όλες τις επαγγελματικές υπηρεσίες στην κοινότητα (πχ σχολικές, κοινωνικές κλπ) και όχι μόνον τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας με την αυστηρή έννοια του όρου (νοσοκομείο, εξωτερικά ιατρεία κλπ) (Sawyer et al 2000).

Από τα παραπάνω μπορούμε να υπολογίσουμε αδρά ότι για την Κρήτη με πληθυσμό περίπου 40.000 παιδιά ηλικίας 4-16 χρονών (Πίνακας 1), περίπου 5320 παιδιά (13.3%) έχουν ανα πάσα στιγμή προβλήματα ψυχικής υγείας. Από αυτά, υπολογίζουμε ότι περίπου 1330 παιδιά (25%) με προβλήματα ψυχικής υγείας θα επισκέπτονται υπηρεσίες στην Κοινότητα μέσα σε ένα χρόνο. Το τελευταίο είναι δύσκολο να ελεγχθεί, αλλά ανεκδοτολογικές πληροφορίες δείχνουν ότι τόσες είναι περίπου οι παραπομπές στον Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό Ηρακλείου (την μοναδική επίσημη κοινοτική δομή για ψυχιατρικά προβλήματα παιδιών και εφήβων στην Κρήτη) ανά έτος. Αυτό, αν και απαιτεί επίσημη διερεύνηση, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για τους έμμεσους υπολογισμούς μας στην παρούσα εργασία.

Όσον αφορά τα Εξωτερικά Παιδοψυχιατρικά Ιατρεία Πα.Γ.Ν.Η. στο οποίο και εστιάζεται η μελέτη μας, και το οποίο είναι και η μοναδική υπηρεσία Ψυχικής υγείας στην Κρήτη με την αυστηρή έννοια του όρου (Νοσοκομειακή Ψυχιατρική Υπηρεσία),

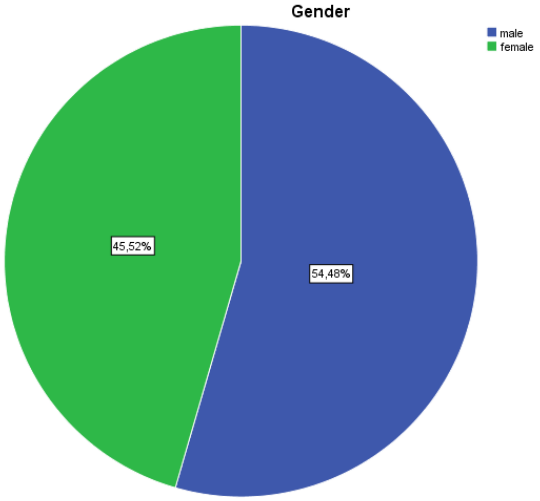
υπολογίζουμε οτι θα πρέπει να απευθύνονται σε αυτήν περίπου 106 παιδιά το εξάμηνο (2%) ή 212 παιδιά/έφηβοι τον χρόνο. Στον Πίνακα 5 φαίνεται η κατανομή των περιστατικών των Ε.Ι. Παιδοψυχιατρικής Πα.Γ.Ν.Η. στα 17 περίπου χρόνια λειτουργίας τους από το 1996 μέχρι και το πρώτο εξάμηνο του 2013.

**Πίνακας 5**




Προσήλθαν και εξετάσθηκαν τουλάχιστον άπαξ, 2612 νέα περιστατικά που μας κάνει ένα μέσο όρο 154 νέων προσελεύσεων τον χρόνο. Παρατηρείται ότι τα αγόρια υπερέχουν κάθε χρόνο και ότι τα τελευταία 3 χρόνια από το 2010 και μετά εμφανίζεται σταθερή αύξηση των περιστατικών (σημειωτέον ότι η τελευταία στήλη του 2013, αφορά μόνον ένα εξάμηνο). Τα αγόρια υπερέχουν των κοριτσιών (54,48% αγόρια και 45,52%κορίτσια) (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6**

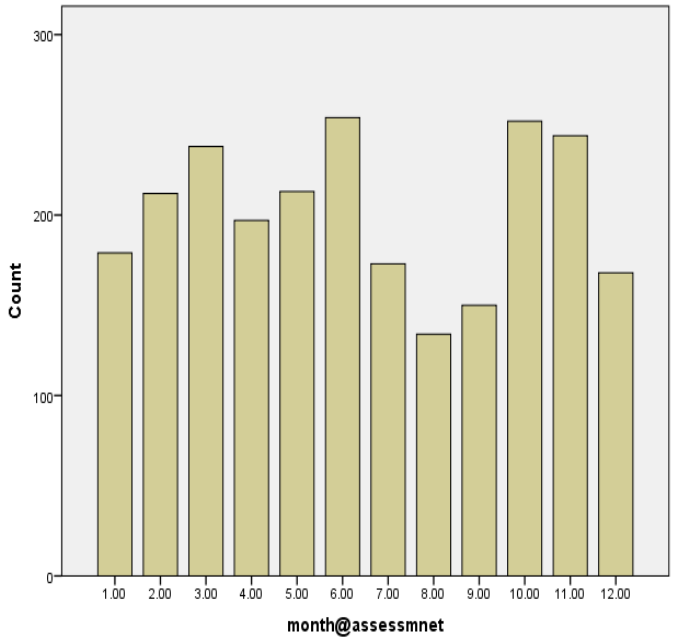



Κατανομή Αγοριών -Κοριτσιών

Στον Πίνακα 7 φαίνεται η κατανομή όλων των περιστατικών ανά μήνα. Φαίνεται μια τάση για λιγότερες παραπομπές τους μήνες Ιούλιο-Σεπτέμβριο και τα Χριστούγεννα.

