



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**(ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.)**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Τίτλος:**

***«Παιδοψυχιατρικά νοσήματα και ο ρόλος του νοσηλευτή»***

**Υπό:**

**Καραπιδάκη Αντωνία**

**Καρχιλάκη Αγγελική**

**Μεταξάκη Μαρία**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

**Καρτσωνάκη Μαρία, Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ. ΠΑ.Γ.Ν.Η., Εργαστηριακός Συνεργάτης  
ΤΕΙ Κρήτης, Νοσηλευτικής, MSc, PhDc.**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2020**

**© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 19/02/2019 με αριθμό Πρωτοκόλλου 2446 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iii
Ευρετήριο Πινάκων .....	v
Ευρετήριο Εικόνων .....	vi
Ευχαριστίες.....	vii
Συνοτομογραφίες .....	viii
Περίληψη.....	ix
Abstract .....	x
A. Γενικό Μέρος.....	11
Εισαγωγή .....	11
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b> .....	14
<b>Ψυχικά &amp; Παιδοψυχιατρικά Νοσήματα</b> .....	14
<b>1.1 Ιστορική Αναδρομή</b> .....	14
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νοσημάτων .....	14
1.1.2 Ιστορική Αναδρομή Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων .....	18
<b>1.2 Ορισμοί</b> .....	24
1.2.1 Ορισμός Ψυχικής Υγείας .....	24
1.2.2 Ορισμός Ψυχιατρικών Νοσημάτων .....	25
1.2.3 Ορισμός Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων .....	26
<b>1.3 Επιδημιολογία</b> .....	27
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b> .....	32
<b>Ψυχικές Διαταραχές σε Παιδιά</b> .....	32
2.1 Διαταραχές της Αγωγής .....	32
2.1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ).....	32
2.1.2 Εναντιωματική – Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) .....	38
2.1.3 Διαταραχή της Διαγωγής (ΔΔ) .....	42
2.2 Αναπτυξιακές Διαταραχές.....	45
2.2.1 Αυτισμός & Σύνδρομο Asperger .....	45
2.3 Συναισθηματικές Διαταραχές.....	50
2.3.1 Παιδική Κατάθλιψη.....	51
2.3.2 Αγχώδεις Διαταραχές .....	55
2.3.3 Διπολική Διαταραχή .....	59

<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></b> .....	62
<b>Αντιμετώπιση &amp; Θεραπεία των Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων</b> .....	62
<b>3.1 Πρόληψη</b> .....	62
<b>3.1.1 Πρόληψη κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία</b> .....	63
<b>3.2 Θεραπεία</b> .....	67
<b>3.2.1 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες</b> .....	68
<b>3.2.2 Φαρμακοθεραπεία</b> .....	75
<b>3.2.3 Εναλλακτικές Μέθοδοι Θεραπείας</b> .....	79
<b>B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	82
<b>Ανάλυση της έρευνας</b> .....	82
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup></b> .....	82
<b>Μεθοδολογία της έρευνας</b> .....	82
<b>4.1 Σκοπός &amp; Στόχοι της Εργασίας</b> .....	82
<b>4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα</b> .....	82
<b>4.3 Είδος μελέτης</b> .....	82
<b>4.4 Υλικό &amp; Μέθοδος</b> .....	85
<b>4.4.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Μελετών</b> .....	85
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup></b> .....	89
<b>Αποτελέσματα</b> .....	89
<b>5.1 Ρόλος Νοσηλευτή &amp; Παιδοψυχιατρικά Νοσήματα</b> .....	89
<b>5.2 Προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας</b> .....	92
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup></b> .....	95
<b>Συμπεράσματα</b> .....	95
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	97
<b>Ξένη βιβλιογραφία</b> .....	97
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	111

## *Ευρετήριο Πινάκων*

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία κατά το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV).....	36
Πίνακας 2. Ρόλος & προκλήσεις νοσηλευτή ψυχικής υγείας & παιδοψυχιατρικά νοσήματα.....	85
Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά μελετών.....	85

## *Ευρετήριο Εικόνων*

Εικόνα 1. Χαρακτικά από το 1525 που απεικονίζουν τρυπανισμό. Πιστεύονταν ότι το άνοιγμα οπών στο κρανίο θα μπορούσε να θεραπεύσει τις ψυχικές διαταραχές.....15

## *Ευχαριστίες*

*Στο τέλος της ακαδημαϊκής μας σταδιοδρομίας κληθήκαμε να ολοκληρώσουμε το ανά χείρας πόνημα, το οποίο σηματοδοτεί τη μετάβαση μας στον επαγγελματικό κόσμο. Η φοίτηση μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής μας γέμισε γνώσεις, εμπειρία, αλλά ενίσχυσε και τη θέληση μας να προσφέρουμε στον ασθενή και συνάνθρωπο μας.*

*Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στην καθηγήτρια μας Κ. Καρτσωνάκη Μαρία, η οποία με την πολύτιμη στήριξη της συνέβαλε σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στις οικογένειες και τους φίλους μας για τη συνεχή υποστήριξη και κατανόηση τους.*

## *Συντομογραφίες*

ASD - Autism Spectrum Disorder

CBT - Cognitive behavioral therapy

CD - Conduct Disorder

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

DBT - Dialectical Behavior Therapy

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

GFCF - Gluten Free Casein Free

IPSRT - Interpersonal Social Rhythm Therapy

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OCD - Obsessive-Compulsive Disorder

PST - Problem Solving Therapy

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder

SAMHA - Substance Abuse and Mental Health Administration

SED - Serious Emotional Disturbance

WHO - World Health Organization

ΔΔ - Διαταραχής της Διαγωγής

ΔΔ – Διπολική Διαταραχή

ΔΕΠΥ - Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα

ΕΠΔ - Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

ΜΚΔ - Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή

ΠΟΥ - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΥΠΔ - Υπερκινητική Διαταραχή



## *Περίληψη*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ψυχικές διαταραχές παιδιών και εφήβων εκδηλώνονται σε πολλούς τομείς και με διαφορετικούς τρόπους. Έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι οι ψυχικές διαταραχές σε νεαρή ηλικία μπορούν να οδηγήσουν σε συνεχιζόμενη επιδείνωση κατά την ενήλικη ζωή.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνήσει το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, καθώς και τις προκλήσεις που αυτός αντιμετωπίζει.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ερευνητικών εργασιών, καθώς επίσης και ανασκοπήσεων τόσο στην ελληνική, όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία. Η αναζήτηση αυτή πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως είναι το Google scholar, το Research Gate, Pubmed, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής κτλ. Οι λέξεις ευρετηριασμού που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: παιδοψυχιατρικά νοσήματα, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχικές διαταραχές, ρόλος νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση τα κριτήρια ένταξης πληρούσαν 9 μελέτες, οι οποίες και συμπεριλήφθηκαν. Τέσσερις μελέτες εξ αυτών ήταν ειδικά άρθρα και ειδικότερα βιβλιογραφικές επισκοπήσεις. Τέσσερις μελέτες ήταν ερευνητικές, τρεις από αυτές εκπόνησαν ποσοτικές έρευνες και μια μελέτη πραγματοποίησε ποιοτική έρευνα. Τέλος, συμπεριλήφθηκε ένα ειδικό άρθρο που ακολούθησε τη μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπό το πρίσμα της σημαντικής αύξησης του αριθμού των παιδιών που πάσχουν από παιδοψυχιατρικά νοσήματα τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος των νοσηλευτών ενισχύεται, εφόσον λόγω της άμεσης επαφής τους με το παιδί είναι σε θέση να συμβάλουν σημαντικά στη θεραπεία του. Ωστόσο, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μια σειρά προκλήσεων συμπεριλαμβανομένης της ελλιπούς κατάρτισης τους και του ασαφούς τρόπου με τον οποίο αυτοπροσδιορίζουν το έργο τους.

**Λέξεις - Κλειδιά:** Παιδοψυχιατρικά νοσήματα, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχικές διαταραχές, ρόλος νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

## *Abstract*

**INTRODUCTION:** Mental disorders in children and adolescents occur in many settings and can take several different forms. It is now understood that mental disorders at an early age can lead to continued deterioration in adulthood.

**AIM:** The aim of the present literature is to investigate the role nurses in addressing pediatric psychiatric disorders, as well as the challenges they face.

**METHODOLOGY:** Research papers, as well as reviews were searched for within both Greek and international literature. This research was carried on electronic databases such as Google scholar, Research Gate, Pubmed, Hellenic Medicine Archives etc. The key words utilized were: child mental illnesses, nursing care, mental disorders, and mental health nurse role.

**RESULTS:** In the present literature review 9 studies met the inclusion criteria, and therefore were included. Four of these studies were special articles, literature reviews in particular. Four studies were researches, three of whom carried quantitative researches and one study performed qualitative research. Finally, a special article was included that followed the qualitative research methodology.

**CONCLUSIONS:** In the light of the significant increase in the number of children suffering from psychiatric illnesses in recent years, the role of the nurses is strengthened, as due to their direct contact with the child, they are able to make a significant contribution to the treatment. However, nurses face a number of challenges, including their inadequate training and the vague way in which they define their work.

**Key Words:** Child mental illnesses, nursing care, mental disorders, mental health nurse role.

## *A. Γενικό Μέρος*

### *Εισαγωγή*

Η παιδική ηλικία είναι ένα στάδιο στη ζωή του ανθρώπου που διαθέτει μία τεράστια δυναμική ανάπτυξης. Τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας συνεπάγονται τεράστιες φυσικές αλλαγές στην ανάπτυξη, την κυριαρχία στις σωματικές λειτουργίες, την απόκτηση της γλωσσικής και γνωσιακής ανάπτυξης, ώστε να κατανοήσει το παιδί τόσο την ίδια σκέψη και συλλογιστική, όσο και του περίγυρου του, καθώς και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του (Sheehan R., 2017). Ως εκ τούτου, η σημασία που διαθέτει η ψυχολογική ευημερία των παιδιών και των εφήβων, για την υγιή συναισθηματική, κοινωνική, σωματική, γνωστική και εκπαιδευτική τους ανάπτυξη είναι ευρέως αναγνωρισμένη (Shastri P.C., 2009). Δεδομένου ότι τα παιδιά υφίστανται ταχύτερες φυσιολογικές, νευρολογικές και ψυχολογικές αλλαγές σε μία βραχύτερη περίοδο από ότι οι ενήλικες, η κλινική πρακτική θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις αναπτυξιακές συνθήκες του εκάστοτε παιδιού (Browne G. et al., 2012).

Ιστορικά, η αναγνώριση ότι τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν ψυχική ζωή αποτελεί μία σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Παλαιότερα παιδιά δεν είχαν αναγνωριστεί ως έχοντα συναισθήματα, ή ότι θα μπορούσαν να πάσχουν από μία σειρά ψυχιατρικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης ή της Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας – ΔΕΠΥ<sup>1</sup> (World Health Organization, 2003).

Παρά το γεγονός ότι η διαπίστωση ότι η σωματική υγεία μπορεί να επηρεαστεί από τραύματα, γενετικές διαταραχές, αλλά και ασθένειες έχει τύχει από καιρό ευρείας αποδοχής, η άποψη, ότι οι ίδιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία και να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις, έχει εδραιωθεί τα τελευταία χρόνια. Όταν οι παράγοντες κινδύνου και οι ευπάθειες έρχονται να υπερκεράσουν τους παράγοντες που δρουν κατά τρόπο προστατευτικό ή αυξάνουν την ανθεκτικότητα του ατόμου, ενδέχεται να αναπτυχθεί κάποια ψυχική διαταραχή (World Health Organization, 2005).

Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν διαγνώσιμες ασθένειες που χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά (ή κάποιο συνδυασμό αυτών) και οι οποίες δύνανται να προκαλέσουν στο άτομο αναστάτωση, υποβαθμίζοντας παράλληλα

---

<sup>1</sup> Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD

την καθημερινή λειτουργικότητα του (Murphey D., *et al.*, 2013). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)<sup>2</sup>, οι διαταραχές της ψυχικής υγείας κατατάσσονται μεταξύ των κύριων αιτιών αναπηρίας παγκοσμίως. Τρεις από τις δέκα κύριες αιτίες αναπηρίας σε άτομα ηλικίας μεταξύ 15 και 44 ετών συνιστούν ψυχικές διαταραχές, ενώ μέρος των υπόλοιπων αιτιών συχνά συνδέεται με ψυχικές διαταραχές. Τόσο προοπτικές, όσο και ανασκοπικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές ενηλίκων έχουν έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης της έκτασης, των παραγόντων κινδύνου και της εξέλιξης των ψυχικών διαταραχών στις εν λόγω ευαίσθητες ηλικιακές ομάδες (Merikangas K., *et al.*, 2009).

Οι ψυχικές διαταραχές παιδιών και εφήβων εκδηλώνονται σε πολλούς τομείς και με διαφορετικούς τρόπους. Έχει γίνει πλέον κατανοητό ότι οι ψυχικές διαταραχές σε νεαρή ηλικία μπορούν να οδηγήσουν σε συνεχιζόμενη επιδείνωση κατά την ενήλικη ζωή (World Health Organization, 2005). Περίπου ένα στα πέντε παιδιά υποφέρει από ένα συναισθηματικό ή συμπεριφορικό πρόβλημα, τα συμπτώματα του οποίου πληρούν τα υφιστάμενα κριτήρια για τη διάγνωση μίας διαταραχής. Το ήμισυ αυτής της ομάδας ζει με μία διαταραχή που συνεπάγεται σημαντική αναπηρία. Ένα στα 20, ή περίπου το 5% όλων των παιδιών εμφανίζει κάποια σοβαρή δυσλειτουργία (Koppelman J., 2004). Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται συνεχώς τα στοιχεία αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, καθώς την προαγωγή και την αντιμετώπιση προβλημάτων και διαταραχών της ψυχικής υγείας. Αναμένεται ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα συμβάλουν σημαντικά στο παγκόσμιο βάρος των ασθενειών κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους τα προβλήματα ψυχιατρικής φύσεως είναι ήδη τόσο κοινά, όσο ορισμένες κοινές ψυχολογικές παθήσεις όπως το άσθμα (Shastri P.C., 2009).

Σκοπός της παρούσας είναι να διερευνήσει τα κύρια παιδοψυχιατρικά νοσήματα και να αναδείξει το σημαίνοντα ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπευτική τους προσέγγιση. Το ανά χείρας πόνημα δομείται σε 4 κεφάλαια. Στο Πρώτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται μία ιστορική αναδρομή τόσο των ψυχιατρικών, όσο και των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, ενώ αποσαφηνίζονται και βασικοί όροι, όπως η ψυχική υγεία, τα ψυχιατρικά και παιδοψυχιατρικά νοσήματα. Επιπλέον, παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία που

---

<sup>2</sup>World Health Organization (WHO)

αφορούν στα παιδοψυχιατρικά νοσήματα. Στο Δεύτερο Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα κύρια ψυχικά νοσήματα που εμφανίζονται στα παιδιά και τα οποία κατατάσσονται σε διαταραχές της αγωγής, αναπτυξιακές και συναισθηματικές διαταραχές. Το Τρίτο Κεφάλαιο εστιάζει στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων παρουσιάζοντας στοιχεία για την πρόληψη, αλλά και τη θεραπεία τους. Τέλος, το Τέταρτο Κεφάλαιο πραγματεύεται το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων.

## *Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>*

### *Ψυχικά & Παιδοψυχιατρικά Νοσήματα*

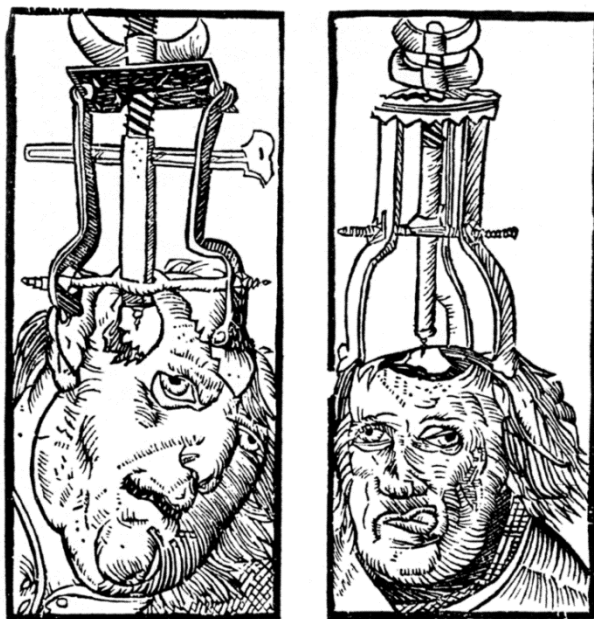
#### *1.1 Ιστορική Αναδρομή*

##### *1.1.1 Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νοσημάτων*

Αναφορές σε ψυχικά νοσήματα μπορούν να εντοπιστούν από τις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Η εξέλιξη των ψυχικών νοσημάτων, ωστόσο, δεν ακολούθησε γραμμική ή προοδευτική, αλλά μάλλον μία κυκλική πορεία. Το αν μία συμπεριφορά θεωρείται φυσιολογική ή μη φυσιολογική εξαρτάται από το περιβάλλον, εντός του οποίου αναπτύσσεται η συμπεριφορά, και ως εκ τούτου μεταβάλλεται ως συνάρτηση ενός συγκεκριμένου χρόνου και μίας συγκεκριμένης κουλτούρας. Στο παρελθόν, μία ασυνήθιστη συμπεριφορά ή μία συμπεριφορά που παρέκκλιε από τις κοινωνικοπολιτιστικές νόρμες και τις προσδοκίες μίας συγκεκριμένης κουλτούρας και περιόδου χρησιμοποιούνταν ως ένας τρόπος να φιμωθούν ή να ελεγχθούν ορισμένα άτομα ή ομάδες. Ως αποτέλεσμα, η επικρατούσα άποψη επί της μη φυσιολογικής συμπεριφοράς επικεντρώθηκε στο κατά πόσον η συμπεριφορά του ατόμου αποτελούσε απειλή για τον εαυτό του ή τους άλλους ή προκαλούσε τόσο πόνο και ταλαιπωρία, ώστε να παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του στον εργασιακό χώρο ή να δυσχεραίνει τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους (Farreras I.G., 2019).

Σε όλη την ιστορία έχουν υπάρξει τρεις γενικές θεωρίες για την αιτιολογία της ψυχικής ασθένειας: η υπερφυσική, η σωματογενής και η ψυχογενής. Οι υπερφυσικές θεωρίες αποδίδουν την ψυχική ασθένεια στην κατάληψη από κακά ή δαιμονικά πνεύματα, τη δυσαρέσκεια των θεών, σε εκλείψεις, την πλανητική βαρύτητα, σε κατάρεις και αμαρτίες. Οι σωματογενείς θεωρίες εντοπίζουν διαταραχές στη φυσική λειτουργία του σώματος που προκύπτουν είτε από κάποια ασθένεια ή γενετική κληρονομικότητα, είτε από κάποια εγκεφαλική βλάβη ή ανισορροπία. Οι ψυχογενείς θεωρίες επικεντρώνονται σε τραυματικές ή στρεσογόνες εμπειρίες, ή σε διαστρεβλωμένες αντιλήψεις. Οι αιτιολογικές θεωρίες της ψυχικής ασθένειας καθορίζουν τη φροντίδα και τη θεραπεία που λαμβάνουν οι ψυχικά ασθενείς. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι, ενώ οι θεραπείες των ψυχικών νοσημάτων διαφοροποιούνται ανά περίπτωση, οι αιτιολογικές θεωρίες τους παραμένουν ίδιες και ανακυκλώνονται με την πάροδο του χρόνου (Jutras M., 2017; Farreras I.G., 2019).

Οι επικρατούσες απόψεις που εντοπίζονται στις πρώτες καταγραφές της ιστορίας, υποστήριζαν ότι τα ψυχικά νοσήματα ήταν το αποτέλεσμα υπερφυσικών δυνάμεων και κυρίευσης από δαιμονικά πνεύματα. Αυτές οι αντιλήψεις συχνά οδήγησαν σε πρωτόγονες θεραπευτικές πρακτικές όπως ο τρυπανισμός, ο οποίος αποτελούσε μία προσπάθεια απελευθέρωσης του κακόβουλου πνεύματος (Jutras M., 2017; Farreras I.G., 2019). Πάπυροι από την Αίγυπτο και την Μεσοποταμία που χρονολογούνται στα 1900 π.Χ. περιγράφουν περιπτώσεις γυναικών που έπασχαν από ψυχική ασθένεια, η οποία προέκυπε από περιπλάνηση της μήτρας (που αργότερα ονομάστηκε υστερία από τους Έλληνες). Σύμφωνα με αυτές τις μαρτυρίες, η μήτρα μπορεί να αποκολληθεί και να συνδεθεί σε μέρη του σώματος όπως το ήπαρ ή η κοιλότητα του θώρακα, οδηγώντας σε ποικίλα και μερικές φορές επώδυνα συμπτώματα. Ως αποτέλεσμα, οι Αιγύπτιοι, και αργότερα οι Έλληνες, κατέφυγαν σε μία θεραπεία, κατά την οποία χρησιμοποιούσαν ουσίες με έντονη μυρωδιά, ώστε να καθοδηγήσουν τη μήτρα πίσω στη θέση της (Farreras I.G., 2019).



**Εικόνα 1. Χαρακτικά από το 1525 που απεικονίζουν τρυπανισμό. Πιστεύονταν ότι το άνοιγμα οπών στο κρανίο θα μπορούσε να θεραπεύσει τις ψυχικές διαταραχές.**

Οι Έλληνες γιατροί απέρριψαν τις υπερφυσικές εξηγήσεις των ψυχικών διαταραχών. Ήταν γύρω στο 400 π.Χ. που ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) προσπάθησε να διαχωρίσει τις προλήψεις και τη θρησκεία από την ιατρική (Tracy N., 2015; Farreras I.G., 2019) συστηματοποιώντας την πεποίθηση ότι μία ανεπάρκεια ή μία περίσσεια ενός από τα τέσσερα βασικά σωματικά υγρά (δηλαδή χυμούς) - αίμα, ξανθή χολή, μέλαινα χολή

και φλέγμα - ήταν υπεύθυνη για τη σωματική και ψυχική ασθένεια. Για παράδειγμα, κάποιος που ήταν υπερβολικά ιδιοσυγκρασιακός υπέφερε από την υπερβολική ποσότητα αίματος και συνεπώς η αφαιμάξη θα ήταν η ενδεδειγμένη θεραπεία για αυτόν. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε την ψυχική ασθένεια σε μία από τις τέσσερις κατηγορίες - επιληψία, μανία, μελαγχολία και εγκεφαλικό πυρετό - και όπως άλλοι εξέχοντες γιατροί και φιλόσοφοι της εποχής του, δεν πίστευε ότι η ψυχική ασθένεια ήταν ντροπιαστική ή ότι οι ψυχικά ασθενείς θα έπρεπε να λογοδοτούν για τη συμπεριφορά τους. Τα ψυχικά άρρωστα άτομα νοσηλεύονταν στο σπίτι από τα μέλη της οικογένειάς τους και το κράτος δεν αναλάμβανε καμία ευθύνη για τη φροντίδα τους. Η θεωρία περί των σωματικών χυμών ή χυμοπαθολογία, υπήρξε μία θεωρία για τη σωματική προέλευση της ψυχικής νόσου που επανεμφανίζονταν μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα (Farreras I.G., 2019).

Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός (129 – 199 μ.Χ.) υποστήριζε επίσης τη θεωρία, ότι μία ανισορροπία των σωματικών υγρών του σώματος μπορούσε να προκαλέσει κάποιο ψυχικό νόσημα. Επίσης, ήταν ο πρώτος που έδωσε μία ψυχογενή εξήγηση για τα ψυχικά νοσήματα, καταδεικνύοντας το ψυχολογικό στρες ως ένα δυνητικό παράγοντα ανάπτυξης κάποιας ανωμαλίας. Ωστόσο, οι ψυχογενείς θεωρίες του Γαληνού αγνοήθηκαν για αιώνες, καθώς οι γιατροί απέδιδαν τις ψυχικές ασθένειες σε φυσικές αιτίες καθ' όλη τη διάρκεια της χιλιετίας (Farreras I.G., 2019).

Μέχρι τα τέλη του Μεσαίωνα, η οικονομική και πολιτική αναταραχή ήρθε να απειλήσει τη δύναμη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας. Μεταξύ του 11<sup>ου</sup> και του 15<sup>ου</sup> αιώνα, οι υπερφυσικές θεωρίες περί ψυχικών διαταραχών κυριαρχούσαν και πάλι στην Ευρώπη, τροφοδοτούμενες από φυσικές καταστροφές, όπως επιδημίες πανούκλες και λιμούς, που οι άνθρωποι πίστευαν ότι προκαλούνταν από τον διάβολο. Οι δεισιδαιμονίες, η αστρολογία και η αλχημεία ήταν διαδεδομένες, ενώ οι συνήθειες θεραπείες περιλάμβαναν την προσευχή, το προσκύνημα λειψάνων, τις εξομολογήσεις και την άφεση αμαρτιών (Farreras I.G., 2019). Από τον 13<sup>ο</sup> αιώνα, οι ψυχικά ασθενείς και ιδιαίτερα οι γυναίκες, άρχισαν να διώκονται ως δαιμονισμένες μάγισσες (Tracy N., 2015; Farreras I.G., 2019). Κατά τον 15<sup>ο</sup> έως τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, ενώ το κυνήγι των μαγισσών ήταν στο απόγειο του, και σε μία περίοδο που η προτεσταντική μεταρρύθμιση είχε βυθίσει την Ευρώπη σε θρησκευτική διαμάχη, δύο Δομινικανοί μοναχοί έγραψαν το *Malleus Maleficarum* (1486) ως το απόλυτο εγχειρίδιο για την διεξαγωγή διωγμών των μαγισσών. Ο Johann Weyer και ο Reginald Scot προσπαθούσαν να πείσουν τους ανθρώπους στα



μέσα του τέλους του 16<sup>ου</sup> αιώνα, ότι οι μάγισσες ήταν στην πραγματικότητα γυναίκες με ψυχικές ασθένειες και ότι η ψυχική ασθένεια δεν οφειλόταν σε δαιμονική κατάληψη, αλλά σε ασθένεια. Ωστόσο, η Ιερά Εξέταση της Εκκλησίας απαγόρευσε την κυκλοφορία των γραπτών τους. Το κυνήγι των μαγισσών δεν μειώθηκε σε ένταση μέχρι τον 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα, αφού είχαν καεί πάνω από 100.000 γυναίκες ως μάγισσες (Farreras I.G., 2019).

Οι σύγχρονες θεραπείες των ψυχικών νοσημάτων συνδέονται περισσότερο με την ίδρυση νοσοκομείων και ασύλων από τον 16<sup>ο</sup> αιώνα και εφεξής. Η αποστολή αυτών των θεσμικών οργανισμών ήταν να στεγάσουν και να περιορίσουν τους ψυχικά ασθενείς, τους φτωχούς, τους άστεγους, τους άνεργους και τους εγκληματίες. Ο πόλεμος και η οικονομική ύφεση είχαν σαν αποτέλεσμα να εξαθλιωθούν μεγάλοι πληθυσμοί, οι οποίοι θεωρήθηκε ότι έπρεπε να διαχωριστούν από την κοινωνία και συνεπώς απεστάλησαν σε αυτά τα ιδρύματα (Tracy N., 2015; Farreras I.G., 2019). Οι ανησυχίες σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικά ασθενών αυξήθηκαν κατά το 1700, οπότε και πραγματοποιήθηκαν κάποιες θετικές μεταρρυθμίσεις. Σε ορισμένες περιοχές, απαγορεύτηκε ο περιορισμός των ψυχικά ασθενών με χειροπέδες, ενώ τους επιτρέπονταν να κυκλοφορούν σε "ηλιόλουστα δωμάτια" και οι ίδιοι οι ασθενείς ενθαρρύνονταν να ασκούνται στην ύπαιθρο. Σε άλλες περιοχές, ωστόσο, οι ψυχικά ασθενείς εξακολουθούσαν να υφίστανται μεγάλη κακομεταχείριση (Tracy N., 2015).

Η ψυχανάλυση ήταν η κυρίαρχη θεραπεία για τα ψυχικά νοσήματα κατά το πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παρέχοντας τη βάση για την ανάπτυξη πάνω από 400 διαφορετικών σχολών ψυχοθεραπείας (Farreras I.G., 2019). Οι περισσότερες από αυτές τις σχολές ψυχανάλυσης συσπειρώνονται γύρω από ευρύτερες συμπεριφορικές, γνωσιακές, γνωστικές-συμπεριφορικές, ψυχοδυναμικές και πελατοκεντρικές προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας που εφαρμόζονται σε ατομικές, συζυγικές, οικογενειακές ή ομαδικές μορφές. Μεταξύ όμως όλων αυτών των προσεγγίσεων, έχουν βρεθεί αμελητέες διαφορές, εφόσον η αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων οφείλεται σε παράγοντες που είναι κοινοί σε όλες τις προσεγγίσεις (όχι συγκεκριμένα στοιχεία που είναι ειδικά για κάθε προσέγγιση): η θεραπευτική συμμαχία ιατρού ασθενή, η ικανότητα

του θεραπευτή και οι επιδράσεις του εικονικού φαρμάκου<sup>3</sup> (Luborsky L., *et al.*, 2002; Messer S.B. & Wampold B.E., 2002).

Στη δεκαετία του 1930, οι θεραπείες των ψυχικών νοσημάτων βρίσκονταν ακόμα σε νηπιακό στάδιο, εφόσον οι σπασμοί, το κόμα και ο πυρετός, που προκαλούνταν από ηλεκτροσόκ, ενέσεις ινσουλίνης, καμφοράς και ενέσεις κατά της ελονοσίας, ήταν συχνό φαινόμενο. Άλλες θεραπείες περιλάμβαναν την αφαίρεση τμημάτων του εγκεφάλου (λοβοτομές). Η λοβοτομή αποτελούσε ευρέως διαδεδομένη κλινική πρακτική από τη δεκαετία του '30 έως τη δεκαετία του '40 για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, της μείζονος κατάθλιψης και του σοβαρού άγχους (Tracy N., 2015). Ωστόσο, πραγματικός σταθμός για τη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων ήταν η δημιουργία των πρώτων ψυχοτρόπων φαρμάκων στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα (Farreras I.G., 2019). Το 1952 ανακαλύφθηκε το πρώτο αντιψυχωσικό φάρμακο, η χλωροπρομαζίνη, και στη συνέχεια κυκλοφόρησαν στην αγορά μία σειρά αντιψυχωσικά. Τα φάρμακα αυτά δεν θεραπεύουν την ψύχωση, αλλά ελέγχουν τα συμπτώματά της και το 70% των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζει μία σαφή βελτίωση ακολουθώντας μία θεραπευτική αγωγή με αυτούς τους φαρμακευτικούς παράγοντες (Tracy N., 2015).

Σήμερα, με την αυξανόμενη αποδοχή της ψυχικής ασθένειας ως μίας μοναδικής μορφής παθολογίας, υιοθετήθηκαν επίσημα συστήματα διαγνωστικής ταξινόμησης, δημιουργήθηκαν νέες ερευνητικές κατευθύνσεις και σύγχρονες προσεγγίσεις για τη θεραπεία μέσω φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Παρόλο που έχει σημειωθεί μεγάλη επιστημονική πρόοδος στους τομείς της διάγνωσης και θεραπείας των ψυχικών νοσημάτων, το πρόσφατο κίνημα ψυχιατρικής αποϊδρυματοποίησης σημείωσε μικτή επιτυχία, θέτοντας υπό αμφισβήτηση τον τρόπο της αποτελεσματικότερης εφαρμογής των γνώσεων που έχουν αποκτηθεί κατά τους προηγούμενους αιώνες, στην κλινική πράξη (Jutras M., 2017).

### ***1.1.2 Ιστορική Αναδρομή Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων***

«Πόσο νωρίς μπορεί να τρελαθεί ένα παιδί;» αναρωτήθηκε ο Henry Maudsley (1895) στο βιβλίο του «Παθολογία του Νου», «Προφανώς όχι πριν να έχει κάμποσο μυαλό που μπορεί να πάρει λάθος δρόμο, και ακόμα τότε μόνο αναλογικά με την ποσότητα και την ποιότητα του μυαλού που έχει», υπογραμμίζοντας την ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση,

---

<sup>3</sup>placebo

ακόμα και στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ότι η διάνοια των παιδιών ούτε είχε αναπτυχθεί, ούτε ήταν αρκετά σταθερή, ώστε να παρουσιάσει σημαντική ψυχοπαθολογία. Η ιστορία της παιδοψυχιατρικής - ένας όρος που μπορεί να σημαίνει μία συλλογή υπηρεσιών, ένα σύνολο γνώσεων και ένα επάγγελμα - είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιστορία της παιδικής ηλικίας. Η αναγνώριση της παιδικής ηλικίας ως μίας ξεχωριστής περιόδου ανάπτυξης αποτελεί προϋπόθεση για την αναγνώριση της παιδοψυχιατρικής ως επιστημονικής οντότητας. Έτσι, η ιστορία της παιδοψυχιατρικής είναι αλληλένδετη με την κατανόησή μας για την ανάπτυξη, τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών, τη θέση των παιδιών στην κοινωνία, καθώς επίσης με τομείς που δεν άπτονται της ιατρικής επιστήμης, όπως η δικαιοσύνη και η παιδεία των ανηλίκων (Schowalte J., 2003; Rey J., *et al.*, 2015).

Πριν από τη δεκαετία του 1900, η επιστημονική κοινότητα είχε επιδείξει μικρό ενδιαφέρον για τις παιδοψυχιατρικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά αναφέρεται, ότι κατά τα πρώτα 45 χρόνια λειτουργίας του Αμερικανικού Περιοδικού για την Παράνοια<sup>4</sup> (1844-1889), του προδρόμου του Αμερικανικού Περιοδικού Ψυχιατρικής<sup>5</sup> δεν είχε δημοσιευτεί ούτε ένα άρθρο που να αναφερόταν σε παιδιά. Ο Benjamin Rush (1812), πιθανότατα ο πρώτος Αμερικανός ψυχίατρος, δεν έκανε καμία αναφορά στα παιδιά στο ιδιαίτερα δημοφιλές εγχειρίδιο που συνέγραψε αναφορικά με τα ψυχικά νοσήματα. Παρόλο που σε κάθε χρονική περίοδο, ορισμένα παιδιά είχαν δείξει συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, αυτά δεν θεωρήθηκαν ως ιατρικά προβλήματα και αντιμετωπίστηκαν με διάφορους τρόπους ανά τους αιώνες.

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς θεωρούνταν σε μεγάλο βαθμό ηθικά προβλήματα, άρα άξιζαν την τιμωρία (εφόσον ήταν το αποτέλεσμα της κακίας και όχι της τρέλας). Οι μαθησιακές δυσκολίες συνήθως οδηγούσαν το παιδί σε μία περιθωριοποίηση, για παράδειγμα το παιδί θεωρούνταν ο ηλίθιος του χωριού. Τα σπάνια ιατρικά γραπτά του 18<sup>ου</sup> αιώνα εστιάστηκαν κυρίως σε ζητήματα όπως οι επιληπτικές κρίσεις, ο φόβος στα όνειρα, οι διαταραχές του ύπνου, ο τραυλισμός, ο αδελφικός ανταγωνισμός και η επιληψία. Η επικρατούσα άποψη ήταν ότι «η παράνοια δεν εμφανίζονταν πριν από την εφηβεία», ενώ παρατηρούνταν συχνά ότι δεν μπορούσε να δει κανείς παιδιά σε δημόσια άσυλα ή σε ιδιωτικά φρενοκομεία (Parry-Jones W.L., 1989; Rey J., *et al.*, 2015).

---

<sup>4</sup>American Journal of Insanity

<sup>5</sup>American Journal of Psychiatry

Η κατάσταση άλλαξε τον 19<sup>ο</sup> αιώνα όταν τα εγχειρίδια ψυχιατρικής ιατρικής άρχισαν να κάνουν αναφορές σε ψυχικά νοσήματα στα παιδιά. Για παράδειγμα, το βιβλίο του Maudsley του 1895 αφιέρωσε ένα κεφάλαιο στην «Παραφροσύνη κατά την πρώιμη ζωή», ενώ ο Griesinger (1867) σημείωσε ότι η μανία και η μελαγχολία εμφανίζονταν επίσης παιδιά. Στο έργο του αναφέρεται ότι: «Μία μελέτη με πάνω από 300 νεαρά άτομα, ηλικίας έως 19 ετών, που έγιναν δεκτά στα άσυλα του Oxfordshire τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, αποκαλύπτει ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που περιλαμβάνουν ένα σημαντικό αριθμό παιδιών με διανοητική δυσλειτουργία. Οι υποτιθέμενες αιτίες της παραφροσύνης εμπίπτουν σε δύο ευρείες κατηγορίες. Πρώτον, υπήρξαν ψυχολογικές αιτίες όπως ο φόβος και η θλίψη και, δεύτερον, φυσικές αιτίες, συμπεριλαμβανομένης της επιληψίας και των μολυσματικών πυρετών, όπως ο τυφοειδής πυρετός και η ιλαρά» (Parry-Jones W.L., 1989, Rey J., et al., 2015).