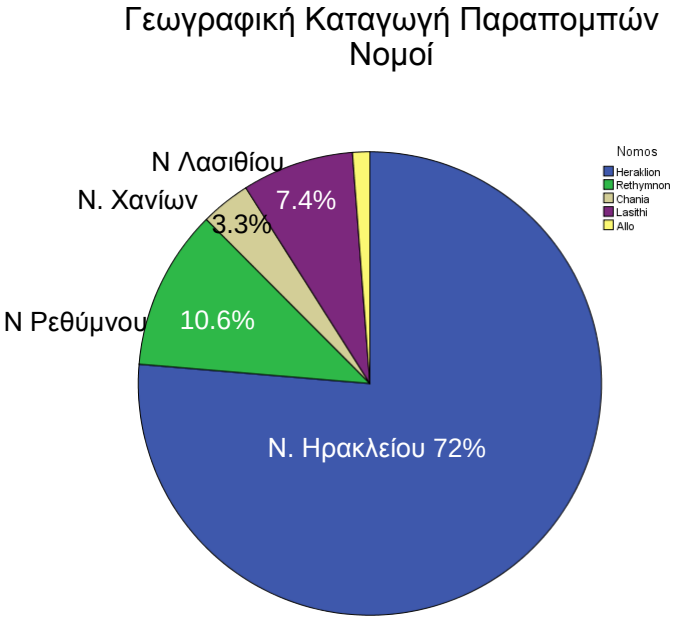
**Πίνακας 7**

**Κατανομή περιστατικών ανά μήνα**



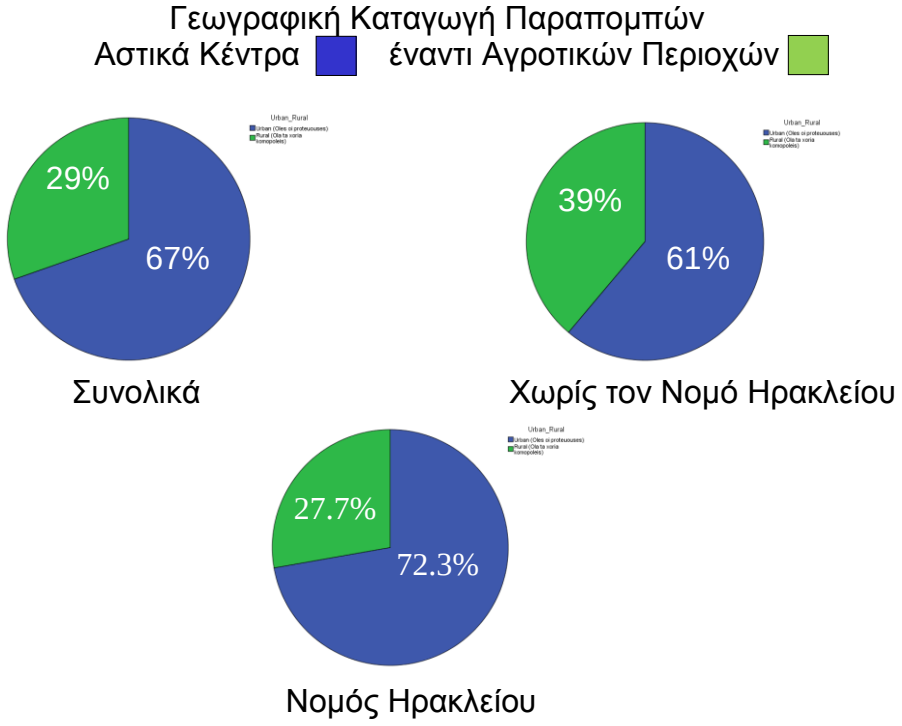
Στον Πίνακα 8 φαίνεται η κατανομή των περιστατικών ανά νομό, με τον νομό Ηρακλείου να κατέχει την μερίδα του λέοντος,πάνω από τα 2/3 των παραπομπών.

**Πίνακας 8**



Στον Πίνακα 9 φαίνεται η κατανομή των περιστατικών από τα αστικά κέντρα (πρωτεύουσες νομών) σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές της Κρήτης, με χαρακτηριστική την υπεροχή των αστικών κέντρων

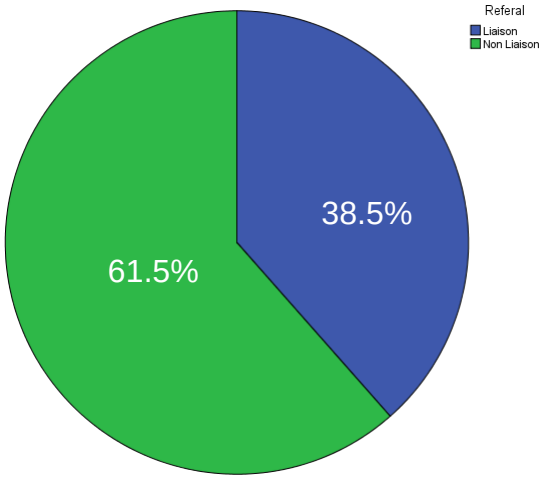
**Πίνακας 9**



Στους πίνακες 10 και 11 φαίνεται η κατανομή των περιστατικών που παραπέμπονται από τις κλινικές του Πα.Γ.Ν.Η. (πχ Παιδιατρική, Παθολογική) έναντι των παραπομπών από την Κοινότητα (πχ γονείς, δάσκαλοι).

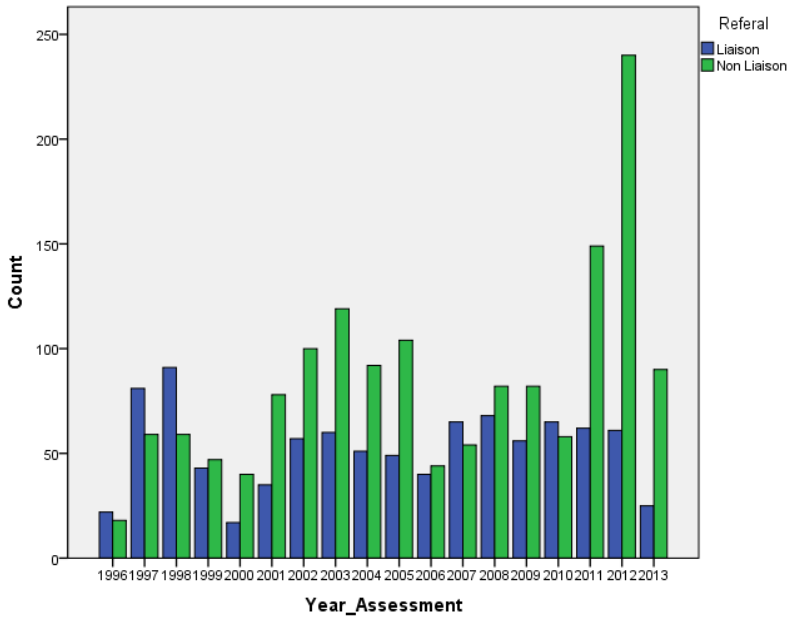
**Πίνακας 10**

Παραπομπές
Κοινότητα έναντι άλλων Κλινικών ΠαΓΝΗ




**Πίνακας 11**

Παραπομπές ανα έτος απο Κοινότητα έναντι ΠαΓΝΗ

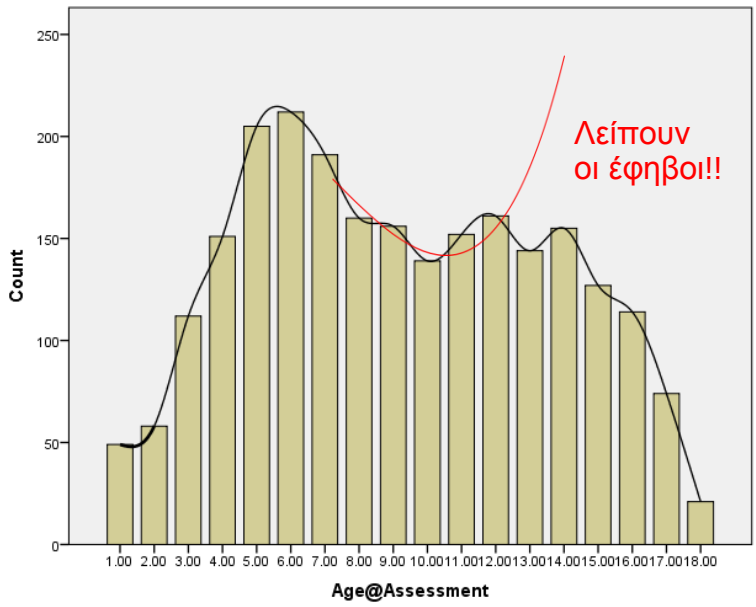



Η αυξητική τάση τα τελευταία 3 χρόνια προέρχεται απο παραπομπές εκτός ΠαΓΝΗ

Οι Πίνακες 12 και 13 δείχνουν την κατανομή περιστατικών ανά ηλικία, πρίν και μετά την εξαίρεση 710 περιστατικών με διαταραχές λόγου και μαθησιακές διαταραχές που απασχολούν παιδιά ηλικίας 3-9 χρονών [δες πτώση της κορυφής (peak) στον Πίνακα 13]. Χωρίς τις τελευταίες, ο μέσος όρος των νέων περιστατικών ανά έτος κατέβηκε από το 154/έτος (Πίνακας 5) στα 112/έτος. Χαρακτηριστική είναι η απουσία νέων περιστατικών στις εφηβικές ηλικίες (μετά τα 13-14).