Τα φρενοκομεία ή άσυλα ήταν οι πρόδρομοι των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Προς τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, υπήρξε μία αυξανόμενη κατανόηση των πολλαπλών παραγόντων που εμπλέκονταν στην ανάπτυξη των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, αν και δόθηκε έμφαση στην κληρονομικότητα: «Η πορεία της ανάπτυξης και της ανάπτυξης του εγκεφάλου χαρακτηρίζεται από πολλούς κινδύνους - και δεν είναι καθόλου περίεργο - εφόσον πρόκειται για τη διαδικασία τελειοποίησης της υψηλότερου επιπέδου εξέλιξης της Φύσης, η οποία παρακολουθείται συνεχώς και απειλείται από ασθένειες ιδιότυπες για την περίοδο, τη γονική άγνοια για το τι χρειάζεται ο εγκέφαλος και από ανθυγιεινές συνθήκες πάσης φύσεως. Πάνω απ' όλα, η διαδικασία δεν μπορεί να ολοκληρωθεί σωστά σε πολλές περιπτώσεις, επειδή υπάρχει μία αρνητική κληρονομικότητα - μία αληθινή μοίρα κατά της οποίας η γνώση, η στοργή και η θέληση είναι συχνά ανίκανες να ξεπεράσουν. Η κληρονομική τάση προς την παραφροσύνη, όσο ισχυρή και να είναι, σπάνια εξελίσσεται σε μία ψυχική ασθένεια, έως ότου εισέλθει το παιδί πλήρως στην περίοδο της εφηβείας» (Rey J., et al., 2015).

Πιστεύονταν ευρέως ότι η πλήρης ανθρώπινη ανάπτυξη δεν ήταν δυνατόν να επιτευχθεί μέχρι την ηλικία των 25 ετών και ότι τα ψυχικά νοσήματα ήταν σπάνια στους εφήβους, καθιστώντας τα συνηθέστερα στους νεαρούς ενήλικες: «Η περίοδος ζωής του ατόμου, κατά την οποία τα ψυχικά νοσήματα εμφανίζονται συχνότερα, δεν είναι άλλο από το διάστημα, που έπεται της ολοκλήρωσης της εφηβείας, από τα είκοσι ένα έως τα είκοσι πέντε. Όσον αφορά τα δύο φύλα, οι στατιστικές μας φαίνεται να δείχνουν ότι η εφηβεία δεν

φαίνεται να διαταράσσει τόσο έντονα την ψυχική ισορροπία στις γυναίκες, όσο και στους άντρες». Η εφηβεία αναγνωρίστηκε ως σημαντική αιτία των ψυχικών νοσημάτων, ενώ ο Durand-Fardel (1889) αναγνώρισε ότι υπάρχουν περιπτώσεις αυτοκτονίας και στα παιδιά. Αν και τα νεανικά ψυχικά νοσήματα θεωρήθηκαν σπάνια, η ύπαρξή τους έγινε ευρέως αποδεκτή. Μέχρι τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, τα περισσότερα βιβλία περιλάμβαναν τμήματα για τα παιδιά, ενώ τα νεανικά ψυχικά νοσήματα διαφοροποιήθηκαν από τη νοητική υστέρηση και την επιληψία (Parry-Jones W.L., 1989; Rey J., *et al.*, 2015). Το 1887 ο Γερμανός ψυχίατρος Hermann Emminghaus δημοσίευσε μία από τις πρώτες πραγματείες στην παιδική ψυχιατρική (Ψυχικές Διαταραχές στην Παιδική Ηλικία). Αντίθετα, η πρωτοποριακή ψυχολογική ταξινόμηση του Kraepelin, που δημοσιεύθηκε το 1883, αγνόησε τις διαταραχές των παιδιών (Rey J., *et al.*, 2015).

Η Ellen Key, Σουηδή συγγραφέας και σουφραζέτα, γνωστή για το βιβλίο της του 1900 «Ο αιώνας του Παιδιού» πρότεινε ότι τα παιδιά του κόσμου θα πρέπει να είναι το κεντρικό μέλημα της κοινωνίας κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, τον οποίο ονόμασε «αιώνα του παιδιού». Το βιβλίο απέκτησε πολύ επιρροή όσον αφορά την κατανόηση της θέσης των παιδιών στην κοινωνία και την παιδοψυχιατρική. Πολλές σημαντικές εξελίξεις σημειώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1900 και δημιούργησαν τις βάσεις, ώστε να αποτελέσει η παιδοψυχιατρική το αυτοτελές επιστημονικό πεδίο που είναι σήμερα. Οι θετικές προς αυτή την κατεύθυνση εξελίξεις, περιλαμβάνουν τις βελτιώσεις στη μέτρηση, την πρόοδο στην αναπτυξιακή ψυχολογία, την εμφάνιση της ψυχανάλυσης και τα κινήματα για τη ψυχική υγιεινή και την παιδική καθοδήγηση. Κατά το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, σημειώθηκε μία έκρηξη στην έρευνα, η οποία και επέφερε μεγάλη πρόοδο στην κατανόηση της φύσης των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία, στη διάγνωση και την ταξινόμηση τους, καθώς και στη θεραπεία που καθοδηγείται από γνωστικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις, καθώς επίσης και τη ψυχοφαρμακολογία. Αυτή την περίοδο καθιερώθηκε οριστικά και η παιδοψυχιατρική σαν ιατρική ειδικότητα (Rey J., *et al.*, 2015).

Η αναπτυξιακή ψυχολογία προσπαθεί να εξηγήσει πώς τα παιδιά αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Η κατανόηση της ανάπτυξης είναι σημαντική για τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας. Το ενδιαφέρον σε αυτόν τον τομέα αυξήθηκε με την αναγνώριση της παιδικής ηλικίας ως σημαντικού τομέα σπουδών κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ένα θέμα που ανέκυπτε ήταν η ένταση μεταξύ των υποστηρικτών του ρόλου της φύσης έναντι της

ανατροφής και της αλληλεπίδρασής τους στην ανάπτυξη του παιδιού. Η εμφάνιση της αναπτυξιακής ψυχολογίας ως επιστημονικής αρχής είναι ασαφής, αλλά μπορεί να ανιχνευθεί στο 1882 όταν ο Wilhelm Preyer, Γερμανός φυσιολόγος, δημοσίευσε ένα βιβλίο, όπου παρουσίασε τις παρατηρήσεις του σχετικά με την ανάπτυξη του δικού του γιου από τη γέννησή του έως την ηλικία των τριών ετών. Η αναπτυξιακή ψυχολογία καθιερώθηκε περαιτέρω μέσα από το έργο του Alfred Binet και του James Mark Baldwin (1861-1934), Αμερικανού ψυχολόγου γνωστού για το "φαινόμενο Baldwin" – βάσει του οποίου υποστηρίζεται ότι οι επιγενετικοί παράγοντες διαμορφώνουν τα εκ γενετής χαρακτηριστικά του ατόμου, αν όχι σε ίδιο ή και σε μεγαλύτερο βαθμό από την φυσική επιλογή (Rey J., *et al.*, 2015).

Σημαντικό ήταν και το έργο του G. Stanley Hall (1844-1924), ο οποίος συνέγραψε δύο τόμους για την εφηβεία, την οποία αντιλαμβανόταν ως το αναπτυξιακό στάδιο μεταξύ 14 και 24 ετών. Εκτός από την περιγραφή της εφηβείας ως εποχή «καταιγίδας και άγχους», ο Hall σημείωσε ότι η εφηβεία χαρακτηρίζονταν από την αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης, των επιπέδων εγκληματικότητας και της ευαισθησίας στις επιρροές των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Στο έργο του, τόνισε επίσης τη σημασία των σχέσεων των εφήβων μεταξύ τους. Ομοίως, όρισε αυτό που σήμερα χαρακτηρίζεται συχνά ως «σχεσιακή επιθετικότητα»<sup>6</sup>, φαινόμενο ιδιαίτερα συνηθισμένο στη σύγχρονη εποχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ιδιαίτερα μεταξύ των κοριτσιών. Ειδικότερα, η σχεσιακή επιθετικότητα εκφράζεται μέσω του κουτσομπολιού, της διάδοσης μίας φήμης, ή ακόμα και του εξοστρακισμού. Τέλος, ο Hall υποστήριξε μία εξελικτική προσέγγιση της ανάπτυξης, η οποία μεταξύ άλλων συνεπειών, τον οδήγησε να πιστέψει ότι τα παιδιά δεν πρέπει να διδάσκονται να διαβάζουν μέχρι την ηλικία των οκτώ ετών, επειδή η παιδεία αποτέλεσε μεταγενέστερη εξέλιξη στην ιστορία της ανθρώπινης εξέλιξης (Arnett J.J., 2006; Rey J., *et al.*, 2015).

Η ραγδαία εξέλιξη της αναπτυξιακής ψυχολογίας έλαβε χώρα μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο με τον Jean Piaget, τον Lev Vygotsky και τον John Bowlby. Ο Piaget (1896-1980) θεώρησε ότι τα παιδιά σκέφτονται διαφορετικά από τους ενήλικες, περνώντας από τέσσερα στάδια γνωστικής ανάπτυξης<sup>7</sup>, δεδομένου ότι για τον Piaget η ανάπτυξη επάγεται από βιολογικούς παράγοντες και

---

<sup>6</sup>Relational aggression

<sup>7</sup>Αισθητηριοκινητικό στάδιο, στάδιο προλογικής νόησης, στάδιο της συγκεκριμένης λογικής σκέψης και το στάδιο της λογικής σκέψης.

αλλάζει, καθώς το παιδί ωριμάζει. Οι ιδέες και η μεθοδολογία του Piaget επανάφεραν την αναπτυξιακή ψυχολογία και είχαν τεράστια επίδραση στην εκπαίδευση και στη μελλοντική έρευνα. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπήρξαν επικρίσεις για τις θεωρίες του. Για παράδειγμα, δεν δέχονται όλοι ότι η εξέλιξη συμβαίνει σταδιακά, αλλά αντιθέτως υποστηρίζουν ότι η ανάπτυξη λαμβάνει χώρα σε ένα συνεχές. Επίσης, η μέθοδος του Piaget ήταν αρκετά υποκειμενική, περιελάμβανε μία μικρή ομάδα παιδιών, ενώ υποτίμησε τη σημασία των κοινωνικών και πολιτισμικών επιρροών (Rey J., *et al.*, 2015).

Το ρητό «*δώσε μου ένα παιδί έως επτά ετών και θα σου δώσω τον άντρα*» συνοψίζει τη θέση εκείνων που έχουν πιστέψει στην υπεροχή του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη του παιδιού. Αυτή την άποψη ενστερνίστηκαν στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, συμπεριφοριστές όπως ο Αμερικανός ψυχολόγος B.F. Skinner, ο οποίος πίστευε ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά μαθαίνεται, π.χ. ήταν το αποτέλεσμα προσφοράς ανταμοιβών - αυτό που ονόμαζε «*συντελεστική εξάρτηση*»<sup>8</sup>. Ωστόσο, η διαφωνία κατά πόσον είναι η φύση ή η ανατροφή που επηρεάζει την ανάπτυξη ανάγεται στην αρχαιότητα. Για παράδειγμα, ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο νους ήταν μία κενή πλάκα (*tabularasa*), καθιστώντας την εκπαίδευση και το περιβάλλον βασικούς παράγοντες ανάπτυξης, ενώ ο Πλάτωνας πίστευε σε μία έμφυτη γνώση που ξυπνά από τη μάθηση και την εμπειρία. Οι ιδέες του Αριστοτέλη αναπτύχθηκαν περαιτέρω από τον Αβικέννα και πιο πρόσφατα από στοχαστές όπως ο John Locke και ο Jean Jacques Rousseau (Rey J., *et al.*, 2015).

Η άποψη ότι η συμπεριφορά είναι κατά κύριο λόγο το αποτέλεσμα της γενετικής κληρονομιάς ήταν η ευρύτερα αποδεκτή θεωρία στους ιατρικούς κύκλους κατά το 19<sup>ο</sup> και το πρώτο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, πράγμα που φαίνεται και από τη δημοτικότητα του κινήματος της ευγονικής. Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η διχοτόμηση μεταξύ φύσης και ανατροφής, της γενετικής και του περιβάλλοντος, είναι απλοϊκή, ανακριβής ή ακόμη και παραπλανητική και πρέπει να εγκαταλειφθεί (Rey J., *et al.*, 2015).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών σημειώθηκε αξιοσημείωτη αύξηση της κατανόησης της φύσης (γενετική), της ανατροφής (περιβάλλοντος), των αναπτυξιακών διαδικασιών και της αλληλεπίδρασής τους, η οποία υπογραμμίζει ότι όλοι

---

<sup>8</sup>Operantconditioning

αυτοί οι παράγοντες είναι σημαντικοί, αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στην ανάπτυξη του παιδιού.

Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι ένας μεγάλος πολλαπλασιασμός νευρώνων και συνάψεων λαμβάνει χώρα κατά τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης. Αυτή ακολουθείται από μία επιλεκτική αποψίλωση, η οποία συνεχίζεται μέχρι τα μέσα της δεύτερης δεκαετίας της ζωής του ατόμου και η οποία διαμορφώνεται από περιβαλλοντικά περιστατικά που τελειοποιούν τον εγκέφαλο, ώστε να αξιοποιήσουν τα καλύτερα στοιχεία από το περιβάλλον, στο οποίο αναπτύσσεται. Μερικές πτυχές της ανάπτυξης του εγκεφάλου εξαρτώνται από το γεγονός ότι τα παιδιά εκτίθενται σε συγκεκριμένες εμπειρίες σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές (π.χ. ο οπτικός φλοιός δεν αναπτύσσεται σε άτομα που είναι τυφλά ή μεγαλώνουν στο σκοτάδι κατά τη διάρκεια μίας ευαίσθητης περιόδου). Δηλαδή, η γενετική διαμορφώνει τη συμπεριφορά των παιδιών κάνοντας τα να αναζητήσουν συγκεκριμένες εμπειρίες, αλλά αυτές οι εμπειρίες τροποποιούν στην πραγματικότητα τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και επηρεάζουν την μεταγενέστερη συμπεριφορά τους (Rutter M., 2002; Rey J., *et al.*, 2015).

## 1.2 Ορισμοί

### 1.2.1 Ορισμός Ψυχικής Υγείας

Η ιατρική επιστήμη αναγνωρίζει όλο και περισσότερο τη ζωτική σχέση μεταξύ της σωματικής υγείας ενός ατόμου και της ψυχικής/ συναισθηματικής του υγείας. Το μυαλό και το σώμα συνδέονται σε μία ολότητα, το καθένα επηρεάζεται από το άλλο, και τα δύο επηρεάζονται από τη γενετική κληρονομιά ενός ατόμου, το περιβάλλον και τις εμπειρίες του. Ακριβώς όπως η απουσία ασθένειας δεν καθορίζει επαρκώς τη σωματική υγεία, η ψυχική υγεία συνίσταται περισσότερο στην απουσία ψυχικών διαταραχών.

Η ψυχική υγεία θεωρείται ότι εμπίπτει κατά μήκος ενός συνεχούς, το οποίο παρουσιάζει διακυμάνσεις με την πάροδο του χρόνου, και μεταξύ των ατόμων, καθώς και στο ίδιο το άτομο (Murphey D., *et al.*, 2013). Ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι πιο δύσκολο να καθοριστεί από αυτόν της σωματικής υγείας (Vaillant G., 2003). Οι διαφορές στις αξίες μεταξύ των χωρών, των πολιτισμών, των τάξεων και των φύλων είναι τόσο μεγάλες, ώστε να μην επιτρέπουν την ανάδυση συναίνεσης για έναν καθολικό ορισμό της ψυχικής υγείας. Ωστόσο, όπως ορισμένοι παράγοντες όπως η ηλικία ή ο πλούτος έχουν διαφορετικές εκφράσεις σε όλο τον κόσμο, αλλά ταυτόχρονα έχουν ένα καθολικό νόημα



στα πλαίσια της κοινής λογικής, έτσι και η ψυχική υγεία μπορεί να ορισθεί χωρίς να περιορίζεται η ερμηνεία της στα πλαίσια των διαφορετικών πολιτισμών (World Health Organization, 2004).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχική υγεία δεν άπτεται απλά της απουσίας κάποια ασθένειας, αλλά είναι «μία κατάσταση ευεξίας, όπου κάθε άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση εντός της κοινότητας, αντλώντας ικανοποίηση, τόσο από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, όσο και από τα επιτεύγματα του» (Οικονόμου Μ. και συν., 2001; Murphy M. & Fonagy P., 2012).

Τρεις βασικές ιδέες για τη βελτίωση της υγείας απορρέουν από τον ορισμό αυτό: η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της υγείας, η ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από την απουσία ασθενειών και η ψυχική υγεία συνδέεται στενά με τη σωματική υγεία και συμπεριφορά του ατόμου (World Health Organization, 2004). Αυτός ο ορισμός, αν και αντιπροσωπεύει μία σημαντική πρόοδο όσον αφορά την απομάκρυνση από την αντίληψη της ψυχικής υγείας ως κατάσταση απουσίας ψυχικής ασθένειας, εγείρει αρκετές ανησυχίες και προσφέρεται σε πιθανές παρεξηγήσεις όταν αναγνωρίζει τα θετικά συναισθήματα και τη θετική λειτουργία ως βασικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία (Galderisi S., *et al.*, 2015).

Βάσει του ορισμού της Jahoda ως θετική υγεία θα μπορούσαμε να ορίσουμε μία κατάσταση ισορροπίας, η οποία περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Το άτομο έχει επίγνωση για την ταυτότητα του
2. Τη δυνατότητα του ατόμου για αυτοδυναμία
3. Τη δυνατότητα του ατόμου να ανθίσταται σε στρεσογόνες καταστάσεις
4. Τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρεί την ενεργητικότητα και ανεξαρτησία του από μία σειρά κοινωνικών επιρροών
5. Την ικανότητα του ελέγχου του κοινωνικού περιβάλλοντος
6. Την ικανότητα του ατόμου να δείχνει αγάπη, να εργάζεται, αλλά και να διασκεδάζει
7. Τη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων (Οικονόμου Μ. και συν., 2001).

### **1.2.2 Ορισμός Ψυχιατρικών Νοσημάτων**

Η ύπαρξη του ανθρώπου μπορεί να συμπεριλάβει μία σειρά καταστάσεων που κυμαίνεται από την ψυχική ευεξία έως και την ψυχική ενόχληση, που δυνητικά μπορούν

να εξελιχθούν σε ψυχικές διαταραχές, καθοριζόμενες σε μεγάλο βαθμό από από μία ευρεία γκάμα κοινωνικών και διαπροσωπικών παραγόντων, δεδομένου ότι ο άνθρωπος διαβιεί και αισθάνεται εντός ενός κοινωνικού περιβάλλοντος (Ασημόπουλος X., 2014).

Ένα άτομο που πάσχει από κάποιο ψυχικό νόσημα παρουσιάζει επί της ουσίας μία σημαντική διαφοροποίηση από την κατάσταση της ψυχικής υγείας και ευεξίας, όπως περιεγράφηκε παραπάνω, και τη μετάβαση σε μία κατάσταση κάποιας ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη ή η σχιζοφρένεια, η οποία έρχεται να διαταράξει τη λειτουργικότητα του ατόμου σε ψυχικό, συναισθηματικό, αντιληπτικό και κοινωνικό επίπεδο (Ασημόπουλος X., 2014).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι διαγνώσιμες καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από αλλαγές στη σκέψη, τη διάθεση ή τη συμπεριφορά (ή κάποιο συνδυασμό αυτών) που σχετίζονται με δυσφορία ή μειωμένη λειτουργία (Manderscheid R.W. *et al.*, 2010; Murphey D., *et al.*, 2013). Όπως και με τα συμπτώματα της σωματικής ασθένειας, τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών εμφανίζονται σε ένα φάσμα από ήπια έως σοβαρά. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ωστόσο, συχνά φέρουν το ιδιαίτερο βάρος του κοινωνικού στιγματισμού που συνδέεται με την κατάστασή τους. Το βάρος αυτό εμποδίζει μερικές φορές τους ανθρώπους να αναγνωρίζουν την ασθένειά τους και να αναζητούν υποστήριξη και αποτελεσματική θεραπεία. Όπως και με τη σωματική υγεία, η αποτυχία της έγκαιρης αντιμετώπισης των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις (Murphey D., *et al.*, 2013)

### **1.2.3 Ορισμός Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων**

Ο όρος παιδοψυχιατρικό νόσημα περιγράφει όλες τις ψυχικές διαταραχές που μπορούν να διαγνωσθούν και να ξεκινήσουν κατά την παιδική ηλικία. Οι ψυχικές διαταραχές μεταξύ των παιδιών περιγράφονται ως σοβαρές μεταβολές στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά συνήθως μαθαίνουν, συμπεριφέρονται ή διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Τα συμπτώματα συνήθως ξεκινούν από την πρώιμη παιδική ηλικία, αν και ορισμένες από τις διαταραχές μπορεί να αναπτυχθούν καθ' όλη την εφηβεία. Η διάγνωση γίνεται συχνά κατά τα σχολικά έτη και μερικές φορές νωρίτερα. Ωστόσο, ορισμένα παιδιά με παιδοψυχιατρικό νόσημα ενδέχεται να μην αναγνωριστούν και διαγνωστούν (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Διαθέτοντας τη γνώση ότι το ήμισυ των ατόμων που βιώνουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας παρουσίασε τη συμπτωματολογία πριν από την ηλικία των 14, καθίσταται σαφές ότι οι ιατροί που εργάζονται με παιδιά και τις οικογένειες τους, θα πρέπει να αδράξουν τις κρίσιμες ευκαιρίες, ώστε να προωθήσουν την ψυχική υγεία και να προλάβουν την ανάπτυξη της ψυχικής νόσου (Delaney K. & Staten R., 2010). Αν τα παιδοψυχιατρικά νοσήματα δεν βελτιωθούν επιτυχώς κατά την παιδική ηλικία, θα συνεχίσουν να υφίστανται στην ενήλικη ζωή των παιδιών, αν και συχνά εκφράζονται διαφορετικά. Μία διαταραχή της διαγωγής (CD<sup>9</sup>), η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη συνδέεται με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας ή της κοινωνιοπάθειας<sup>10</sup>. Η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να παραμείνουν και να εκφράζονται σε όλο το εύρος των διαταραχών των ενηλίκων που ταξινομούνται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders/ DSM-5). Αυτό που είναι ξεκάθαρο, είναι ότι η έγκαιρη παρέμβαση στα παιδοψυχιατρικά νοσήματα είναι επιτακτική, ακολουθώντας μία ολοκληρωμένη προσέγγιση (Sheehan R., 2017).

### 1.3 Επιδημιολογία

Η έρευνα καταδεικνύει ότι έως και ένα στα πέντε παιδιά παγκοσμίως πάσχουν από κάποιο παιδοψυχιατρικό νόσημα (Kieling C., *et al.*, 2011; World Health Organization, 2003). Τα δεδομένα από μία σειρά ερευνών υποδηλώνουν μία διαχρονική τάση αύξησης του βάρους των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που εντοπίστηκαν από τους επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα στις ΗΠΑ αυξήθηκαν από 7% το 1979 σε 19% το 1996, διαγράφοντας αυξήσεις τόσο στους εσωτερικούς, όσο και στους εξωτερικούς ασθενείς. Άλλες μελέτες υποδηλώνουν αύξηση στα ποσοστά των καταθλιπτικών διαταραχών ή των αποπειρών αυτοκτονίας στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Επιπρόσθετα, μία άλλη μελέτη ανέφερε ότι μεταξύ των ετών 1987 και 1999, οι έφηβοι παρουσίασαν μία αύξηση σε όρους ψυχολογικής δυσφορίας (Bor W., *et al.*, 2014).

Περαιτέρω, βάσει μελετών εκτιμάται ότι περίπου ένας στους τρεις έως τέσσερις νέους πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση κάποιου ψυχιατρικού νοσήματος κατά την ταξινόμηση DSM στη διάρκεια της ζωής του. Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών

---

<sup>9</sup>Conduct Disorder

<sup>10</sup>Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας

των νέων παρουσιάζει στην πραγματικότητα αρκετά σοβαρή διαταραχή και υποβάθμιση της λειτουργικότητας του, ώστε να δικαιολογηθεί κάποια θεραπευτική παρέμβαση. Περίπου ένας στους δέκα νέους εκτιμάται ότι πληροί τα κριτήρια του οργανισμού SAMHA (Substance Abuse and Mental Health Administration<sup>11</sup>) για μία Σοβαρή Συναισθηματική Διαταραχή (SED<sup>12</sup>), που χαρακτηρίζεται ως πρόβλημα ψυχικής υγείας με δραστικό αντίκτυπο στην ικανότητα του παιδιού να λειτουργεί κοινωνικά, ακαδημαϊκά και συναισθηματικά (Merikangas K., *et al.*, 2009). Πολλά από αυτά τα παιδιά δεν έρχονται σε επαφή με θεραπευτικές ή υποστηρικτικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα αφενός το ψυχιατρικό τους νόσημα να παραμένει μη διαγνωσμένο και αφετέρου να μην έχουν λάβει την ενδεδειγμένη θεραπεία. Αυτό αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες στην ενήλικη ζωή τους, οι οποίες συνδέονται συχνά με προκλήσεις στην οικογενειακή ζωή, την εκπαίδευση και τη μάθηση, τη σχολική φοίτηση, τη σωματική υγεία και την παραβατική συμπεριφορά (Sheehan R., 2017).

Η αυτοκτονία παγκοσμίως είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των εφήβων. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή εμφανίζεται συχνά κατά την εφηβική ηλικία, σε διαφορετικές χώρες και συνδέεται με σημαντική ψυχοκοινωνική βλάβη και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Πολλές μελέτες έχουν εκτιμήσει την επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε δείγματα της κοινότητας. Οι αναθεωρήσεις προηγούμενων μελετών δείχνουν ότι η μέση επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 4,0% με εύρος από 0,2% έως 17% (World Health Organization, 2003). Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της δυσθυμίας στους εφήβους και τους νέους ενήλικες είναι τυπικά μικρότερη από εκείνη της μείζονος κατάθλιψης (Kim-Cohen J., *et al.*, 2003). Αντίθετα, οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των ηπιότερων καταθλιπτικών διαταραχών και συνδρόμων, συμπεριλαμβανομένης της ελάσσονος κατάθλιψης και της μη προσδιοριζόμενης αλλιώς κατάθλιψης είναι γενικά υψηλότερες από εκείνες για την μείζονα κατάθλιψη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Lewinsohn P., *et al.*, 2004; Gonzalez-Tejera G., *et al.* 2005).

Μεταξύ των προεφήβων, οι ερευνητές αναφέρουν είτε μηδενικές διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης ή ακόμα υψηλότερα ποσοστά σταπροέφηβαγόρια. Κατά την

---

<sup>11</sup> Διεύθυνση Κατάχρησης Ουσιών και Ψυχικής Υγείας

<sup>12</sup>Serious Emotional Disturbance

εφηβεία όμως, τα ποσοστά κατάθλιψης είναι μεγαλύτερα μεταξύ των κοριτσιών, από ό, τι μεταξύ των αγοριών, με τις διαφορές να διατηρούνται έως τα μέσα της ενηλικίωσης (Merikangas K., *et al.*, 2009).

Ο Geller (2001) ανέφερε ότι τα παιδιά με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κατά το διάστημα πριν την εφηβεία, είχαν ως ενήλικες σημαντικά υψηλότερα ποσοστά διπολικής διαταραχής, μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, κατάχρησης ουσιών και αυτοκτονικότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Geller B., *et al.*, 2001). Οι Woodward & Fergusson (2001) βρήκαν ότι υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του αριθμού των αγχωδών διαταραχών που καταγράφηκαν στην εφηβεία και τον μεταγενέστερο κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι νέοι άνθρωποι να αναπτύξουν μία αγχώδη διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες, καθώς επίσης να εγκαταλείψουν τις πανεπιστημιακές τους σπουδές (Woodward L.J. & Fergusson D.M. 2001).

Όσον αφορά την επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής, μόνο μερικές από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην κοινότητα περιλάμβαναν αξιολόγηση της μανίας ή της υπομανίας, εν μέρει λόγω της ευρέως διαδεδομένης πεποίθησης ότι αυτά τα ψυχικά νοσήματα είναι πολύ σπάνια στα παιδιά. Τα ποσοστά επικράτησης της μανίας, της υπομανίας και της διπολικής διαταραχής σε πληθυσμιακές μελέτες σε νέους κυμαίνονται από 0% έως 0,9% σε παιδιά ηλικίας 14 έως 18 ετών. Τα ποσοστά επικράτησης κατά τη διάρκεια της ζωής για τη διπολική διαταραχή μεταξύ των νέων κυμαίνονται από 0% έως 2,1% και το ποσοστό επικράτησης για την υπομανία καθόλη τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται μεταξύ 0% και 0,4%. Τα αποτελέσματα των περισσότερων κοινοτικών ερευνών βρίσκουν σχεδόν ίσα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε άνδρες και γυναίκες (Merikangas K., *et al.*, 2009).

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διαταραχή διαγωγής τείνουν να επιμένουν στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή μέσω της κατάχρησης ουσιών, της εγκληματικότητας ανηλίκων και ενηλίκων, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, των συζυγικών προβλημάτων, των κακών σχέσεων στον εργασιακό χώρο, της ανεργίας, των διαπροσωπικών προβλημάτων και της κακής σωματικής υγείας (World Health Organization, 2003). Σε μελέτη του ο Scott (2002) κατέδειξε αυξημένο κόστος για την περίθαλψη και την κοινωνία τα επόμενα χρόνια από την παιδική διάγνωση κάποιας διαταραχής της διαγωγής (Scott S., *et al.*, 2002). Ο Leibson (2001) κατέδειξε ότι για διάστημα εννέα ετών, το μέσω ιατρικό κόστος για παιδιά με ΔΕΠΥ ανέρχονταν σε

4,306.00\$ έναντι σε 1,944.00\$ για παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ. Το αυξημένο κόστος οφείλεται σε υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και εξωτερικών ιατρείων και υψηλότερα ποσοστά επισκέψεων σε γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Leibson C.L., *et al.*, 2001).

Παρά το γεγονός ότι τα ακραία ποσοστά επιπολασμού της ΔΕΠΥ ποικίλουν από 1,7% έως 17,8%, ο μέσος επιπολασμός της ανέρχεται 3% (Faraone S.V. *et al.*, 2003). Σε πιο πρόσφατες μελέτες, η επικράτηση της ΔΕΠΥ σε παιδιά ηλικίας 5 έως 15 ετών ήταν 2,23% (Ford T., *et al.*, 2003) και η δωδεκάμηνη επικράτηση κυμάνθηκε μεταξύ 2% και 8,7% για ηλικίες 4 έως 17 ετών (Froehlich T.E., *et al.*, 2007). Ο αυξημένος επιπολασμός της ΔΕΠΥ στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, αποτελεί εύρημα που υποστηρίζεται από πληθώρα μελετών (Merikangas K., *et al.*, 2009).

Το μέσο ποσοστό επιπολασμού των διαταραχών της συμπεριφοράς (π.χ. διαταραχή της διαγωγής (ΔΔ) ή εναντιωματική προκλητική διαταραχή (ΕΠΔ) είναι 6% με εύρος από 5% έως 14% (Merikangas K., *et al.*, 2009). Οι εκτιμήσεις της επικράτησης στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι 2,3% για την ΕΠΔ και 1,5% για τη ΔΔ (Ford T., *et al.*, 2003), ενώ κάπως υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν στις πρόσφατες μελέτες στις ΗΠΑ με εύρος από 2,8% έως 5,5% % για την ΕΠΔ και 2% έως 3,32% για τη ΔΔ. Όπως και με τη ΔΕΠΥ, η ΔΔ είναι πιο διαδεδομένη στα αγόρια από τα κορίτσια, με πολλές μελέτες να την υπολογίζουν 3 έως 4 φορές υψηλότερη για τα αγόρια. Η διαφορά του επιπολασμού ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια για την ΕΠΔ είναι λιγότερο ξεκάθαρη. Ορισμένες μελέτες βρίσκουν υψηλότερα ποσοστά στα αγόρια, ενώ άλλες πολύ παρόμοια ποσοστά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Merikangas K., *et al.*, 2009).

Η εφηβεία είναι μία εποχή που αρχίζουν να εμφανίζονται πολλές ψυχικές διαταραχές. Στην πραγματικότητα, περισσότερες από τις μισές ψυχικές διαταραχές και προβλήματα κατάχρησης ουσιών (όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών) ξεκινούν από την ηλικία των 14 ετών και τα τρία τέταρτα από αυτές διαταραχές ξεκινούν από την ηλικία των 24. Ωστόσο, ακριβείς εκτιμήσεις για τον αριθμό των εφήβων που πάσχουν από διαγνώσιμες ψυχικές διαταραχές είναι δύσκολο να γίνουν, για διάφορους λόγους: πολλοί έφηβοι είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν αυτές τις διαταραχές, οι ορισμοί των διαταραχών αυτών ποικίλλουν, ενώ οι περισσότερες διαγνώσεις βασίζονται στην κλινική κρίση και όχι σε βιολογικούς δείκτες (όπως οι αιματολογικές εξετάσεις). Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα

υποδηλώνουν ότι το 20% των εφήβων έχει διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Η κατάθλιψη είναι ο πιο κοινός τύπος διαταραχής που αναφέρουν οι έφηβοι, αν και συνοδεύεται συχνά από άλλες ψυχικές διαταραχές (Murphey D., *et al.*, 2013).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### Ψυχικές Διαταραχές σε Παιδιά



Σε μεγάλο βαθμό, οι ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν τα παιδιά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε αναπτυξιακές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές (Sheehan R., 2017).

#### 2.1 Διαταραχές της Αγωγής

Οι διαταραχές της αγωγής χαρακτηρίζονται από ένα μοτίβο αντικοινωνικής, επιθετικής ή αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Sheehan R., 2017). Το DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) αναφέρει ότι τα παιδιά που εκδηλώνουν αυτές τις συμπεριφορές, είναι περισσότερο παιδαριώδη ή επαναστατικά κατά την εφηβεία, είναι εχθρικά ή προκλητικά στις αλληλεπιδράσεις τους με άλλους και μπορεί να μη δείχνουν μεταμέλεια για τη συμπεριφορά τους. Αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς, οικογενειακούς και άλλους παράγοντες, όπως ένα «δύσκολο» ταμπεραμέντο, εγκεφαλική βλάβη, χρόνια ασθένεια ή γνωστικά ελλείμματα. Η ΔΕΠΥ αποτελεί την κατεξοχήν διάγνωση για τα παιδιά που είναι ιδιαίτερα διαταραγμένα, υπερκινητικά και παρορμητικά, ενώ έχει υπάρξει διαμάχη για τη διάγνωση της, καθώς και την εξάρτησή της από τη φαρμακοθεραπεία ως παρέμβαση (Sheehan R., 2017).

##### 2.1.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ)

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), ή όπως αποκαλείται αλλιώς η Υπερκινητική Διαταραχή (ΥΚΔ), αποτελεί μία από τις πιο



γνωστές, συχνότερες και ιδιαίτερα σοβαρές ψυχικές διαταραχές, που κατά το σύνθητες, διαγιγνώσκεται στην παιδική ηλικία (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012; Αντωνίου Α., 2014). Οι πρώτοι επιστήμονες που διεξήγαγαν έρευνες για τη ΔΕΠΥ ήταν ο Still (1902) και ο Tredgold (1908) που μελέτησαν υπερκινητικά παιδιά.



Ωστόσο, το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη ΔΕΠΥ σημείωσε ιδιαίτερη αύξηση κυρίως από τη δεκαετία του 1970 έως και τα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Anastopoulos A.D., *et al.*, 1994; Αντωνίου Α., 2014). Ειδικότερα, μία πληθώρα επιστημονικών ερευνών κατέδειξε ότι η ΔΕΠΥ είναι μία διαταραχή νευροαναπτυξιακής φύσεως, η οποία πιθανώς έχει κάποια γενετική βάση, ενώ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της διαδραματίζουν μία σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων. Ωστόσο, ο τρόπος αλληλεπίδρασης αυτών των παραγόντων παραμένει αδιευκρίνιστος. Επί της ουσίας, κύριο χαρακτηριστικό της εν λόγω διαταραχής είναι η ελλειμματική προσοχή, η οποία αποδίδεται στη δυσκολία του παιδιού να συγκεντρωθεί και της οποίας η εικόνα συμπληρώνεται από τα στοιχεία της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας (Πεχλιβανίδης Α., και συν. 2012; Αντωνίου Α., 2014). Τέλος, η διαφοροποίηση της συμπτωματολογίας της ευθυγραμμίζεται με τα διαφορετικά στάδια της ανάπτυξης του παιδιού (Πεχλιβανίδης Α., και συν. 2012).