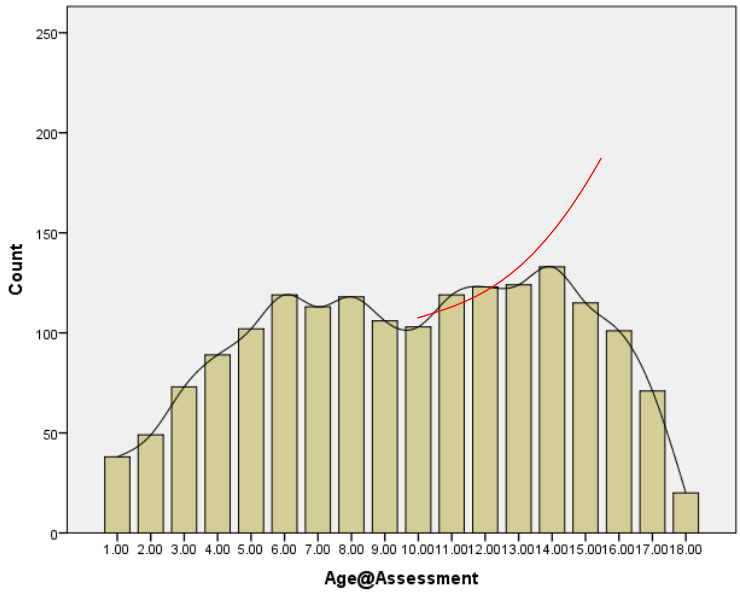
**Πίνακας 12**

Κατανομή Παραπομπών ανα Ηλικία




**Πίνακας 13**

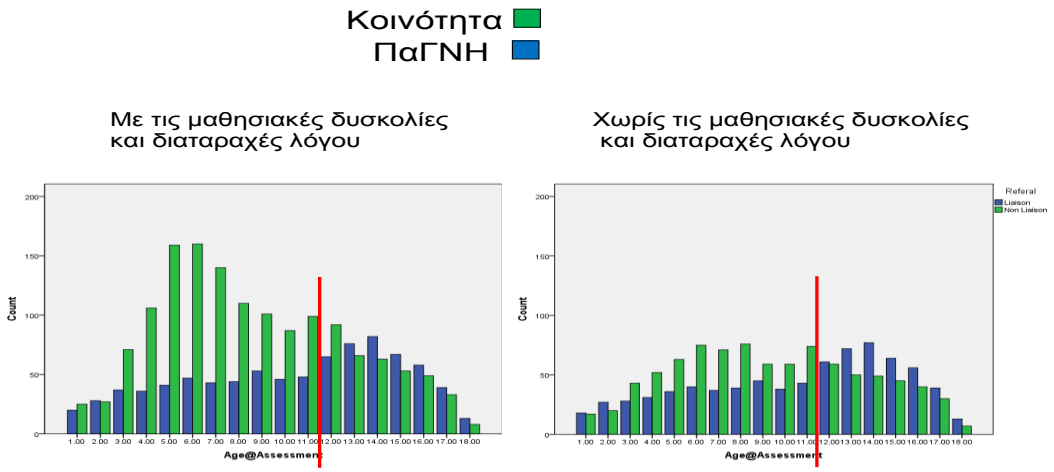
Κατανομή Παραπομπών ανα Ηλικία
χωρίς τις μαθησιακές-δυσλεκτικές κ διαταραχές λόγου (n=710)



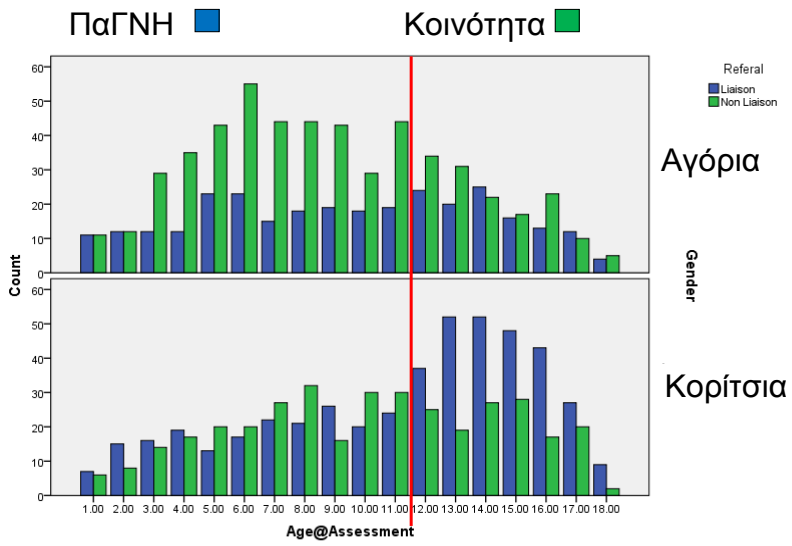

1902 νέα περιστατικά σε ~17 χρονια (1996-2013)
Μέσος όρος 112 περιστατικών τον χρόνο

Διερευνώντας το παραπάνω εύρημα, φαίνεται από τον Πίνακα 14 ότι οι παραπομπές από τις άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η., αυξάνουν όλο και πιο πολύ με την αύξηση της ηλικίας και ξεπερνούν τις παραπομπές από την κοινότητα μετά τα 13. Δηλαδή οι έφηβοι από 13 ετών και πάνω βρίσκουν το δρόμο τους για την Παιδοψυχιατρική Κλινική μέσα από άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η. ενώ από την κοινότητα οι παραπομπές φθίνουν αντί να αυξάνονται και αυτές. Ο Πίνακας 15 δείχνει ότι αυτό ισχύει κυρίως για τα κορίτσια από 12-13 χρονών και πάνω.

**Πίνακας 14**

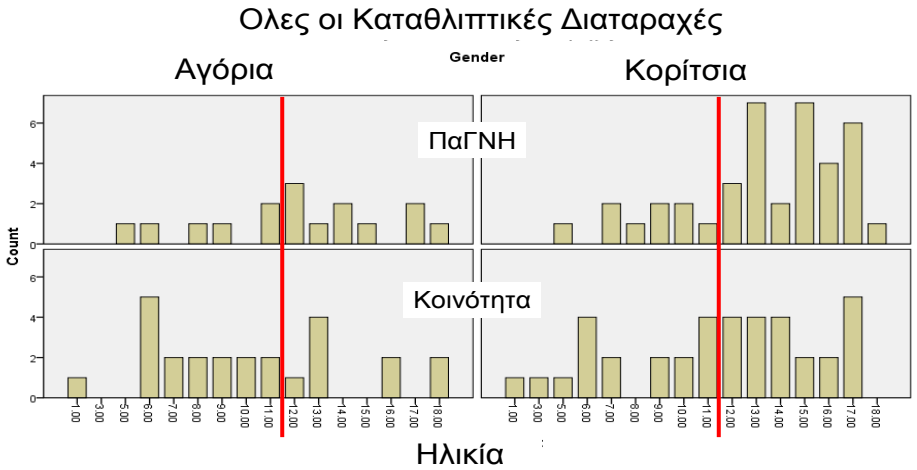



**Πίνακας 15**



Στον Πίνακα 16 βλέπουμε την κατανομή μόνον των παραπομπών με καταθλιπτικές διαταραχές (όλες μαζί) ανά φύλο και πηγή παραπομπής (Πα.Γ.Ν.Η. έναντι Κοινότητας)

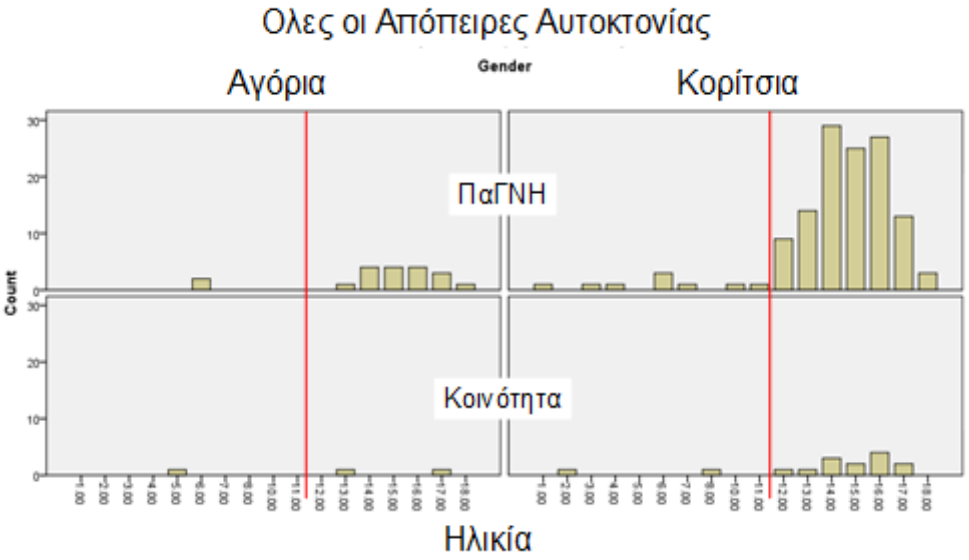
**Πίνακας 16**




Η κόκκινη γραμμή διαχωρίζει τα αγόρια (αριστερά) και τα κορίτσια (δεξιά) πάνω από 12 χρονών. Διαπιστώνεται ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες στις έφηβες (δεξιά άνω και κάτω πάνελς) και προέρχονται συχνότερα από τις άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η. (πάνω δεξιά) σε σχέση με την κοινότητα (κάτω δεξιά).