Η ΔΕΠΥ προσλαμβάνει τρεις διαφορετικές μορφές:

- **ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον απρόσεχτο τύπο:** Συναντάται τόσο σε αγόρια, όσο και σε κορίτσια, ενώ τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν δυσκολίες συγκέντρωσης, πράγμα μη αναμενόμενο για τους συνομηλίκους τους.
- **ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο:** Συναντάται περισσότερο σε αγόρια, ενώ τα χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών περιλαμβάνουν την αυξημένη κινητική δραστηριότητα και ομιλία. Ένα άλλο στοιχείο τους είναι η παρορμητικότητα τους, εφόσον λειτουργούν κατά τρόπο αυθόρμητο, χωρίς να κάνουν δεύτερες σκέψεις.

- **Συνδυασμένος/μικτός τύπος:** Τα παιδιά αυτού του τύπου συνδυάζουν όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά (Sagvolden T., *et al.*, 2005; Πεχλιβανίδης Α., και συν. 2012; Αντωνίου Α., 2014).

Εν κατακλείδι, τα βασικά γνωρίσματα της ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν την υπερδραστηριότητα, την απροσεξία και την παρορμητικότητα, χαρακτηριστικά των οποίων η εκδήλωση είναι δυσανάλογη με την ηλικία των παιδιών (The Mental Health Foundation, 2000; Sagvolden T., *et al.*, 2005).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV, προκειμένου να γίνει διάγνωση ενός παιδιού με ΔΕΠΥ, αυτό θα πρέπει να εμφανίσει για πρώτη φορά τα συμπτώματα πριν από την ηλικία των επτά ετών, ενώ η διάρκεια τους θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από έξι μήνες. Τέλος, η συμπτωματολογία θα πρέπει να είναι δυσανάλογη με την ηλικία του παιδιού και να συνεπάγεται μία σημαντική μείωση της λειτουργικότητας του σε δύο ή και περισσότερα πεδία της καθημερινότητας του, όπως το σχολικό ή το κοινωνικό (Pelham E.W.Jr., *et al.*, 2005). Επιπλέον, θα πρέπει να παρουσιάζονται τουλάχιστον έξι εκ των συμπτωμάτων που συνδέονται με την απροσεξία, ή τουλάχιστον έξι εκ των συμπτωμάτων που συνδέονται με την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, για μία περίοδο που διαρκεί το λιγότερο έξι μήνες. Τα συμπτώματα δε αυτά, θα πρέπει να προκαλούν στο παιδί δυσκολίες στο να προσαρμοστεί, ενώ θα πρέπει να παρουσιάζουν και αναντιστοιχία με το στάδιο ανάπτυξης, στο οποίο βρίσκεται (Αντωνίου Α., 2014).

Η ΔΕΠΥ συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερων συμπεριφορικών διαταραχών, ενώ αποτελεί τη συνηθέστερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή κατά την παιδική ηλικία. Βάσει υπολογισμών, η ΔΕΠΥ εντοπίζεται στο 3–7% ή σε 1–2% των παιδιών σχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ, ποσοστό που εξαρτάται από τα διαγνωστικά κριτήρια που εφαρμόζονται, ήτοι του DSM - IV (βλ. Πίνακα 1) ή αυτά της 10<sup>ης</sup> Έκδοσης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων (ICD-10<sup>13</sup>), αντίστοιχα (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012). Επιπλέον, η ΔΕΠΥ φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη στα αγόρια, εφόσον για κάθε ένα κορίτσι που διαγιγνώσκεται με ΔΕΠΥ, διαγιγνώσκονται 3 έως 5 αγόρια (Αντωνίου Α., 2014).

---

<sup>13</sup> International Classification of Diseases

Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 50% -70% των διαγνωσμένων με ΔΕΠΥ παιδιών, πιθανώς να αντιμετωπίσουν ως έφηβοι ή ενήλικες προβλήματα όσον αφορά την κοινωνική τους προσαρμογή και τη λειτουργικότητα τους, ενώ πιθανό είναι να αντιμετωπίσουν και προβλήματα ψυχιατρικής φύσης (Sagvolden *et al.*, 2005; Κολαίτης Γ, 2014). Όταν ενηλικιωθούν ένα 22% των παιδιών με ΔΕΠΥ θα συνεχίσει τις σπουδές του στο Πανεπιστήμιο, ενώ μόνο ένα 5% θα ολοκληρώσει τις σπουδές του με επιτυχία. Πέραν τούτου, τα άτομα με ΔΕΠΥ έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα στην εργασία τους, να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ αρκετά συχνά φέρουν την ευθύνη για την πρόκληση αυτοκινητιστικών ατυχημάτων (Barkley A.R., 2002; Αντωνίου Α., 2014). Βάσει των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων, η ΔΕΠΥ είναι μία αρκετά συχνή διαταραχή που πλήττει τον ενήλικο πληθυσμό, εφόσον ο επιπολασμός της ανέρχεται σε 2-5%. Ωστόσο, ένα σημαντικό πρόβλημα είναι η συστηματική υποδιάγνωση της (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012).

Αυτό που επισημαίνεται είναι ότι η μη έγκαιρη αναγνώριση, ειδική αξιολόγηση, αλλά και αντιμετώπιση της σοβαρής συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ και των λοιπών διαταραχών συμπεριφοράς που συνδέονται με αυτήν, επιφέρει σημαντική επιβάρυνση τόσο στο ίδιο το παιδί, όσο και στην οικογένεια του. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ επάγουν μίας σειρά από δυσλειτουργίες, οι οποίες παρεμβαίνουν στις σχολικές επιδόσεις και την προσαρμογή του παιδιού, ενώ παράλληλα αυξάνουν τον κίνδυνο εγκατάλειψης του σχολείου και οδηγούν σε συγκρούσεις εντός του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Επιπρόσθετα, κατά την περίοδο της εφηβείας η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ αυξάνει τις πιθανότητες να αντιμετωπίσει το παιδί προβλήματα που απορρέουν από επικίνδυνη οδήγηση, μία πιθανή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τον εθισμό στο κάπνισμα ή άλλες ουσίες, ενώ είναι πιθανό να συνδεθεί και με παραβατικότητα, θέτοντας σημαντικά εμπόδια στη μετέπειτα προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη του. Πέραν της σημαντικής επιβάρυνσης που υφίσταται το ίδιο το άτομο που πάσχει, καθώς και του σημαντικού περιορισμού της λειτουργικότητας του σε κάθε επίπεδο, αξιοσημείωτη είναι και η οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η ΔΕΠΥ τόσο σε επίπεδο οικογένειας, όσο και κοινωνίας (Κολαίτης Γ., 2014).

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία κατά το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV)

#### **Συμπτώματα απροσεξίας**

##### *Απροσεξία*

Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες

Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι

Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν

Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, εργασίες που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών)

Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες

Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι)

Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι)

Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα

Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

#### **Συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας**

##### *Υπερκινητικότητα*

Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του

Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος

Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)

Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ή σπυχα

Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»

Συχνά μιλάει υπερβολικά

##### *Παρορμητικότητα*

Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση

Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του

Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του(της) τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

\* Απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον έξι από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών.<sup>1</sup>

Τα δεδομένα που προκύπτουν από σχετικές έρευνες υποδεικνύουν ότι στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής αυτής εμπλέκονται κυρίως γενετικοί, νευροβιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες καταδεικνύουν ότι σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι συγγενείς πρώτου βαθμού διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012; Αντωνίου Α., 2014). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συχνότητα της ΔΕΠΥ σε οικογένειες παιδιών που έχουν διαγνωστεί με επίμονη ΔΕΠΥ είναι σημαντικά υψηλότερη, ενώ ένα στα τρία από τα παιδιά αυτά, έχουν ένα γονέα που πάσχει από την ίδια διαταραχή (Περβανίδου Π., 2014). Μελέτες σε διδύμους δείχνουν ότι η ΔΕΠΥ είναι κληρονομική σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 76% (Faraone S.V., *et al.*, 2005; Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012). Επιπρόσθετα, μελέτες σε διδύμους, οι οποίες

ακολουθούν την πορεία της ΔΕΠΥ σε διαφορετικά στάδια της ανάπτυξης, συγκλίνουν στο ότι το φάσμα της συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια του βίου, αποτελεί προϊόν κοινών γενετικών καταβολών (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012; Περβανίδου Π., 2014). Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η ΔΕΠΥ συνεχίζει να επιμένει σε ορισμένους ενήλικες, ενώ σε άλλους δείχνει σημάδια υποχώρησης, είναι αντικείμενο αυξημένου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Τα ευρήματα μοριακών γενετικών μελετών σε παιδιά έχουν εντοπίσει μία άμεση συσχέτιση μεταξύ της εν λόγω διαταραχής και συγκεκριμένων γονιδίων. Τέτοια γονίδια περιλαμβάνουν το γονίδιο του μεταφορέα της ντοπαμίνης (DAT1), το γονίδιο της β-υδροξυλάσης της ντοπαμίνης (DBH), τον H1 υποδοχέα της σεροτονίνης (HTR1B), το μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTT), καθώς και την πρωτεΐνη 25 kDa (SNAP-25), η οποία σχετίζεται με τα συναπτικά κύστια (Faraone S.V. *et al.*, 2005; Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012).

Η κύρια νευροβιολογική διαταραχή που συνδέεται άμεσα με τη ΔΕΠΥ είναι η λειτουργική ανεπάρκεια των ντοπαμινεργικών και νορεπινεφρινικών νευροδιαβιβαστών στις συνάψεις, η οποία μπορεί να αποδίδεται είτε σε ανεπαρκή απελευθέρωση από τους προσυναπτικούς νευρώνες, είτε σε αυξημένη επαναπρόσληψη τους, είτε σε ανεπάρκεια των υποδοχέων στη μετασυναπτική μεμβράνη. Η ΔΕΠΥ παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την υπολειτουργία των κατεχολαμινεργικών κυκλωμάτων που βρίσκονται στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα εκείνων που προεκτείνονται στον προμετωπιαίο φλοιό. Μία σειρά απεικονιστικών μελετών έχουν εντοπίσει την ύπαρξη μικρότερων ολικών εγκεφαλικών όγκων και ελαττωμένων όγκων στο δεξί μετωπιαίο και βρεγματικό λοβό. Η διαταραχή συνδέεται επίσης με δυσλειτουργία στις επιτελικές λειτουργίες, ήτοι στις υψηλές νοητικές διεργασίες, πράγμα που συνιστά και κυριότερο νευροψυχολογικό έλλειμμα που παρατηρείται στη ΔΕΠΥ (Περβανίδου Π., 2014).

Πέραν των γενετικών και νευροβιολογικών παραγόντων, υπάρχει και μία σειρά περιβαλλοντικών παραγόντων που εμπλέκονται στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, ειδικότερα κατά το διάστημα της κύησης, η προωρότητα, το στρες της μητέρας κατά το διάστημα της κύησης, το μικρό βάρος γέννησης και τα περιγεννητικά προβλήματα. Σε πρόσφατες μελέτες, πιθανή συσχέτιση με τη ΔΕΠΥ φαίνεται να έχουν παράγοντες όπως τα προσθετικά στα τρόφιμα και η ζάχαρη (Πεχλιβανίδης Α., και συν., 2012; Περβανίδου Π., 2014). Τέλος, ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της

διάγνωσης με ΔΕΠΥ ή της ύπαρξης χαρακτηριστικών που προσιδιάζουν στη ΔΕΠΥ και της έκθεσης του παιδιού σε φυτοφάρμακα, πολυχλωριωμέναδιφαινύλια (PCB), φθαλικές ενώσεις, μόλυβδο, υδράργυρο και μαγγάνιο (Περβανίδου Π., 2014).

Από πλευράς ψυχοκοινωνικών παραγόντων, και δη των σχετιζόμενων με την οικογένεια, ενώ αυτοί δεν προκαλούν τη διαταραχή, φαίνεται να συμβάλλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων ή να δρουν κατά τρόπο επιβαρυντικό στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Περβανίδου Π., 2014). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διδύμους, ένας εκ των οποίων υιοθετήθηκε, κατέδειξαν ότι η κληρονομησιμότητα της ΔΕΠΥ αποδίδεται περισσότερο σε μία σειρά γενετικών και λιγότερο περιβαλλοντικών παραγόντων (Faraone S.V. *et al.*, 2001).

### 2.1.2 Εναντιωματική – Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ)

Η Εναντιωματική Προκλητική - Διαταραχη (ΕΠΔ) είναι μία διαταραχή της αγωγής, η οποία κάνει κυρίως την εμφάνιση της σε παιδιά και εφήβους (Hamilton S.S & Armando J, 2008; Curtis D.F. *et al.*, 2015). Η ΕΠΔ είναι μία ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δύο διαφορετικούς πόλους προβλημάτων: την επιθετικότητα και την τάση του παιδιού να ενοχλεί και ερεθίζει τους άλλους σκόπιμα. Η ΕΠΔ είναι ένα συνεχές που απαρτίζεται από μη συνεργάσιμη, προκλητική και εχθρική συμπεριφορά εναντίον κάθε είδους εξουσίας χωρίς σημαντικές αντικοινωνικές παραβιάσεις (AACAP, 2007; Hamilton S.S. & Armando J., 2008).

Η ΕΠΔ περιγράφεται στο DSM-IV και στην ICD-10 ως ένα «επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο εναντιωματικής, προκλητικής, ανυπάκοης και καταστροφικής συμπεριφοράς προς οποιοδήποτε πρόσωπο θεωρείται ότι διαθέτει εξουσία, η οποία διαρκεί για τουλάχιστον 6 μήνες» (Fraser A., & Wray J., 2008). Πέρα από το γεγονός ότι η συμπεριφορά αυτή πρέπει να διαρκεί για περισσότερο από έξι μήνες, αυτή δεν θα πρέπει να προκαλείται από ψύχωση ή διαταραχή της διάθεσης, ενώ πρέπει να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική,



ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία του παιδιού (AACAP, 2007; Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή δεν περιλαμβάνει τις πιο επιθετικές πτυχές της Διαταραχής της Διαγωγής (ΔΔ) που στρέφεται ενάντια σε ανθρώπους, ζώα και ιδιοκτησία (Fraser A., & Wray J., 2008).

Η ΕΠΔ επηρεάζει το 3,3% όλων των παιδιών και εφήβων με ένα επιπολασμό της τάξης του 12,6%. Επιπρόσθετα, τα προβλήματα που συνδέονται με την ΕΠΔ συχνά προκαλούν σοβαρή βλάβη και συνυπάρχουν με ΔΕΠΥ, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με τη διάθεση (Martel M.M., *et al.*, 2012; Curtis D.F., *et al.*, 2015). Λόγω της σοβαρότητας της και της υψηλής συννοσηρότητας της με άλλες ασθένειες, τα προβλήματα που σχετίζονται με την ΕΠΔ όχι μόνο έχουν αρνητική επίδραση στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου, αλλά και στις σχέσεις του με συμμαθητές, μέλη της οικογένειας, εκπαιδευτικούς και άλλους φροντιστές του (Greene R.W., *et al.*, 2002). Συνεπώς, η αποτελεσματική αξιολόγηση και ο καθορισμός των ενδεδειγμένων θεραπευτικών στόχων για την ΕΠΔ μπορεί να είναι μία δύσκολη και πολύπλοκη υπόθεση (Curtis D.F., *et al.*, 2015).

Όσον αφορά την ηλικία έναρξης, τα συμπτώματα της ΕΠΔ συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους κατά την προσχολική ηλικία και σπάνια αργότερα κατά την εφηβεία. Παρόλο που πιστεύεται ευρέως ότι η ΕΠΔ επηρεάζεται από την ιδιοσυγκρασία του κάθε παιδιού, δεν υπάρχουν γνωστοί βιολογικοί ή γενετικοί προγνωστικοί παράγοντες ειδικοί για τη διαταραχή (Loeber R., *et al.*, 2009). Αν και τα συμπτώματα της ΕΠΔ εμφανίζονται συχνά πρώιμα, η φύση και η σοβαρότητα τους συχνά αλλάζουν κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση. Στην πραγματικότητα, έχει καθιερωθεί μία ξεχωριστή αναπτυξιακή σχέση μεταξύ της ΕΠΔ και της Διαταραχής της Διαγωγής (ΔΔ) και της κατάθλιψης (Curtis D.F., *et al.*, 2015).

Η ΕΠΔ είναι συχνότερη στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια (Hamilton S.S., & Armando J., 2008; Curtis D.F., *et al.*, 2015), αλλά τα σχετικά δεδομένα είναι αντιφατικά (Hamilton S.S., & Armando J., 2008). Ωστόσο, οι διαφορές στο φύλο φαίνεται πως υποχωρούν κατά την εφηβεία και μετέπειτα (Munkvold L.H., *et al.*, 2011; Ζαφειριάδου Ε., & Γαλανάκη Ε., 2017). Ενώ τα κορίτσια εμφανίζονται να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αργότερα κατάθλιψη μετά την εμφάνιση της ΕΠΔ (Burke J.D., *et al.*, 2010), τα αγόρια παρουσιάζουν μία μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν Διαταραχή της

Διαγωγής (Rowe R., *et al.*, 2010; Curtis D.F., *et al.*, 2015). Μερικοί ερευνητές προτείνουν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια για τα κορίτσια, τα οποία τείνουν να επιδεικνύουν ότι η επιθετικότητα τους εκδηλώνεται με πιο συγκεκαλυμμένο τρόπο. Ειδικότερα, τα κορίτσια μπορούν να χρησιμοποιήσουν λεκτική και όχι σωματική επιθετικότητα, συχνά ωθώντας κάποιο παιδί στο περιθώριο ή εξαπλώνοντας φήμες για αυτό (Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Η ΕΠΔ είναι συχνότερη στα παιδιά που προέρχονται από νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα (AACAP, 2007; Hamilton S.S., & Armando J., 2008; Ζαφειριάδου Ε., & Γαλανάκη Ε., 2017) και τυπικά διαγιγνώσκεται στα τέλη της προσχολικής ηλικίας έως τις αρχές του σχολείου, με συμπτώματα που συχνά εμφανίζονται δύο ή τρία χρόνια νωρίτερα. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν μία σταδιακά αυξανόμενη επικράτηση της ΕΠΔ, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν (Hamilton S.S., & Armando J., 2008).

Οι ερευνητές συμφωνούν ότι δεν υπάρχει ενιαία αιτιολογία ή ακόμη και ένας αποδεδειγμένος παράγοντας κινδύνου για την ΕΠΔ. Αντίθετα, είναι μία διαταραχή που γίνεται καλύτερα κατανοητή στο πλαίσιο ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, στο οποίο οι βιολογικές ευπάθειες και οι προστατευτικοί παράγοντες ενός παιδιού αλληλοεπιδρούν κατά τρόπο πολύπλοκο με τις προστατευτικές και επιβλαβείς πτυχές του περιβάλλοντος του, ώστε να προσδιοριστεί η πιθανότητα ανάπτυξης αυτής της διαταραχής (Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Οι πρόσφατες θεωρίες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με εναντιωματική προκλητική διαταραχή έχουν ελλείμματα σε ένα διακριτό σύνολο δεξιοτήτων που οδηγούν σε μία εναντιωματική συμπεριφορά. Ένα μη συμβατικό παιδί που "εκρήγνυται" ως απάντηση σε μία γονική απαίτηση μπορεί να στερείται των γνωστικών ή συναισθηματικών ικανοτήτων που απαιτούνται για να συμμορφωθεί με το αίτημα του ενήλικα (Greene R.W., *et al.*, 2002; Hamilton S.S. & Armando J., 2008).

Επιπρόσθετα, έχει διερευνηθεί και ο ρόλος των νευροβιολογικών επιρροών στην αιτιολογία της επιθετικότητας και κυρίως ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών όπως η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη. Δεν έχει εντοπιστεί κανένας μεμονωμένος νευροδιαβιβαστής ή νευρολογική οδός ως η κύρια αιτία της ΕΠΔ. Η ΕΠΔ είναι σαφώς κληρονομήσιμη, αλλά η έρευνα δεν έχει ακόμη καθορίσει ποιος είναι ο ρόλος της γενετικής, επειδή οι σχετικές μελέτες έχουν οδηγήσει σε μάλλον αντιφατικά αποτελέσματα (Steiner H., & Remsing L., 2007; Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Το κάπνισμα και η κακή διατροφή της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν



συσχετιστεί με την ανάπτυξη ΕΠΔ, αν και η αιτιότητα αυτή δεν έχει εδραιωθεί (Raine A., 2002; Hamilton S.S. & Armando J., 2008).

Τα παιδιά με ΕΠΔ έχουν σημαντικά προβλήματα στις σχέσεις με τους γονείς, εκπαιδευτικούς και συνομήλικους τους (Hamilton S.S. & Armando J., 2008; Ζαφειριάδου Ε. & Γαλανάκη Ε., 2017). Αυτά τα παιδιά δεν αντιμετωπίζουν μόνο προβλήματα σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους, παρουσιάζοντας περισσότερες από δύο τυπικές αποκλίσεις κάτω από το μέσο όρο σε κλίμακες αξιολόγησης για την κοινωνική προσαρμογή, αλλά παρουσιάζουν επίσης μεγαλύτερη κοινωνική δυσλειτουργία από ότι τα παιδιά με διπολική διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη και πολλαπλές αγχώδεις διαταραχές. Σε σύγκριση με την ΕΠΔ, μόνο η Διαταραχή της Διαγωγής και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή είχαν μη σημαντικές διαφορές στην κοινωνική προσαρμογή (Greene R.W. *et al.*, 2002; Hamilton S.S. & Armando J., 2008).

Η εξελικτική πορεία της συμπτωματολογίας της ΕΠΔ συχνά φανερώνει μία σταθερή αύξηση της σοβαρότητας της σε βάθος χρόνου, που συχνά εξελίσσεται σε διάγνωση Διαταραχής της Διαγωγής (ΔΔ), κατάθλιψης ή άλλων σοβαρών ψυχιατρικών νοσημάτων (Hamilton S.S. & Armando J., 2008; Ζαφειριάδου Ε. & Γαλανάκη Ε., 2017). Η εξελικτική πορεία της συμπτωματολογίας της ΕΠΔ περιπλέκεται συχνά από συννοσηρότητες. Στην πραγματικότητα, αυτό φαίνεται να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση, με σχεδόν το 50% όλων των περιπτώσεων ΕΠΔ να παρουσιάζουν ΔΕΠΥ (Martel M.M., *et al.*, 2012), 40% να παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα άγχους (Greene R.W., *et al.*, 2002) και 12% διαγιγνώσκονται με κατάθλιψη (Stoep A.V., *et al.*, 2012).

Όταν η κατάθλιψη ακολουθεί την έναρξη της ΕΠΔ στην παιδική ηλικία, η αρνητική επίδραση της μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός παράγοντας. Παρομοίως, τα παιδιά που παρουσιάζουν περισσότερο τα κυρίαρχα συμπτώματα προκλητικών και ανταγωνιστικών συμπεριφορών, συχνά εξελίσσονται μεταγενέστερα από την ΕΠΔ σε ΔΔ. Υπάρχει μία εκτιμώμενη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων της ΕΠΔ και της ΔΔ (Loeber R., *et al.*, 2009). Παρά τα ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν την ΕΠΔ ως παράγοντα πρόβλεψης για μελλοντικά συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα, παραμένει ασαφές, εάν ο ρόλος της είναι αιτιολογικός, ή απλώς πρόδρομος μελλοντικών διαταραχών (Burke J. & Loeber R., 2010; Curtis D.F., *et al.*, 2015).

### 2.1.3 Διαταραχή της Διαγωγής (ΔΔ)

Η Διαταραχή της Διαγωγής (ΔΔ) είναι μία συχνά εμφανιζόμενη ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο μοτίβο επιθετικών και μη επιθετικών αντικοινωνικών συμπεριφορών, που σχετίζονται με παραβίαση των κανόνων και που οδηγούν σε σημαντικό βάρος για τους ίδιους τους ασθενείς, την οικογένεια τους και την κοινωνία. Σε πολλές περιπτώσεις, η ΔΔ προηγείται και συνυπάρχει με ΕΠΔ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΕΠΔ είναι ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο αρνητικής, προκλητικής, ανυπάκουης και εχθρικής συμπεριφοράς έναντι των μορφών της εξουσίας, τα ξεσπάσματα και η ευερεθιστότητα. Τα προβλήματα της επιθετικότητας, της προκλητικότητας και της παρορμητικότητας, με ή χωρίς έλλειψη προσοχής ή υπερδραστηριότητας, αποτελούν την πιο διαδεδομένη ψυχοπαθολογία σε παιδιά και εφήβους και συγκαταλέγονται στους πιο συνηθισμένους λόγους παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Buitelaar J.K., *et al.*, 2013).

Η Διαταραχή της Διαγωγής ορίζεται ως ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο πρότυπο συμπεριφοράς που παραβιάζει τα δικαιώματα των άλλων ή που παραβιάζει τα κύρια κοινωνικά πρότυπα ή κανόνες που είναι δεδομένα σε μία ηλικία. Τα συμπτώματα της ΔΔ εμπίπτουν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες: (1) επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα, (2) καταστροφή ιδιοκτησίας, (3) δόλος ή κλοπή και (4) σοβαρές παραβιάσεις κανόνων (π.χ. σκασιαρχείο ή εγκατάλειψη του σπιτιού σε νεαρή ηλικία) (American Psychiatric Association, 2014; Frick P.J., 2016).

Η ΔΔ έχει δύο υπότυπους: αυτή με έναρξη στην παιδική ηλικία και εκείνη με έναρξη στην εφηβεία. Η ΔΔ της παιδικής ηλικίας που δεν έχει θεραπευθεί, έχει φτωχότερη πρόγνωση. Οι συμπεριφορές που είναι χαρακτηριστικές της ΔΔ της παιδικής ηλικίας περιλαμβάνουν την επιθετικότητα, την καταστροφή των ξένων ιδιοκτησιών και τις κακές σχέσεις με τους συνομηλίκους. Σε περίπου 40% των περιπτώσεων, η διαταραχή της διαγωγής κατά την παιδική ηλικία αναπτύσσεται σε ενήλικη αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Η διαταραχή της εφηβικής συμπεριφοράς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι έφηβοι που εκδηλώνουν μία συμπεριφορά που συνάδει με τη ΔΔ όπως η σύσταση συμμοριών, προκειμένου να ανταποκριθούν στις βασικές ανάγκες επιβίωσης (π.χ. κλοπή τροφής) είναι συχνά

λιγότερο διαταραγμένοι ψυχολογικά, από εκείνους με ιστορικό διαταραχών της διαγωγής (Searight R.H., *et al.*, 2001; Buitelaar J.K., *et al.*, 2013).

Η ΔΔ αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα ψυχικής υγείας για διάφορους λόγους. Πρώτον, συχνά περιλαμβάνει επιθετικότητα, σχετίζεται ιδιαίτερα με εγκληματική συμπεριφορά και μία σειρά κοινωνικών, συναισθηματικών και σχολικών προβλημάτων (Frick P.J., *et al.*, 2005). Για παράδειγμα, οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη ΔΔ συχνά οδηγούν στην απόρριψη του παιδιού από τους συνομηλίκους του και στην αποβολή του από το σχολείο. Δεύτερον, η ΔΔ κατά την παιδική ηλικία αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ανάπτυξη αργότερα προβλημάτων κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων ψυχικής υγείας (π.χ. κατάχρηση ουσιών), προβλημάτων με το νόμο (π.χ. κίνδυνος για σύλληψη), εκπαιδευτικά προβλήματα (σχολική διαρροή), κοινωνικά προβλήματα (π.χ. προβλήματα στο γάμο) και προβλήματα υγείας (υποβαθμισμένη αναπνευστική λειτουργία) (Frick P.J., 2016).

Έτσι, η ΔΔ αποτελεί ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας που συνδέεται με σημαντικό κίνδυνο τόσο τρεχουσών, όσο και των μελλοντικών βλαβών. Ένα άλλο ζήτημα πέραν της σοβαρότητας της ΔΔ, είναι ότι είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Μία μετα-ανάλυση επιδημιολογικών μελετών εκτιμά ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΔΔ σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 6-18 ετών είναι 3,2% (Canino G., *et al.*, 2010). Αυτή η εκτίμηση του επιπολασμού δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ διαφορετικών χωρών ή ηπείρων, αν και η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών που περιλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση διεξήχθησαν στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη (Frick P.J., 2016).

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι τα αγόρια είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ΔΔ σε σχέση με τα κορίτσια (Frick P.J., 2016; Mohan L. & Ray S., 2019) και η αναλογία μπορεί να κυμαίνεται από 4: 1 έως και 12: 1. Το ποσοστό της επικράτησης σε όλη τη ζωή του ατόμου μπορεί να κυμαίνεται από οπουδήποτε μεταξύ 2% έως 10%. Τα παιδιά με διαταραχή της διαγωγής κατηγοριοποιούνται συχνά ως πάσχοντα από αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή τους. Η πρόωρη εκδήλωση της διαταραχής αυτής στα παιδικά χρόνια, θα μπορούσε να οδηγήσει σε χειρότερη πρόγνωση στο μέλλον. Πολλοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΔ σε παιδιά και εφήβους που περιλαμβάνει διαταραχές

κατάχρησης ουσιών και προβλήματα με το νόμο στους γονείς αυτών των παιδιών (Mohan L. & Ray S., 2019).

Δεδομένης της σοβαρότητας της ΔΔ και του επιπολασμού της, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι σημαντικός όγκος της έρευνας έχει εστιαστεί στην κατανόηση της αιτιολογίας της. Η έρευνα αυτή έχει οδηγήσει σε έναν μακρύ κατάλογο παραγόντων που μπορούν να θέσουν ένα παιδί σε κίνδυνο να ενεργήσει με αντικοινωνικό και επιθετικό τρόπο (Frick P.J., 2016). Η αιτιολογία της διαταραχής της διαγωγής αποτελεί αλληλεπίδραση γενετικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων (Searight *et al.*, 2001; Mohan L. & Ray S., 2019).

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες μία σειρά μελετών καταδεικνύουν ένα μέτριο βαθμό κληρονομησιμότητας της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, της παρορμητικότητας, της επιθετικότητας και της έλλειψης ευαισθησίας στην τιμωρία. Στοιχεία για χαμηλά επίπεδα της β-υδροξυλάσης της ντοπαμίνης (DBH) στο πλάσμα καταδεικνύουν μία μειωμένη δραστηριότητα του μη αδρενεργικού συστήματος στην ΔΔ. Επιπλέον, με την επιθετικότητα συνδέονται και τα υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης (Searight *et al.*, 2001; Mohan&Ray, 2019).

Από πλευράς οικογενειακών παραγόντων, ένα οικογενειακό περιβάλλον, στο οποίο απουσιάζει η δομή και η επαρκής επιτήρηση, ενώ υπάρχουν συχνές διαμάχες μεταξύ των γονιών και ανεπαρκής πειθαρχία, οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές. Ένας άλλος παράγοντας είναι η λεκτική και σωματική επιθετικότητα των γονέων, με τα παιδιά που εκτίθενται σε συχνή ενδοοικογενειακή βία να παρουσιάζουν συχνότερα μοτίβα βίαιης συμπεριφοράς. Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι ένα οικογενειακό ιστορικό εγκληματικότητας, κατάχρηση ουσιών στους γονείς, από κοινού με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Searight *et al.*, 2001).

Επιπρόσθετα, στην αιτιολογία της ΔΔ φαίνεται πως εμπλέκονται και νευρολογικοί παράγοντες. Μερικές μελέτες υποδεικνύουν μία συσχέτιση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του μετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου και της επιθετικότητας στα παιδιά. Οι νευροψυχολογικές προσβολές στον εγκέφαλο κατά την παιδική ηλικία μπορούν να προκαλέσουν ελλείμματα στη γλώσσα, τη μνήμη και την εκτελεστική λειτουργικότητα, οδηγώντας σε κακή κρίση και αδυναμία σχεδιασμού και επίλυσης προβλημάτων σε καταστάσεις κρίσης. Οι αναπτυξιακές καθυστερήσεις συνεπάγονται

μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, μαθησιακές δυσκολίες, υποβαθμισμένες διανοητικές ικανότητες, συμβάλλοντας έτσι σε μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην αύξηση της τάσης των παιδιών για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής της διαγωγής. Επιπλέον, οποιαδήποτε τραυματική εγκεφαλική βλάβη, επιληπτικές κρίσεις και νευρολογικές βλάβες μπορούν να συμβάλουν στην επιθετικότητα (ibid).

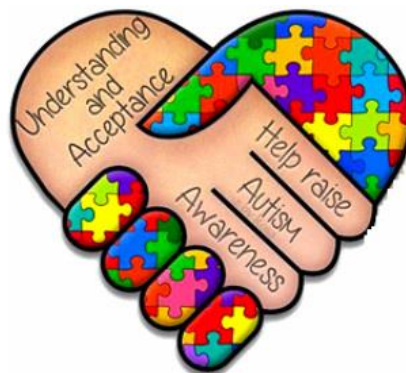
## 2.2 Αναπτυξιακές Διαταραχές

Ο αυτισμός και το σύνδρομο Asperger (διαταραχές του φάσματος του αυτισμού) αποτελούν τις αναπτυξιακές διαταραχές που εντοπίζονται περισσότερο στα παιδιά. Ο αυτισμός αρχίζει πριν από την ηλικία των τριών ετών και πιστεύεται ότι έχει μία οργανική αιτιολογική βάση που αφορά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Τα παιδιά με αυτισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φυσική επαφή και τις αλλαγές στο περιβάλλον τους, αποφεύγουν την οπτική επαφή, ενώ εμφανίζουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

Τα παιδιά με σύνδρομο Asperger μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά με τον αυτισμό, επειδή επίσης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επιδεικνύουν συγκεκριμένα ενδιαφέροντα και συμπεριφορές, αλλά δεν παρουσιάζουν καθυστερήσεις στην ομιλία και τη γνωστική τους ανάπτυξη (Sheehan R., 2017).

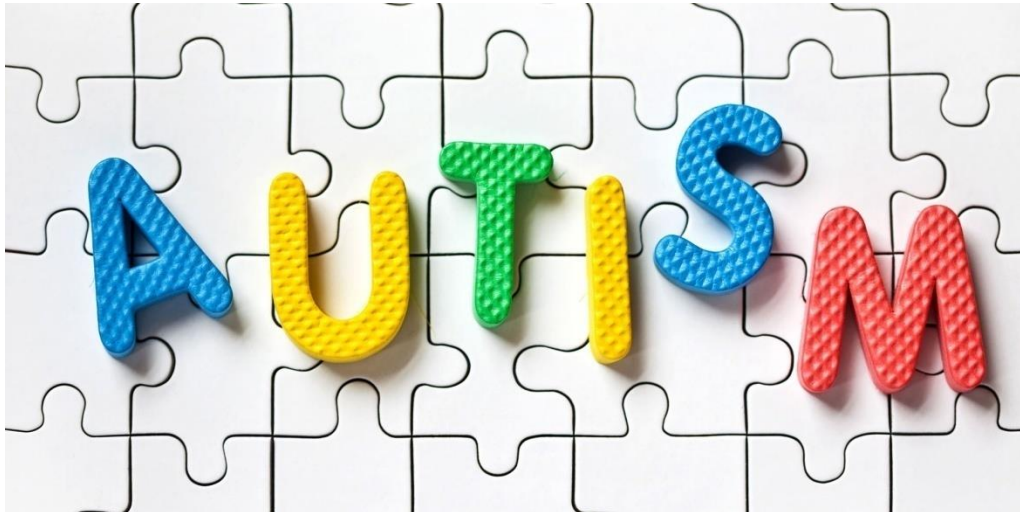
### 2.2.1 Αυτισμός & Σύνδρομο Asperger

Ο αυτισμός αποτελεί μία πολυσύνθετη διαταραχή νευροβιολογικής φύσεως, η οποία ταλαιπωρεί το άτομο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του (Παπαγεωργίου Β., 2017; Lyall K., *et al.*, 2017). Ο αυτισμός συγκαταλέγεται σε μία ομάδα διαταραχών, οι οποίες ορίζονται ως Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ASD<sup>14</sup>) (Autism Speaks, 2018). Σήμερα, ο επιπολασμός του αυτισμού εκτιμάται σε τουλάχιστον 1.5% στις ανεπτυγμένες χώρες, με πρόσφατες αυξήσεις κυρίως μεταξύ των ατόμων που δεν παρουσιάζουν συνυπάρχουσα νοητική καθυστέρηση (Lyall K., *et al.*, 2017). Η εμφάνιση του αυτισμού



<sup>14</sup>Autism Spectrum Disorder

αφορά κάθε φυλετική, εθνική και κοινωνική ομάδα, ενώ είναι πιο πιθανή στα αγόρια απ' ό τι στα κορίτσια με μία αναλογία 4:1. Ο αυτισμός παραβλάπτει την ικανότητα επικοινωνίας και κοινωνικής συναναστροφής του ατόμου, ενώ συσχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη μίας δύσκαμπτης ρουτίνας και της εμμονής του για επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, με μία συμπτωματολογία που κυμαίνεται από ήπια έως και αρκετά σοβαρή (Autism Speaks, 2018).