Ο πίνακας 17 δείχνει τις απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά/εφήβους με διεγνωσμένη ή μή πάσης φύσεως καταθλιπτική διαταραχή, ανά φύλο και πηγή παραπομπής

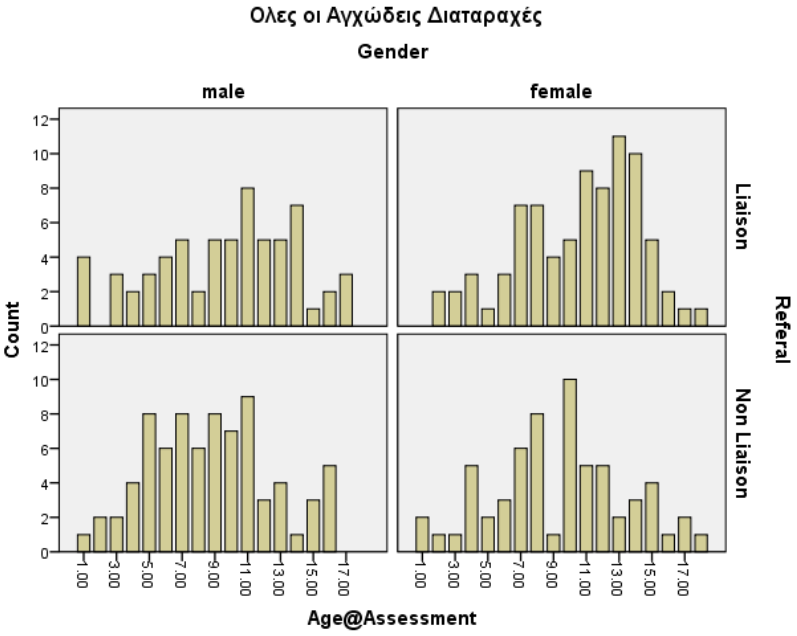
**Πίνακας 17**




Η κόκκινη γραμμή διαχωρίζει τα αγόρια (αριστερά) και τα κορίτσια (δεξιά) πάνω από 12 χρονών. Διαπιστώνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία αποπειρών αυτοκτονίας αφορούν έφηβες (δεξιά άνω και κάτω πάνελς) και προέρχονται σχεδόν όλες από τις άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η. (πάνω δεξιά) σε σχέση με την κοινότητα (κάτω δεξιά).

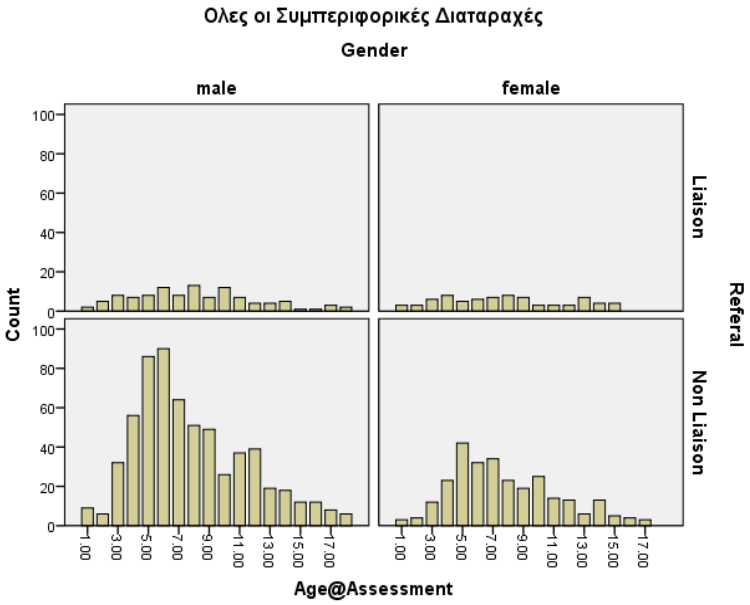
Οι αγχώδεις διαταραχές (όλες μαζί) είναι πιό ισοκατανεμημένες μεταξύ των δύο φύλων, αλλά το μοτίβο είναι ίδιο με τις καταθλιπτικές διαταραχές (περισσότερες στις έφηβες απο άλλες κλινικές ΠαΓΝΗ σε σχέση με την κοινότητα), αν και όχι τόσο εκσεσημασμένο (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18**



Αντίθετα, οι συμπεριφορικές διαταραχές εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια και στην συντριπτική τους πλειοψηφία προέρχονται από την Κοινότητα (γονείς, δασκάλους) (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19**



# ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πολλά χρήσιμα συμπεράσματα πηγάζουν από αυτή την περιγραφική ανάλυση των νέων παραπομπών στα εξωτερικά ιατρεία της Παιδοψυχιατρικής Πα.Γ.Ν.Η. στα 17 χρόνια λειτουργίας τους. Αυτά συζητούνται ένα προς ένα, και ακολουθούν οι προτάσεις μας, οι οποίες απορρέουν απο τα αποτελέσματά μας, για μια εξορθολογισμένη ανάπτυξη των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών του τόπου, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού

**Ι.** Ο μέσος όρος των 154 νέων περιστατικών/χρόνο (Πίνακας 5) πλησιάζει αρκετά το θεωρητικά αναμενόμενο των 212/χρόνο, στο οποίο όμως δεν πρέπει να υπολογίζονται τα περιστατικά μαθησιακών και διαταραχών λόγου. Όταν αυτά αφαιρεθούν, οι παραπομπές για αμιγή ψυχιατρικά προβλήματα κατέρχονται στις 112/χρόνο (Πίνακας 13) που είναι σχεδόν το μισό των αναμενόμενων σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Προτείνουμε την ευαισθητοποίηση της κοινότητας, και αρτιότερη επάνδρωση των εξωτερικών ιατρείων της Παιδοψυχιατρικής για έγκαιρη και αποτελεσματικότερη ανίχνευση των ψυχιατρικών περιστατικών. Επίσης, φαίνεται αναγκαία η δημιουργία ξεχωριστής υπηρεσίας εξωτερικών ιατρείων Πα.Γ.Ν.Η. για τα περιστατικά με μαθησιακές διαταραχές και διαταραχές λόγου, ή η απευθείας παραπομπή τους σε ειδικές μονάδες εκτός Πα.Γ.Ν.Η.

**ΙΙ.** Οι άλλες κλινικές Πα.Γ.Ν.Η., κυρίως παιδιατρική και παθολογική αποτελούν σημαντική πηγή παραπομπών παιδιών και εφήβων με ψυχιατρικά προβλήματα (Πίνακας 14). Προτείνεται η στήριξη των κλινικών αυτών με ειδική υπηρεσία Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής.

**ΙΙΙ.** Η αυξητική τάση των παραπομπών από την κοινότητα (γονείς-δάσκαλοι), μετά το 2010 (Πίνακας 10 και Πίνακας 11) μπορεί να αντανακλά τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης και ειδικά την αδυναμία των γονέων να απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης μπορεί να αντανακλά, χωρίς να αποκλείεται η προηγούμενη πιθανότητα, και το γεγονός ότι από το 2010 και μετά εργάσθηκε και δεύτερος παιδοψυχίατρος στα εξωτερικά ιατρεία της Παιδοψυχιατρικής Πα.Γ.Ν.Η. Σε κάθε περίπτωση φαίνεται ότι υπάρχει τάση για αυξανόμενη ζήτηση παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών από το κοινό και ως εκ τούτου απαιτείται τάχιστα άρτια στελέχωση και επάνδρωση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών Πα.Γ.Ν.Η.