Στα πλαίσια του DSM-IV, η διαταραχή του αυτισμού και το σύνδρομο Asperger συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των δύο εκ των πέντε αναπτυξιακών διαταραχών, οι οποίες συγκαταλέγονται στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Νότας Σ., 2005; Autism Speaks, 2018). Παρά το γεγονός ότι ο όρος Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή θεωρείται συνώνυμος του όρου Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού, είναι στην πραγματικότητα ευρύτερος και πέραν του αυτισμού περιλαμβάνει και μία σειρά άλλων διαταραχών (Νότας Σ., 2005; 2017), συμπεριλαμβανομένων του Συνδρόμου Rett, της Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής και της Παιδικής Αποσυνδετικής Διαταραχής. Το σύνολο αυτών των διαταραχών χαρακτηρίζεται από διάφορα επίπεδα βλάβης σε όρους ικανοτήτων επικοινωνίας και κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς επίσης μοτίβα επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών (Νότας Σ., 2005; Autism Speaks, 2018).

Ο αυτισμός επί της ουσίας είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή που παραβλάπτει κυρίως την ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου και συνεπάγεται σημαντικές δυσκολίες για το ίδιο το άτομο, αλλά και την οικογένεια του. Μεταξύ άλλων ο αυτισμός περιλαμβάνει:

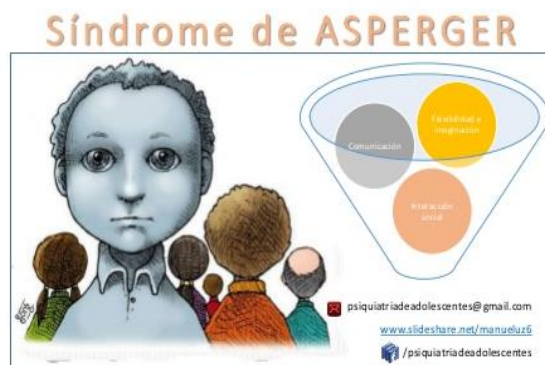
- Ποιοτικές δυσχέρειες του ατόμου να κατανοήσει τον κοινωνικό του περίγυρο και τις συναλλαγές που λαμβάνουν χώρα εντός αυτού, καθώς και τη δυσχέρεια του για συναισθηματική αμοιβαιότητα
- Δυσκολίες του ατόμου στην επικοινωνία και στη γλώσσα
- Ανάπτυξη ενός περιορισμένου, στερεοτυπικού και επαναλαμβανόμενου ρεπερτορίου δραστηριοτήτων και ενασχόληση με ιδιόρρυθμα ενδιαφέροντα
- Ανομοιογένεια στην ανάπτυξη των γνωσιακών λειτουργιών
- Ανακολουθία στην επεξεργασία των αισθητηριακών προσλήψεων.

Οι δυσκολίες αυτές που αντιμετωπίζει το άτομο διαφοροποιούνται ανάλογα με τη βαρύτητα της διαταραχής, ενώ η παρέμβαση είναι επιβεβλημένη σε όλες τις μορφές αυτισμού. Συχνή είναι και η συνύπαρξη του αυτισμού με νοητική υστέρηση, άλλες μορφές αναπηριών καθώς και άλλες ιατρικές καταστάσεις ή σύνδρομα (Νότας Σ., 2005).

Οι αποκλίσεις που παρουσιάζει το άτομο με αυτισμό επιδρούν σημαντικά στον τρόπο αντίληψης που διαμορφώνει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και τον κόσμο που το περιβάλλει,

τον τρόπο μάθησης, την εκδηλωθείσα συμπεριφορά, την προσαρμοστικότητα του, αλλά και τη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα του. Επιπλέον, επηρεάζεται η αναπτυξιακή του πορεία, η οποία παρουσιάζει παρεκκλίσεις από τη φυσιολογική, ενώ η κλινική εικόνα του αυτισμού επηρεάζεται από το αναπτυξιακό στάδιο. Η συμπτωματολογία της διαταραχής διαφοροποιείται επίσης και στη βάση της ηλικίας, της σοβαρότητας, των συννοσηροτήτων, της ιδιοσυγκρασίας και των περιβαλλοντικών παραγόντων (Παπαγεωργίου Β., 2007).

Ο αυτισμός πρώτη φορά περιεγράφηκε από Dr. Leo Kanner το 1943. Περίπου κατά το ίδιο διάστημα ο Dr. Hans Asperger, προσδιόρισε μία ηπιότερη μορφή του αυτισμού, η οποία έλαβε και το όνομα του, και παραμένει γνωστή ως Σύνδρομο Asperger. Και οι δύο αυτοί επιστήμονες γεννήθηκαν και σπούδασαν στην Αυστρία, αλλά δεν γνωρίστηκαν



ποτέ. Ο Kanner ήταν δέκα χρόνια μεγαλύτερος από τον Asperger και έφυγε το 1924 στην Αμερική, προκειμένου να αναλάβει την κλινική John Hopkins. Το 1943 έδωσε την πρώτη περιγραφή του αυτισμού, υποστηρίζοντας ότι τα άτομα που έπασχαν από αυτισμό διέθεταν φυσιολογική νοημοσύνη, άποψη που τελικώς αναιρέθηκε, δεδομένου ότι ένα μεγάλο ποσοστό των αυτιστικών παιδιών παρουσιάζει και νοητική υστέρηση, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές στη γλώσσα και στο λόγο. Μία χρονιά αργότερα και χωρίς να γνωρίζει περί της μελέτης του Kanner, ο Asperger περιέγραψε μία ομάδα παιδιών που έπασχαν από μία διαταραχή ηπιότερης μορφής, που ονόμασε «αυτιστική ψυχοπάθεια» (Νότας Σ., 2017).

Στα υφιστάμενα συστήματα διάγνωσης και ταξινόμησης, ως σημαντική διαφορά μεταξύ της διαταραχής του αυτισμού και του συνδρόμου Asperger θεωρείται το γεγονός ότι τα άτομα με σύνδρομο Asperger δεν παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Έτσι, τα άτομα με σύνδρομο Asperger είναι άτομα με διαταραχές τύπου αυτισμού, τα οποία ωστόσο παρουσιάζουν υψηλή λειτουργικότητα και έχουν δείκτη νοημοσύνης οριακό ή και φυσιολογικό, καθώς και δεξιότητες στην ανάπτυξη λόγου (Νότας Σ., 2017). Τα άτομα αυτά έχουν αντίληψη των σημαντικών κοινωνικών και επικοινωνιακών δυσκολιών τους, αλλά δεν γνωρίζουν πως να τις αντιμετωπίσουν. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ορισμένα παιδιά με τυπικό αυτισμό είναι δυνατόν να αναπτύξουν κάποιες άλλες δεξιότητες στην πορεία, και κατά εφηβεία τους να παρουσιάσουν χαρακτηριστικά που προσιδιάζουν στο σύνδρομο Asperger (Νότας Σ., 2017; Παπαγεωργίου Β., 2017). Πρόκειται για τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία του ευρύτερου φαινοτύπου<sup>15</sup>, τα οποία έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης και παρουσιάζουν ορισμένα ιδιάζοντα χαρακτηριστικά, τα οποία ενδέχεται να μην είναι εμφανή ή να αναγνωρίζονται δύσκολα και τα οποία αποδίδονται σε ιδιαιτερότητες του χαρακτήρα του ατόμου. Τα εν λόγω άτομα προσαρμόζονται καλά στο κοινωνικό τους περιβάλλον, σταδιοδρομούν επαγγελματικά και κάνουν οικογένεια (Νότας Σ., 2017).

Επί της παρούσης, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ιατρική εξέταση για την έγκυρη διάγνωση του αυτισμού. Αντιθέτως, ο αυτισμός και οι συναφείς διαταραχές διαγιγνώσκονται στη βάση ενός λεπτομερούς αναπτυξιακού ιστορικού, το οποίο αποδίδει έμφαση στην κοινωνική, αλληλεπίδραση, την επικοινωνία, καθώς και στον τομέα σκέψη-

---

<sup>15</sup>Broader phenotype



παιχνίδι-φαντασία και στην αξιολόγηση των συμπεριφορών που αναπτύσσει το άτομο στους τομείς αυτούς. Η εγκυρότητα της διάγνωσης του αυτισμού, σε σημαντικό βαθμό διασφαλίζεται από την καλή γνώση των ιδιαιτεροτήτων της διαταραχής, την κλινική εμπειρία και τη χρήση εξειδικευμένων διαγνωστικών δοκιμασιών. Ο αυτισμός είναι μετρήσιμος ως προς τη σοβαρότητα του και κατατάσσεται σε ήπιο, μέτριο, σοβαρό, μέσω της χρήσης εξειδικευμένων κλιμάκων. Παράλληλα, υπάρχει και διαφοροποίηση ως προς την ποιότητα του, βάσει του πως εκδηλώνεται η διαταραχή κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση του ατόμου. Έτσι υπάρχει ο αδιάφορος, ο παθητικός, ο ενεργητικός αλλά παράξενος και ο υπερ-τυπικός τύπος αυτισμού (Παπαγεωργίου Β., 2017).

Μία διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα από την ηλικία των 3 ετών και εφεξής, αν και μία σειρά πρόσφατων μελετών υποστηρίζει ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει και σε ακόμα μικρότερη ηλικία, που αγγίζει έως και τους 6 μήνες. Κατά το σύνηθες, είναι οι ίδιοι οι γονείς που εντοπίζουν πρώτοι κάποιες ασυνήθιστες συμπεριφορές στο παιδί τους ή αντιλαμβάνονται ότι αυτό αδυνατεί να κατακτήσει κάποια από τα τυπικά για την ηλικία του, αναπτυξιακά ορόσημα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς αναφέρουν ότι το παιδί τους διέφερε από τη στιγμή που γεννήθηκε, ενώ σε άλλες ότι αρχικά η εξέλιξη του παιδιού ήταν φυσιολογική και στη συνέχεια επήλθε η απώλεια κάποιων δεξιοτήτων. Δεν είναι ασυνήθιστο, οι παιδίατροι αρχικά να μην λάβουν υπόψη τους τα αρχικά σημάδια του αυτισμού ως τέτοια και να παραινέσουν τους γονείς να περιμένουν την εξέλιξη της ανάπτυξης του παιδιού. Ωστόσο, ορισμένες νέες μελέτες κατέδειξαν ότι συνήθως οι υποψίες των γονιών ότι υπάρχει κάτι μη φυσιολογικό στο παιδί τους, είναι βάσιμες (Autism Speaks, 2018).

Κατά γενική ομολογία, η έγκαιρη διάγνωση και ως εκ τούτου η πρόωγη παρέμβαση, επιδρά στην καλύτερη εξέλιξη και πρόοδο των αυτιστικών παιδιών. Η έγκαιρη διάγνωση δρα κατά τρόπο προληπτικό, εφόσον δεν επιτρέπει στο παιδί να εδραιώσει ανεπιθύμητες συμπεριφορές, οι οποίες άπαξ και υιοθετηθούν είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν. Επιπλέον, η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει στους γονείς αλλά και στα άτομα που βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού, να συνειδητοποιήσουν την ύπαρξη του προβλήματος και συνεπώς να διερευνήσουν τις υπάρχουσες θεραπευτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και να αναζητήσουν καθοδήγηση και υποστήριξη συμβουλευτικού τύπου (Νότας Σ., 2005; 2017).

Από πλευράς αιτιολογικών παραγόντων του αυτισμού και του Συνδρόμου Asperger, αυτοί περιλαμβάνουν: γενετικούς παράγοντες και τη γενετική προδιάθεση, την ύπαρξη διαφοροποιήσεων στη δομή του εγκεφάλου, τις ελλείψεις ενζύμων, βιταμινών και μετάλλων, την ανοσοποίηση και τους εμβολιασμούς, διαφόρων ειδών μολύνσεις όπως οι αφρώδεις μολύνσεις, περιβαλλοντικούς παράγοντες, τροφικές αλλεργίες και αντιβιοτικά (Νότας Σ., 2005; 2017).

Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στη γενετική βάση της αιτιολογίας των διαταραχών αυτών. Πρόσφατες γενετικές μελέτες έχουν εντοπίσει έναν αριθμό σπάνιων *de novo* μεταλλάξεων και έχουν καταδείξει τη σημασία του πολυγονιδιακού κινδύνου, της επιγενετικής και της αλληλεπίδρασης των γονιδίων με το περιβάλλον στην αιτιολογία του αυτισμού. Περαιτέρω, επιδημιολογικές μελέτες που επικεντρώθηκαν στους μη γενετικούς παράγοντες έχουν καθορίσει την προχωρημένη ηλικία των γονέων και την πρόωρη γέννηση ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, ενώ έδειξαν ότι η προγεννητική έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση και το σύντομο διάστημα μεταξύ των τοκετών είναι δυνητικοί παράγοντες κινδύνου. Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια έχει υπογραμμιστεί η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του ρόλου της προγεννητικής έκθεσης σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά και σε χημικές ουσίες που προκαλούν ενδοκρινικές διαταραχές (Lyll K., *et al.*, 2017).

### 2.3 Συναισθηματικές Διαταραχές



Οι μορφές συναισθηματικών διαταραχών στα παιδιά περιλαμβάνουν την κατάθλιψη και το άγχος, που χαρακτηρίζονται από τα ίδια συμπτώματα που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες. Η παιδική κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να εκδηλωθούν

με την άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, ως συνέπεια παιδικής κακοποίησης ή συμπεριφορικών προβλημάτων. Τα παιδιά με μείζονα κατάθλιψη αντιμετωπίζουν μακροχρόνια ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως οικογενειακές συγκρούσεις, ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση, προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον όπως ο εκφοβισμός και η απομόνωση, ενώ ενδέχεται οι γονείς τους να είναι ψυχικά πάσχοντες (Sheehan R., 2017).

### 2.3.1 Παιδική Κατάθλιψη

Ιστορικά, η κοινωνία αγνοούσε την ιδέα ότι η ψυχική υγεία ενός παιδιού θα μπορούσε να διαταραχθεί (Charles J. & Fazeli M., 2017). Πριν από τη δεκαετία του 1970, η κατάθλιψη θεωρήθηκε τυπικά ως διαταραχή των ενηλίκων, επειδή τα παιδιά θεωρήθηκαν υπερβολικά ανώριμα από αναπτυξιακής πλευράς, ώστε να έχουν αυτή τη διαταραχή (Malhotra S. & Das P.P., 2007; Maughan B., *et al.*, 2013). Η κακή διάθεση στους εφήβους θεωρήθηκε μέρος των φυσιολογικών διακυμάνσεων της διάθεσης κατά την ηλικία αυτή. Οι αναπτυξιακές μελέτες έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στο να αλλάξει εκ διαμέτρου η άποψη αυτή.

Πράγματι, σήμερα λίγοι θα αμφισβητούσαν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά και στους εφήβους είναι μία απτή πραγματικότητα ή ότι η νεανική και παιδική κατάθλιψη συνδέονται με μία σειρά ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων, καθώς και προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας στη μετέπειτα ζωή του ατόμου (Thapar A., *et al.*, 2012). Επιπλέον, παρόλο που η έρευνα σχετικά με την πορεία και τις συσχετίσεις της κατάθλιψης έχει εντοπίσει σημαντικές ομοιότητες σε ολόκληρο το φάσμα της ανάπτυξης, έχει επίσης επισημάνει διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία. Ως αποτέλεσμα, οι ερευνητές συνεχίζουν να αξιολογούν το βαθμό, στον οποίο η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικη ζωή εκδηλώνονται στην ίδια υποκείμενη ψυχική νόσο (Maughan B., *et al.*, 2013).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενηλικίωση καθορίζονται συνήθως από τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά: αλλαγές στη διάθεση, σκέψη και δραστηριότητα που επαρκούν για να προκαλέσουν βλάβη στην προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Στα παιδιά, ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές, ανάλογα με το αναπτυξιακό τους στάδιο, στον καθορισμό του τρόπου που

παρουσιάζεται ένα επεισόδιο Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) (Clark M., *et al.*; 2012, Charles J. & Fazeli M., 2017). Τα νεαρά παιδιά είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα (π.χ. κεφαλαλγία, κοιλιακό και μυοσκελετικό πόνο, κόπωση, ανησυχία, φοβίες και ψευδαισθήσεις) (Clark M., *et al.*, 2012). Τα παιδιά διαφέρουν επίσης στην ικανότητά τους να περιγράψουν τον εσωτερικό τους κόσμο λόγω των ικανοτήτων τους σε επίπεδο λόγου και γλώσσας, της γνωστικής τους λειτουργίας και του βαθμού δυσφορίας/ διαταραχής τους (Charles J. & Fazeli M., 2017). Τα παιδιά με κατάθλιψη δυσκολεύονται συνήθως να πουν θετικά πράγματα για τον εαυτό τους και κατηγορούν τον εαυτό τους για τις δυσκολίες στη ζωή τους (National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Επίσης, παρουσιάζουν περισσότερο έλλειψη διάθεσης, ευερεθιστότητα και συγκίνηση, παρά καταθλιπτική διάθεση. Μπορούν επίσης να εκφράσουν περισσότερες συμπεριφορές εξωτερίκευσης και να διαγνωσθούν λανθασμένα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και Διαταραχή της Διαγωγής (Weiss B. & Garber J., 2003).

Τα μικρότερα παιδιά τείνουν να μην φαίνονται καταθλιπτικά. Η αϋπνία, η απώλεια βάρους και η αύξηση ή έναρξη των συμπτωμάτων του άγχους εμφανίζονται συχνότερα, ενώ τα νευροφυτικά συμπτώματα της κατάθλιψης, που παρατηρούνται πιο συχνά σε εφήβους, όπως η υπερφαγία, η υπερυπνία, η αύξηση βάρους και η ψυχοκινητική επιβράδυνση φαίνεται να αυξάνονται με την ηλικία. Η ανηδονία και η κοινωνική απόσυρση παραμένουν σημαντικά συμπτώματα και προτείνεται ότι η παρουσία ανηδονίας σε ένα μικρότερο παιδί είναι ένδειξη σοβαρού ψυχικού νοσήματος (Clark M., *et al.*, 2012; Charles J. & Fazeli M., 2017).

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων μπορεί να είναι η κοινή συνισταμένη σύνθετων πολυπαραγοντικών αιτιολογιών, συμπεριλαμβανομένων γενετικών, ενδοκρινολογικών, βιοχημικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων (Clark M., *et al.*, 2012; Charles J. & Fazeli M., 2017). Για παράδειγμα, η γονική κατάθλιψη συνδέεται στενά με την κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων, εφόσον τα παιδιά των γονέων με κατάθλιψη έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, σε σχέση με εκείνα των οποίων οι γονείς δεν έχουν τέτοιο ιστορικό. Επιπλέον, η ηλικία εμφάνισης των παραγόντων κινδύνου μπορεί να προβλέψει μελλοντική κατάθλιψη. Τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με ένα νόσημα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή το άσθμα μεταξύ των τριών και των πέντε

ετών είναι πιθανό να παρουσιάσουν ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο. Παρομοίως, παιδιά ηλικίας πέντε ετών, τα οποία θεωρούνταν ως εχθρικά από τους δασκάλους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Beardslee W.R. & Gladstone T.R., 2001; Clark M., *et al.*, 2012).