**IV.** Η εποχικότητα των παραπομπών (Πίνακας 7) εμφανίζει την αναμενόμενη διακύμανση – λιγότερες παραπομπές την εποχή των θερινών και διακοπών των Χριστουγέννων . Το γεωγραφικό μοτίβο όμως των παραπομπών δείχνει ότι ο νομός Ηρακλείου με τον μισό πληθυσμό της Κρήτης κατέχει το 72% των παραπομπών (Πίνακας 8) και η ίδια σχέση ισχύει και για το αστικό κέντρο του Ηρακλείου που με τον μισό πληθυσμό του νομού, κατέχει το 72.3% των παραπομπών από τον νομό συνολικά (Πίνακας 9). Δεύτερος έρχεται ο νομός Ρεθύμνου που ανέπτυξε υπηρεσίες τα τελευταία χρόνια και μετά ο νομός Λασιθίου που πιθανά το ποσοστό του να ήταν μεγαλύτερο εάν τα τελευταία 7-8 χρόνια δεν λειτουργούσε έστω και αποσπασματικά το Κ.Ε.Δ.Δ.Υ (Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης Διάγνωσης *και* Υποστήριξης) και η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας με παιδοψυχίατρο. Τα Χανιά έχουν μόνο το 3,3% επι των παραπομπών καθώς είναι από τους νομούς που έχει ανεπτυγμένες δομές ψυχικής υγείας και λόγω της απόστασης δεν φτάνουν παραπομπές στο Ηράκλειο. Αν

αποκλείσουμε την πιθανότητα να πέφτει η παιδοψυχιατρική νοσηρότητα έξω από την πόλη του Ηρακλείου, τότε ο κύριος λόγος για το γεγονός οτι η πόλη και γενικά ο νομός Ηρακλείου κατέχουν την μερίδα του λέοντος στις παραπομπές παιδοψυχιατρικών ασθενών προς το Πα.Γ.Ν.Η., πρέπει να είναι η εύκολη προσβασιμότητα του κοινού της πόλης και κατά δεύτερο λόγο του νομού Ηρακλείου σε σχέση με τις υπόλοιπες περιοχές της Κρήτης. Μια έμμεση απόδειξη του επιχειρήματος της προσβασιμότητας είναι το γεγονός ότι αν αποκλείσουμε τον νομό Ηρακλείου, τότε οι παραπομπές από τις αγροτικές περιοχές της υπόλοιπης Κρήτης ανεβαίνουν σημαντικά από 30% σε 40% σε σχέση με τις υπόλοιπες αστικές (Ρέθυμνο, Χανιά, Άγιος Νικόλαος) περιοχές της, που απέχουν και αυτές τόσο όσο και πολλές αγροτικές περιοχές από το Πα.Γ.Ν.Η. (Πίνακας 9). Φαίνεται απαραίτητο να αυξήσουμε την προσβασιμότητα των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες Πα.Γ.Ν.Η. Ο οικονομικότερος, αμεσότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος γι' αυτό είναι η δημιουργία τηλε-παιδοψυχιατρικών εξωτερικών ιατρείων με την χρήση νέων τεχνολογιών τηλε-ψυχιατρικής.

**V.** Τα κορίτσια εμφανίζουν συχνότερα συναισθηματικές (άγχος-κατάθλιψη) διαταραχές (Πίνακας 16), ενώ τα αγόρια εμφανίζουν συχνότερα συμπεριφορικές διαταραχές (Πίνακας 19), όπως αναμενόταν. Οι συμπεριφορικές διαταραχές των αγοριών παραπέμπονται από τους γονείς-δασκάλους από τα πρώτα χρόνια της εμφάνισής τους στην παιδική ηλικία, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο στους άρρενες εφήβους, οι οποίοι δεν εκπροσωπούνται επαρκώς (Πίνακας 19) και ως αναμενόταν σύμφωνα με διεθνή δεδομένα που αναφέρουν ότι η ψυχοπαθολογία αυξάνεται και αθροίζεται κατά την εφηβεία (Costello et al 2003). Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι μερικές συμπεριφορικές διαταραχές πχ ενούρηση-εγκόπριση, ορισμένες Δ.Ε.Π.Υ. αποδράμουν κατά την εφηβεία, αλλά ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι ότι οι έφηβοι άρρενες με συμπεριφορικές διαταραχές που εμμένουν (ορισμένες Δ.Ε.Π.Υ., διαταραχή διαγωγής/εναντιωματική διαταραχή που εξελίσσονται σε αντικοινωνική και παραβατική συμπεριφορά, χρήση ουσιών, πρόδρομα σημεία ψύχωσης ή ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή) δεν προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία από την κοινότητα (γονείς-δάσκαλοι). Έμμεση απόδειξη γι' αυτό είναι η μειωμένη εκπροσώπηση και των θηλέων εφήβων, οι οποίες ενώ εμφανίζουν υπεροχή στις συναισθηματικές διαταραχές, όπως αναμενόταν, προσέρχονταν τελικά στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες μέσω των άλλων κλινικών Πα.Γ.Ν.Η., μόνο όταν είναι πια πολύ αργά και έχουν εκδηλώσει απόπειρες αυτοκτονίας (191 περιπτώσεις, 10.4% επί του συνόλου) ή βαριά κλινικά σύνδρομα άγχους, κατάθλιψης (Πίνακας 17). Γενικώς, ήταν μη αναμενόμενο και ιδιαίτερα αξιοσημείωτο ότι ο αριθμός των προσερχομένων εφήβων αντί να αυξάνει με την ηλικία όπως προβλέπεται από την αυξημένη ψυχοπαθολογία τους έπεφτε όλο και πιο πολύ μέχρι τα 18. Τα Εξωτερικά Ιατρεία Πα.Γ.Ν.Η. είδαν πιο πολλά παιδιά 1 και 2 χρονών αντί εφήβους 17 και 18 χρονών. Ακόμα και αν βγάλουμε τα παιδιά με διαταραχές άρθρωσης, λόγου και μαθησιακές δυσκολίες (Πίνακας 13) που αποτελούν την μερίδα του λέοντος στις προσελεύσεις νέων περιστατικών όλα αυτά τα χρόνια, πάλι βλέπουμε ότι από 14 και πάνω η Παιδοψυχιατρική Κλινική είδε ελάχιστους εφήβους σε σχέση με το αναμενόμενο. Αν αποκλείσουμε την πιθανότητα να μην υπάρχει ψυχιατρική νοσηρότητα των εφήβων στην Κρήτη μία πιθανή εξήγηση είναι ότι απέφευγαν ίσως να απευθυνθούν σε μια ψυχιατρική δομή, καθώς η άγνοια και το στίγμα είναι προβλήματα που ακόμα δεν έχουν ξεπεραστεί. Μια συμπληρωματική εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες Πα.Γ.Ν.Η. ήταν περισσότερο προσαρμοσμένες και προσανατολισμένες προς την παιδική ηλικία παρά στις πιό ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων, οι οποίοι μπορεί έτσι να ένοιωθαν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες «δεν τους ταιριάζουν». Γεγονός όμως είναι ότι ως συνέπεια αυτού, τα

παραπεμπτικά από τις άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η.αυξάνονταν όλο και πιο πολύ με την αύξηση της ηλικίας και ξεπερνούσαν τις προσελεύσεις από την κοινότητα μετά τα 13. Δηλαδή οι νέοι από 13 ετών και πάνω έβρισκαν το δρόμο τους για τις Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες μέσα από άλλες κλινικές ΠΑ.Γ.Ν.Η. ενώ από την κοινότητα οι παραπομπές έφθιναν αντί να αυξάνονται και αυτές. Τα ευρήματα αυτά είναι κατά την γνώμη μας αρκετά ανησυχητικά, διότι εάν δεν περιθάλψουμε αυτή την ομάδα νέων με την αυξημένη ψυχοπαθολογία από κατάθλιψη, απόπειρες, κοινωνική φοβία, πανικό, χρήση ουσιών, παραβατικότητα, θρέφουμε τους ψυχωσικούς, μανιοκαταθλιπτικούς, εξαρτημένους, αντικοινωνικούς και αυτοκτονικούς του αύριο, την επιλόχεια κατάθλιψη και ψύχωση των μητέρων, την ενδο-οικογενειακή βία και την νέα γενεά μικρών παιδιών με ψυχιατρικά προβλήματα. Με βάση τα ευρήματα αυτά, κρίνεται απολύτως απαραίτητη η δημιουργία Εξωτερικού Ιατρείου Εφήβων στο Πα.Γ.Ν.Η. αφενός και αφετέρου Κοινοτικό Κέντρο Εφήβων με σκοπό την ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του κοινού (γονείς, μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου, καθηγητές, πρόνοια, δικαστικοί), την ανίχνευση εφήβων υψηλού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό και την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στις ομάδες εφήβων υψηλού κινδύνου, σε μη ιατρικοποιημένο επίπεδο κοινότητας. Η ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση/παρέμβαση στην κοινότητα στους εφήβους είναι πρωταρχικής σημασίας στην πρόληψη των συνεπειών στην ψυχική υγεία των μελλοντικών ενηλίκων και άρα καθοριστικός παράγων για την δημόσια υγεία.

# ΣΥΝΟΨΗ ΠΡΟΤΑΣΕΩΝ

Οι Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες στην Κρήτη είναι αποσπασματικές, μη συνδεδεμένες και ανεπαρκείς, με την μεγαλύτερη παιδοψυχιατρική υπηρεσία της (Πα.Γ.Ν.Η.), να αδυνατεί, πέραν της διάγνωσης και γνωματεύσεων, να παρέχει θεραπεία λόγω έλλειψης προσωπικού, κλινών και οργάνωσης, αλλά και αδυναμίας παραπομπών σε άλλες κοινοτικές δομές. Λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας αλλά και το optimum, δηλαδή το καλύτερο δυνατό , σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ προτείνουμε:

**Πρόταση 1:** Ευαισθητοποίηση της κοινότητας, και αρτιότερη επάνδρωση των εξωτερικών ιατρείων της Παιδοψυχιατρικής για έγκαιρη και αποτελεσματικότερη ανίχνευση των ψυχιατρικών περιστατικών.

**Πρόταση 2:** Δημιουργία ξεχωριστής υπηρεσίας εξωτερικών ιατρείων για τα περιστατικά με μαθησιακές διαταραχές και διαταραχές λόγου.

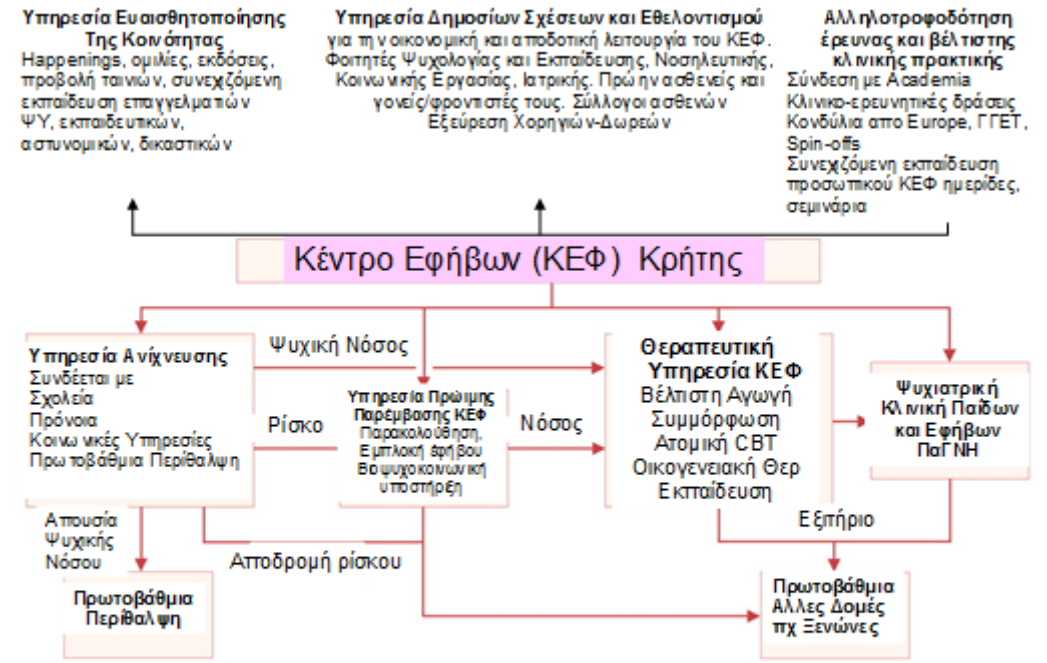
**Πρόταση 3:** Στήριξη των άλλων κλινικών Πα.Γ.Ν.Η. με ειδική υπηρεσία Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής.

**Πρόταση 4:** Άρτια στελέχωση και επάνδρωση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών Πα.Γ.Ν.Η. όπως έχει εξαγγελθεί. Αυτό μπορεί να καλύψει και τις ανάγκες των προτάσεων 2 και 3.

**Πρόταση 5:** Αύξηση της προσβασιμότητας των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες Πα.Γ.Ν.Η. με την χρήση νέων τεχνολογιών τηλε-ψυχιατρικής.

**Πρόταση 6:** Εξωτερικό Ιατρείο Εφήβων στο Πα.Γ.Ν.Η. και Κοινοτικό Κέντρο Εφήβων Κρήτης (Κ.Ε.Φ) με σκοπό την ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του κοινού (γονείς, μαθητές Γυμνασίου-Λυκείου, καθηγητές, πρόνοια, δικαστικοί), την ανίχνευση εφήβων υψηλού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό και την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση στις ομάδες εφήβων υψηλού κινδύνου, σε μη ιατρικοποιημένο επίπεδο κοινότητας. Το ΚΕΦ μπορεί να ανταποκριθεί και να καλύψει και της ανάγκες της πρότασης 1, 2 και 5.

Ειδικά για την **πρόταση-κλειδί 6** προτείνουμε το παρακάτω ολοκληρωμένο μοντέλο για ένα αποτελεσματικό και ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών.




Το μοντέλο για αποτελεσματικό και ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών

Ειδικά για την **πρόταση-κλειδί 4** προτείνουμε το παρακάτω ολοκληρωμένο μοντέλο που αφορά στην ολοκληρωμένη λειτουργία της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής

**Κριτήρια εισαγωγής θα πρέπει να είναι:**
η ψυχική νόσος ή η υποψία αυτής, που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με ασφάλεια σε εξωτερικά ιατρεία ή σε κοινοτικές δομές.

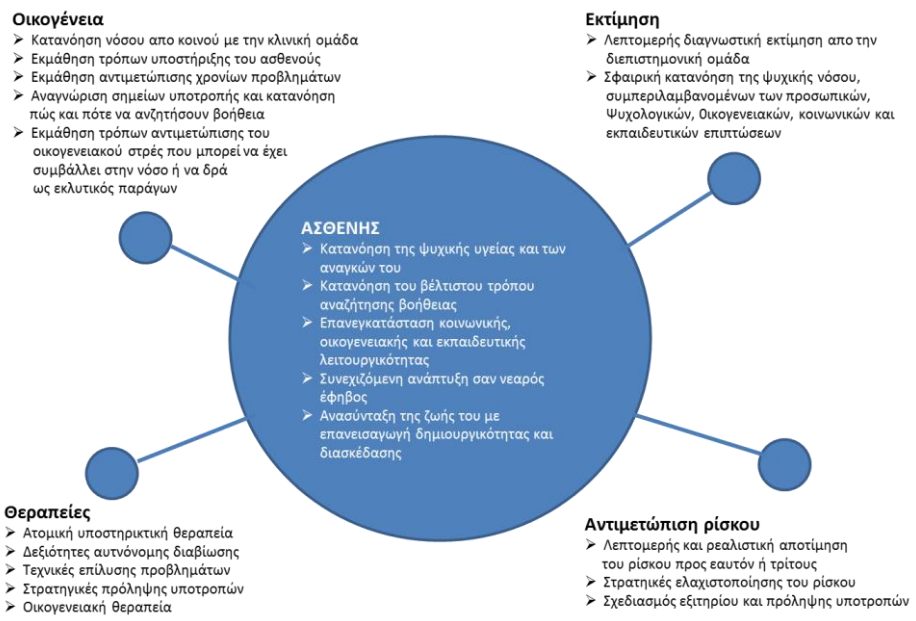
**Ο πληθυσμός-στόχος θα πρέπει να είναι:**
Όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένων των ψυχώσεων, συναισθηματικών διαταραχών, συναισθηματικά ασταθών διαταραχών προσωπικότητας, σοβαρών αντιδράσεων στο στρές, διαταραχών αυτιστικού φάσματος υψηλής λειτουργικότητας (Asperger), ψυχαναγκαστικών και καταναγκαστικών διαταραχών και διαταραχών διατροφής.

**Κριτήρια αποκλεισμού θα πρέπει να είναι:**
η σοβαρή παραβατική ή έντονα διαταρακτική συμπεριφορά που απαιτούν ένα πολύ πιο ασφαλές περιβάλλον από αυτό της κλινικής
η βαριά νοητική καθυστέρηση με διέγερση και συμπεριφορικές διαταραχές που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία και απαιτούν εξειδικευμένες δομές για χρόνια νοσηλεία –αποκατάσταση.

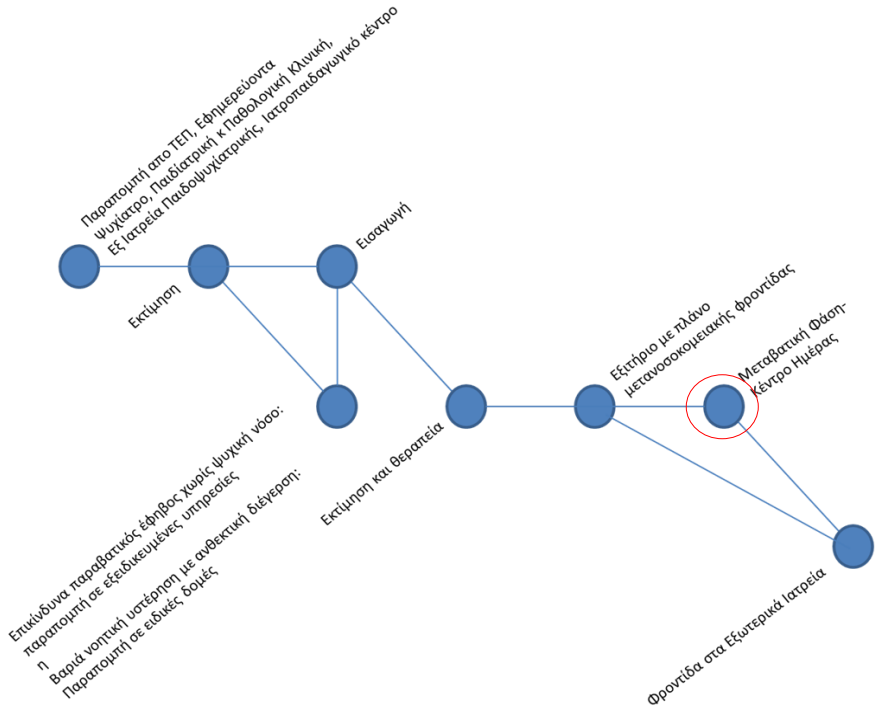
**Η φιλοσοφία της παιδοψυχιατρικής κλινικής θα πρέπει να είναι:**
η ελαχιστοποίηση του στίγματος,
η έμφαση στην κοινοτική ένταξη
η ολιστική προσέγγιση της προαγωγής της υγείας
η ανάπτυξη των απαιτούμενων δεξιοτήτων από τους ασθενείς με στόχο την αυτόνομη λειτουργία τους

**Οι βασικές αρχές λειτουργίας της παιδοψυχιατρικής είναι:**
η άμεση πρόσβαση για όσους χρειάζονται επείγουσα νοσηλεία,
οι ευρέως φάσματος παρεμβάσεις
η αφοσίωση με συνεργατική προσέγγιση και σεβασμό στην προσωπικότητα του κάθε νεαρού ασθενή

## Το μοντέλο της φροντίδας των νεαρών ασθενών της ΠΔΨ/κής




## Η «διαδρομή» της Φροντίδας



# ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην εργασία μας δεν υπολογίσαμε τα περιστατικά στο φάσμα του αυτισμού, τα οποία οφείλουν να αποτελούν τον πληθυσμό-στόχο ειδικών δομών. Υπολογίσαμε με βάση τα διεθνή δεδομένα (6/1000 παιδιά εμπίπτουν στις Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος-ΔΑΦ) ότι στα ~60.000 παιδιά της Κρήτης, υπάρχουν περίπου 367 παιδιά με Δ.Α.Φ. εκ των οποίων 37 (0.6/1000) παιδιά πρέπει να ανήκουν στο σύνδρομο Asperger (αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας που απασχολεί στην όψιμη εφηβεία τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες και κυρίως τις ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων), 226 παιδιά (3.7/1000) με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (αυτισμός με υψηλή συννοσηρότητα και μέτριας βαρύτητας), και 61-122 παιδιά (1-2/1000) με τον κλασσικό αυτισμό. Τα παιδιά αυτά απαιτούν εξειδικευμένες υπηρεσίες (ιατρικές/εκπαιδευτικές) για χρόνια παρακολούθηση, ενίοτε δε και μακροχρόνια εισαγωγή σε κλειστές ειδικές δομές. Η εργασία μας δεν εστιάσθηκε γύρω απο το θέμα του αυτισμού αλλά διαφαίνεται ξεκάθαρα απο τις παραπάνω απλές εκτιμήσεις και τις υπάρχουσες δομές που περιγράψαμε στην εισαγωγή (σελ 8-19 και ιδίως σελ 15) ότι απαιτείται άμεση βελτίωση και ανάπτυξη των ήδη υπαρχουσών εξωνοσοκομειακών δομών σε ένα ενιαίο ολοκληρωμένο σύστημα για την αντιμετώπιση και περίθαλψη των Δ.Α.Φ.

Η εργασία μας στηρίχθηκε σε πρώτες «διαγνώσεις εργασίας» και όχι σε τελικές διαγνώσεις, δηλαδή στην αρχική διαγνωστική εντύπωση του προσωπικού των ΕΙ παιδοψυχιατρικής. Αυτό έγινε διότι μόνο αυτές οι διαγνώσεις εργασίας ήσαν διαθέσιμες. Ως εκ τούτου, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν τα δεδομένα μας αντανακλούν με ακρίβεια τις τελικές διαγνώσεις, ούτε την βαρύτητά τους ή την συνοσσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές και ιατρικές παθήσεις. Το ζήτημα αυτό αντιμετωπίσθηκε με την καταχώρηση επι μέρους διαγνώσεων σε ομάδες όπως «όλες οι καταθλιπτικές διαταραχές» ή «όλες οι συμπεριφορικές διαταραχές» το οποίο εφαρμόζεται και στην διεθνή βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε, με την πεποίθηση ότι τυχόν διαγνωστικές ανακρίβειες της πρώτης διαγνωστικής εντύπωσης αμβλύνονται έτσι σημαντικά.

Όσον αφορά την ψυχιατρική νοσηρότητα και ψυχιατρικές ανάγκες του παιδικού-εφηβικού πληθυσμού στην Κρήτη, οι υπολογισμοί μας στηρίχθηκαν αναγκαστικά σε διεθνή δεδομένα ελλείψει επισήμων στοιχείων απο έγκυρες μελέτες που να αφορούν την ελληνική επικράτεια. Το πρόβλημα αυτό αντιπαρήλθαμε με την μεθοδολογία όπως περιγράφθηκε αναλυτικά (δες Μέθοδος). Επίσης, τα αποτελέσματά μας ήταν ενθαρρυντικά ως προς την εγκυρότητά τους, αφού συχνά βρίσκαμε παραλληλισμούς με την διεθνή βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά όμως, τα αποτελέσματά μας σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να θεωρηθούν ακριβή και γενικεύσιμα. Θα πρέπει να θεωρηθούν περισσότερο σαν μια πρώτη απόπειρα καταγραφής του προβλήματος και των ελλείψεων, ώστε να χρησιμεύσουν στην χάραξη κεντρικής στρατηγικής στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**1.** Anglin TM[1], Naylor KE, Kaplan DW. Pediatrics. 1996 Mar;97(3):318-30.Comprehensive school-based health care: high school students' use of medical, mental health, and substance abuse services.

**2.** Angold A[1], Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, Costello EJ.Arch Gen Psychiatry. 2002 Oct;59(10):893-901Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth
.

**3.** Barkley, R.A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A hand book for diagnosis and treatment. New York: Pergamon Press. (1998) New York, NY: The Guilford Press.

**4.** Biederman, J. Newcorn, J. Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorder. American Journal of Psychiatry.

**5.** Book Review: Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2007). Learning Disabilities: From Identification to Intervention. New York: Guilford

**6.** Costello EJ[1], Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence Arch Gen Psychiatry. 2003;60(8):837-844

**7.** Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., De Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith R.F. O., Barnekow V., Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012(HealthPolicyforChildrenandadolescents,No.6)
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf Πρόσβαση: 25 Ιουλίου 2013

**8.** Donald D. Hammill, EdD On Defining Learning Disabilities: An Emerging Consensus doi: 10.1177/002221949002300201J Learn Disabil February 1990 vol. 23no. 2 74-84

**9.** Döpfner M[1], Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008 Dec;17 Suppl 1:59-70. doi: 10.1007/s00787- 008-1007-y.

**10.** Essau CA. Depress Anxiety. 2005;22(3):130-7.Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders.

**11.** Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 10:3-8

**12.** Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders. J Am Child Adolesc Psychiatry 2003;42:1203–11.

**13.** Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of eating disorders and obesity: A consideration of shared risk factors. Health Education Research, 1(6),770-782

**14.** Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders 2003 Dec;34(4):383-96.

**15.** Mathet F[1], Martin-Guehl C, Maurice-Tison S, Bouvard MP Prevalence of depressive disorders in children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle Network]. 2003 Sep-Oct;29(5):391-400.

**16.** Mouzaki, A. & Sideridis, G. (2007). Poor readers' profiles among Greek students of elementary school. Hellenic Journal of Psychology, 4, 205-232 http://www.pseve.org/journal/UPLOAD/Mouzaki4b.pdf Πρόσβαση: 27 Νοεμβρίου 2013

**17.** Neuropsychological correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: Explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? By Nigg, Joel T. Hinshaw, Stephen P. Carte, Estol T. Treuting, Jennifer J. Journal of Abnormal Psychology, Vol 107(3), Aug 1998, 468-480.

**18.** Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy SE, Mandell DS, Miller LA, Pinto-Martin J, Reaven J, Reynolds AM, Rice CE, Schendel D, Windham GC. The epidemiology of autism spectrum disorders. Annu Rev Public Health. 2007;28:235-58.

**19.** Oxford, E. (1998).Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ADHD. Journal of Child Psychotherapy

**20.** Pastore DR[1], Juszczak L, Fisher MM, Friedman SB. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Aug;152(8):763-7 School-based health center utilization: a survey of users and nonusers.

**21.** Paula CS[1], Bordin IA[2], Mari JJ[2], Velasque L[3], Rohde LA[4], Coutinho S[5].2014 Feb18;9(2):e88241.The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions.

**22.** Pelham, W.E. (1994). Attention –Deficit Hyperactivity Disorder. A Clinician's guide. New York: Plenum.

**23.** Pescosolido BA[1], Jensen PS, Martin JK, Perry BL, Olafsdottir S, Fettes D. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 Mar;47(3):339-49. doi: 10.1097/CHI.0b013e318160e3a0. Public knowledge and assessment of child mental health problems: findings from the National Stigma Study-Children.

**24.** Ravens-Sieberer U[1], Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M; BELLA study group. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008 Dec;17 Suppl 1:22-33. doi: 10.1007/s00787- 008-1003-2.

**25.** Rief, S.F. (1993). How to reach and teach ADD/ADHD children: practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity west Nyack, New York: The Center for Appl. Res. In Education

**26.** Sawyer et al (2000). The Mental Health of Young People in Australia: The Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-Being, AGPS, Canberra

**27.** Sawyer MG[1], Rey JM, Arney FM, Whitham JN, Clark JJ, Baghurst PA Scientific World Journal. 2013; 2013:247283.Published online Apr 4, 2013. doi: 10.1155/2013/247283 Use of health and school-based services in Australia by young people with attention- deficit/hyperactivity disorder.

**28.** Sourander A[1], Santalahti P, Haavisto A, Piha J, IkAheimo K, Helenius H.J Am A cad Child Adolesc Psychiatry. 2004 Sep;43(9):1134-45 Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland.

**29.** Swanson, J.M. Sergeant, J.A. Taylor E. Sonuga –Barke, E.J.S. Jensen P.S. and Cantwell, D.P. (1998). Attention–deficit hyperkinetic disorder. The Lancet.

**30.** Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. Journal of Child Psychology and psychiatry and Allied Disciplines.

**31.** The projection of autism spectrum disorders (ASDs) in adult life K.G. Francis 2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens," Attikon" University General Hospital of Athens, Athens, Greece Psychiatriki 2012, 23:S66–73http://www.psych.gr/documents/psychiatry/23.2-GR-2012-SUP-66.pdf Πρόσβαση: 20 Νοεμβρίου 2013

**32.** Tirosh, E. Berger, J. Cohen–Ophir, M. Davidovitch, M. and Cohen A. (1998). Learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder: Parents and teachers perspectives, Journal of Child Neurology.

**33.** Vollebergh WA[1], ten Have M, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R, de Winter A, Ormel H, Verhulst F. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Jun;40(6):489-96 Mental health in immigrant children in the Netherlands.

**34.** WHO World Health Organization http://www.who.int/en/ Πρόσβαση: 18 Ιουλίου 2013

**35.** Zentall, S.S. (1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. Exceptional Children.

**36.** Zubrick et al (1995). Western Australian Child Health Survey: Developing Health and Well Being in the '90s, Australian Bureau of Statistics, Perth, Western Australia, ISBN 0-642-20754-2, cat. no. 4303.5.

**37.** Δημήτριος Γ. Γεωργιάδης Παιδοψυχίατρος, Ψυχίατρος Γ' Παιδοψυχιατρική Κλινική του Π.Ν.Α.-Ε.Σ.Υ. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Νέας Σμύρνης Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος –Ένωση Ψυχιάτρων Παιδιών & Εφήβων http://www.youth-alth.gr/gr/documents/sem_stress.pdf Πρόσβαση: 24 Ιουλίου 2013

**38.** Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Α. Πεχλιβανίδης, Α. Σπυροπούλου, Α. Γαλανόπουλος,Χ.Α. Παπαχρήστου, Γ.Ν. Παπαδημητρίου Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», Αθήνα http://www.mednet.gr/archives/2012-5/pdf/562.pdf Πρόσβαση : 26 Ιουλίου 2013

**39.** Διεπιστημονική και Ερευνητική Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη Παιδιών και Ενηλίκων http://www.dikepsy.gr/index.php/services?type=1&cid=21 Πρόσβαση: 18 Νοεμβρίου 2013

**40.** Ελληνική Εταιρία Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού http://www.elesyp.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=46%3A2009-09-21-08-14-29&catid=5%3A2009-07-28-10-17-59&Itemid=10&lang=el Πρόσβαση : 26 Οκτωβρίου 2013

**41.** Ελληνική Στατιστική Αρχή, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE Πρόσβαση: 20 Ιουλίου 2012

**42.** Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadgr.php Πρόσβαση: 26 Ιουλίου 2013

**43.** Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Έρευνα ESPAD 2011 – Έκθεση αποτελεσμάτων προς τον ΟΚΑΝΑ. http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/Ekthesi%20Apotelesmatwn%20Ereynas%20ESPAD%202011-EPIPSI.pdf Πρόσβαση: 4 Νοεμβρίου 2013

**44.** Ευρωπαϊκή Επιτροπή και Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας των Καταναλωτών «Μαζί πιο Υγιείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση». Δημόσια Υγεία. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/healthier_el.pdf Πρόσβαση: 26 Ιουλίου 2013

**45.** Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδας http://www.oeetak.gr/downloads/articles/Apopseis_politon_Kriti.pdf Πρόσβαση:20 Ιουλίου 2013

**46.** Παιδοψυχιατρική Κλινική Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών http://child-psychiatry.med.uoa.gr/enhmerwsh.html Πρόσβαση:24 Ιουλίου 2013

**47.** Πατσίδου, Μ. (2006). Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε μαθητές με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Θ.Ε.Α. τ. 31, Αθήνα.

**48.** Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, http://www.yyka.gov.gr/articles/news/1417-pagkosmia-hmera-diatrofhs Πρόσβαση : 26 Ιουλίου 2013

**49.** Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία 2008–2012. http://www.ygeianet.gov.gr/HealthMapUploads/Files/ALCOOL_TELIKO.pdf Πρόσβαση: 1 Νοεμβρίου 2013

**50.** Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης www.moh.gov.gr/articles/health/domes.../913-sxedio-psyxargws Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2014

**51.** Ψυχαργώς Μονάδες Ψυχικής Υγείας http://www.psychargos.gov.gr/ECPage.aspx?id=1634&nt=217&lang=1 Πρόσβαση: 23 Οκτωβρίου 2013