Οι περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών έχουν αυξηθεί όχι μόνο μεταξύ των ενηλίκων, αλλά και μεταξύ των παιδιών (Lima N.N.R., *et al.*, 2013). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης εκτιμάται ότι είναι 2,8% στα παιδιά ηλικίας κάτω των 13 ετών και 5,6% στους εφήβους ηλικίας 13 έως 18 ετών. Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης μεταξύ των παιδιών και των εφήβων προκαλεί μεγάλη ανησυχία λόγω της οξείας και μόνιμης επίδρασης που έχουν οι καταθλιπτικές διαταραχές στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Περίπου το 60% των εφήβων με κατάθλιψη έχουν υποτροπές σε όλη την ενήλικη ζωή τους. Επιπλέον, οι ενήλικες με ιστορικό εφηβικής κατάθλιψης έχουν υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας, σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό. Η κατάθλιψη των εφήβων έχει συνδεθεί με την κακοποίηση και την παραμέληση, τις κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις, τη χρήση ουσιών, την εγκυμοσύνη και τις διαταραχές των κοινωνικών, εργασιακών και οικογενειακών σχέσεων κατά την ενήλικη ζωή (Clark M., *et al.*, 2012). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι ο επιπολασμός της εφηβικής κατάθλιψης είναι υψηλός, το ποσοστό της υποδιάγνωσης είναι μεγάλο (Richardson L.P. & Katzenellenbogen R., 2005).

Οι εκτιμήσεις του παρελθόντος για την επικράτηση των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών στην πρώιμη ενηλικίωση κυμαίνονται από 10% -17%, ενώ οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να επηρεαστούν από τους άνδρες. Σε μικρότερες ηλικίες, τα ποσοστά είναι πολύ χαμηλότερα και παρουσιάζουν ένα ξεχωριστό προφίλ που συσχετίζεται με την ηλικία και το φύλο. Η κατάθλιψη είναι σχετικά ασυνήθιστη στα παιδιά πριν την εφηβεία (1-2%) και τα ποσοστά διαφέρουν ελάχιστα μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Τα επίπεδα αρχίζουν να αυξάνονται τα πρώτα χρόνια της εφηβείας και είναι πιο έντονα στα κορίτσια παρά στα αγόρια. Ως αποτέλεσμα, γύρω στην ηλικία των 15 η επικράτηση της μονοπολικής κατάθλιψης κυμαίνεται στο 4-5%, ενώ σαφώς καθορισμένη είναι και η αριθμητική υπεροχή των γυναικών, που είναι χαρακτηριστικό της κατάθλιψης και στους ενήλικες (Maughan B., *et al.*, 2013).

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Malhotra S. & Das P.P., 2007; Maughan B., *et al.*, 2013). Οι πιο συχνές συννοσηρότητες συμπεριλαμβάνουν τη δυσθυμική διαταραχή και την αγχώδη διαταραχή (και οι δύο κυμαίνονται μεταξύ 30-80%), την κατάχρηση ουσιών (20-30%), και κάποια διαταραχή της διαγωγής (10-20%). Εκτός από την κατάχρηση ουσιών, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι πιθανότερη μετά την εμφάνιση άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Οι συννοσηρότητες φαίνεται να επηρεάζουν παράγοντες όπως τον κίνδυνο για υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, τη διάρκεια του επεισοδίου, το ενδεχόμενο απόπειρας αυτοκτονίας, καθώς και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με συνυπάρχουσα διάχυτη διαταραχή τείνουν να έχουν χειρότερη βραχυπρόθεσμη έκβαση, λιγότερα μελαγχολικά συμπτώματα, λιγότερες υποτροπές, λιγότερα περιστατικά διαταραχών της διάθεσης στην οικογένεια, υψηλότερη συχνότητα εγκληματικότητας στην ενήλικη ζωή, περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας και υψηλότερη ανταπόκριση στο εικονικό φάρμακο (Malhotra B., *et al.*, 2007).

Κατά την ενήλικη ζωή, (Ford T., *et al.*, 2003) γύρω στα 2/3 των νέων ανθρώπων παρουσιάζουν μία συνυπάρχουσα διαταραχή και πάνω από 10% δύο ή περισσότερες διαταραχές. Επίσης η κατάθλιψη συνυπάρχει με διάχυτες διαταραχές της διαγωγής, ήτοι ΔΕΠΥ, ΕΠΔ και ΔΔ (Maughan B., *et al.*, 2013). Σε δείγματα παιδιών προσχολικής ηλικίας τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι ακόμα υψηλότερα, με 3 στα 4 παιδιά να παρουσιάζουν και κάποια άλλη διαταραχή (Egger H.L. & Angold A., 2006). Όταν συνυπάρχουν πολλαπλές διαταραχές κατά αυτό τον τρόπο, μερικοί αμφίδρομοι συνδυασμοί μπορεί αρχικά να αντανακλούν επικαλύψεις μεταξύ των σχετικών διαταραχών. Η συννοσηρότητα ΔΕΠΥ-κατάθλιψης είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα, η οποία μεσολαβείται από τους ισχυρούς δεσμούς των δύο αυτών διαταραχών με την ΕΠΔ/ΔΔ. Η ΕΠΔ φαίνεται επίσης να διαδραματίζει βασικό ρόλο στα δείγματα παιδιών προσχολικής ηλικίας και είναι το πιο συνηθισμένο συνοδό νόσημα της κατάθλιψης σε πολύ μικρά παιδιά και έχει συνδέσμους τόσο με την ΔΕΠΥ, όσο και με τις αγχώδεις διαταραχές (Maughan B., *et al.*, 2013). Αυτά τα ευρήματα εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το βαθμό στον οποίο, οι καταθλιπτικές διαταραχές στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πράγματι ισοδύναμες με εκείνες που παρατηρούνται αργότερα ή αν μπορούν αντίθετα να δείξουν ένα γενικευμένο σύνδρομο συναισθηματικής και συμπεριφορικής

δυσλειτουργίας σε παγκόσμιο επίπεδο (Egger H.L. & Angold A., 2006; Maughan B., *et al.*, 2013).

### 2.3.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Τα βασικά συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών είναι η ανησυχία, η δυσκολία στη διαχείριση της αβεβαιότητας και η υπερβολική αντίδραση στις αντιληπτές απειλές. Μερικά παιδιά αποφεύγουν ή φοβίζονται υπερβολικά από καταστάσεις ή αντικείμενα, ενώ άλλα αντιδρούν με εκρηκτικό τρόπο και απογοήτευση. Αυτή η συμπεριφορά συχνά παρερμηνεύεται ως οργή ή εναντίωση. Στους νέους με φοβίες ή κοινωνική αγχώδη διαταραχή, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μπορεί να αποδοθούν σε συστολή, ενώ λίγοι αναγνωρίζουν τη σοβαρή δυσφορία που βιώνουν. Πολλοί νέοι άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι οι αντιδράσεις τους μπορεί να προέρχονται από μία διαταραχή που μπορεί να αντιμετωπιστεί και όχι από μία προσωπική αποτυχία (Child Mind Institute, 2018).

Το άγχος είναι ένας βιολογικός μηχανισμός προειδοποίησης με έντονα συναισθήματα φόβου που προετοιμάζουν το άτομο να αναλάβει δράση. Συνοδεύεται από σωματικές διαταραχές που υποδεικνύουν μία υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ταχυπαλμία και εφίδρωση, και γνωστικές αλλαγές με παραμόρφωση της αντίληψης. Το άγχος διαφοροποιείται από τη φυσιολογική απόκριση στο φόβο ως απάντηση σε μία δυνητική απειλή (Ollendick T.H. & Seligman L., 2005; Al-Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μία από τις πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους, αλλά συχνά δεν ανιχνεύονται ή δεν θεραπεύονται. Η αγχώδης διαταραχή της παιδικής ηλικίας μπορεί να υποτιμηθεί εξαιτίας διαφόρων παραγόντων. Οι γονείς μπορεί να έχουν προκαταλήψεις για τις ικανότητες και τα συναισθήματα των παιδιών τους και να είναι θετικά προκατειλημμένοι, πράγμα που τους καθιστά στην πραγματικότητα τυφλούς στις συναισθηματικές ανησυχίες που αυτά βιώνουν. Συνήθως, υπερεκτιμούν τις ικανότητες των παιδιών τους, όπως τις επιδόσεις τους σε μαθηματικά, γλωσσικά ή άλλα γνωστικά τεστ. Ταυτόχρονα, τα παιδιά ηλικίας κάτω των 7 ετών δεν μπορούν να εκφράσουν απόλυτα τα συναισθήματά τους και οι επιστήμονες πρέπει συχνά να βασίζονται στις εντυπώσεις γονέων και άλλων ενηλίκων για τη διάγνωση (Al-Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

Το άγχος δεν είναι τυπικά παθολογικό, δεδομένου ότι είναι προσαρμοστικό σε πολλές συνθήκες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και είναι φυσιολογικό για τα παιδιά να αισθάνονται ανήσυχα από καιρό σε καιρό, όπως κατά το διάστημα πριν από την έναρξη του σχολείου ή τη μετακόμιση σε μία νέα περιοχή. Ωστόσο, το άγχος προκαλεί δυσπροσαρμοστικές διαταραχές όταν παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα του ατόμου. Τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη κατάθλιψης, διαταραχής του ύπνου, κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών και μπορεί οι εν λόγω διαταραχές να επιμείνουν και στην ενηλικίωση όταν αφεθούν χωρίς θεραπεία, επιφέροντας μειωμένη ποιότητα ζωής (Comer J.S., *et al.*, 2012; Al- Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

Παρά την αυξανόμενη ενημέρωση, το ποσοστό των νέων που λαμβάνουν θεραπεία εξακολουθεί να είναι το χαμηλότερο από όλες τις κύριες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Σε κάποιο σημείο, το 30% των παιδιών και των εφήβων θα πληροί τα κριτήρια για μία αγχώδη διαταραχή, αλλά το 80% δεν θα λάβει ποτέ βοήθεια. Σχεδόν 117 εκατομμύρια νέοι σε όλο τον κόσμο έχουν υποφέρει από μία αγχώδη διαταραχή. Παρόλο που περίπου το 10% των νέων ηλικίας 6-17 ετών έχουν μία τρέχουσα αγχώδη διαταραχή και από την πρώιμη ενηλικίωση, σχεδόν το 20% θα έχει λειτουργικές δυσκολίες που σχετίζονται με το άγχος σε τουλάχιστον κάποια φάση της ζωής του. Οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν κάθε πτυχή της ζωής ενός παιδιού, αλλά κυρίως την κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα του (Child Mind Institute, 2018).

Το φύλο επηρεάζει τόσο το ποσοστό, όσο και το είδος της αγχώδους διαταραχής. Τα κορίτσια έχουν σταθερά υψηλότερα ποσοστά επικράτησης των διαταραχών άγχους, αντιμετωπίζοντας μεγαλύτερο βάρος σε όρους αναπηρίας σε σχέση με τα αγόρια. Οι αναλογίες αγοριών/κοριτσιών ως προς τον επιπολασμό οποιασδήποτε διαταραχής άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής και σε διάστημα 12 μηνών είναι 1: 1,7 και 1: 1,79, αντίστοιχα. Επίσης, τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κάποια φοβία, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού από τα αγόρια (Al-Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016). Η μέση ηλικία κατά την εκδήλωση οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής ποικίλει ευρέως μεταξύ των μελετών, αλλά η διαταραχή πανικού εμφανίζεται συχνά αργότερα στα μέσα της εφηβείας (Bakhla A.K., *et al.*, 2013). Αυτές οι σημαντικές διαφορές που εντοπίζονται στα φύλα, σχετίζονται με τις διαφορές στη διαδικασία κοινωνικοποίησης. Τα κορίτσια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να συνεχίσουν να



πάσχουν από τη ψυχιατρική διαταραχή, καθώς επίσης και μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μίας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Ο επιπολασμός της αγχώδους διαταραχής θα διαφέρει επίσης ανάλογα με τον τύπο της (Al- Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

Η ανάπτυξη των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους συνεπάγεται αλληλεπίδραση μεταξύ κληρονομικών, αναπτυξιακών, γνωστικών και μαθησιακών, νευροβιολογικών, γενετικών, καθώς και κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου ή/και η αύξηση των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να συμβάλει στη μείωση της επίπτωσης και της επικράτησης των διαταραχών άγχους σε παιδιά και εφήβους (Connolly S.D. & Bernstein G.A., 2007).

Το άγχος έχει ένα ευρύ φάσμα σοβαρότητας. Για μερικά παιδιά και εφήβους, τα συμπτώματα άγχους μπορεί να εμφανιστούν από ήπια που μπορεί να συγχέονται με αναπτυξιακά κατάλληλες ενδείξεις φόβου, ανησυχίας ή συστολής έως και σοβαρά συμπτώματα σημαντικής δυσφορίας που μπορούν να βλάψουν τη λειτουργικότητα του παιδιού σε αρκετά επίπεδα, ώστε να δικαιολογείται η διάγνωση κάποιας διαταραχής. Περίπου το 10% όλων των παιδιών βρίσκονται στο ήπιο άκρο του συνεχούς των συμπτωμάτων του άγχους, που εντέλει αυτοπεριορίζονται, και περίπου το 2% βρίσκονται στο σοβαρό άκρο με σοβαρή βλάβη στις καθημερινές λειτουργίες τους. Ωστόσο, μεταξύ των δύο άκρων πολλά από τα συμπτώματα μπορούν να επικαλύπτονται, ειδικά στα παιδιά (Al- Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών άγχους στα παιδιά και τους εφήβους:

- **Διαταραχή άγχους αποχωρισμού:** Όταν τα παιδιά ανησυχούν για τον αποχωρισμό από τους γονείς ή τους φροντιστές τους.
- **Κοινωνική αγχώδης διαταραχή:** Όταν τα παιδιά έχουν ανησυχία για οποιαδήποτε κοινωνική συναναστροφή.
- **Επιλεκτικός αυτισμός:** Όταν τα παιδιά δεν μπορούν να μιλήσουν σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον όπως το σχολείο.
- **Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή:** Όταν τα παιδιά ανησυχούν για μία ευρεία κατηγορία καθημερινών πραγμάτων. Τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή συχνά είναι τελειομανή.

- **Ειδικές φοβίες:** Όταν τα παιδιά έχουν υπερβολικό φόβο για συγκεκριμένα πράγματα. Αυτό περιλαμβάνει την εμετοφοβία, η οποία είναι κοινή και επηρεάζει ιδιαίτερα τα μικρά παιδιά.
- **Διαταραχή πανικού:** Όταν τα παιδιά έχουν αιφνίδιες, απρόβλεπτες κρίσεις πανικού που μπορεί να προκαλέσουν συναισθήματα επικείμενου θανάτου ή και συμπτώματα που προσομοιάζουν με καρδιακή προσβολή.

Μέχρι πρόσφατα, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD<sup>16</sup>) και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD<sup>17</sup>) ταξινομούνταν ως αγχώδεις διαταραχές. Τα παιδιά με OCD έχουν ανεπιθύμητες σκέψεις που προσπαθούν να εξουδετερώσουν με τελετουργικές συμπεριφορές. Τα συμπτώματα της PTSD αναπτύσσονται μετά από ένα τραυματικό συμβάν και περιλαμβάνουν την αποστασιοποίηση, τις δυσκολίες στον ύπνο, την ευερεθιστότητα και τη συνεχή αναβίωση του συμβάντος (Child Mind Institute, 2018).

Οι διαταραχές άγχους σε παιδιά και εφήβους συσχετίζονται συχνά με διάφορες διαταραχές όπως άλλες αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, ΔΕΠΥ, κατάχρηση ουσιών και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτή η υψηλή συννοσηρότητα μπορεί να φτάσει έως και το 40% και μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του παιδιού και τη θεραπεία, καθώς κάθε διαταραχή συμβάλλει ανεξάρτητα στην εξασθένηση της λειτουργικότητας του και ιδιαίτερα στη χειροτέρευση των σχολικών επιδόσεων, και είναι δύσκολο να απομονωθεί. Αυτές οι συννοσηρότητες πρέπει να αναζητούνται, να αξιολογούνται και να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα με την αγχώδη διαταραχή. Ταυτόχρονα, η αγχώδης διαταραχή κατά την παιδική ηλικία θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη άλλων τύπων ψυχοπαθολογίας στα παιδιά, όπως οι διαταραχές της διάθεσης και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Η ύπαρξη συννοσηρότητας καθιστά τη διάγνωση πολύπλοκη εξαιτίας της επικάλυψης των συμπτωμάτων των αγχωδών διαταραχών με συμπτώματα των συνοδών νοσημάτων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση ή/και σε υποδιάγνωση της συννοσηρότητας. Η έλλειψη προσοχής, για παράδειγμα, μπορεί να είναι παρούσα στο άγχος, στη ΔΕΠΥ, στην κατάθλιψη, στις μαθησιακές διαταραχές και στην κατάχρηση ουσιών (Al-Biltagi M. & Sarhan E.A., 2006). Ένα κοινό κλινικό φαινόμενο είναι η αναγνώριση μίας διάγνωσης συννοσηρότητας μετά την θεραπεία της πρωτογενούς διαταραχής και η εμφάνιση επιπρόσθετων συμπτωμάτων (Connolly S.D. &

---

<sup>16</sup> Obsessive-Compulsive Disorder

<sup>17</sup> Post Traumatic Stress Disorder

Bernstein G.A., 2007). Το άγχος μπορεί επίσης να συνυπάρχει με άλλες μη ψυχιατρικές ασθένειες όπως το άσθμα. Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις και οι κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων, από κοινού με τις κακές σχολικές επιδόσεις μπορεί να είναι οι λόγοι πίσω από τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχώδους διαταραχής σε παιδιά με κάποια χρόνια μη ψυχιατρική νόσο (Al- Biltagi M. & Sarhan E.A., 2016).

### 2.3.3 Διπολική Διαταραχή

Παρόλο που ιστορικά η διπολική διαταραχή θεωρήθηκε ότι εμφανίζονταν σπάνια σε παιδιά και εφήβους, τα τελευταία χρόνια υπήρξε σημαντική αύξηση της διάγνωσης της διαταραχής αυτής σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες (Renk K., *et al.*, 2014). Η διπολική διαταραχή (ΔΔ), παλαιότερα γνωστή ως μανιοκατάθλιψη, είναι μία σύνθετη ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα επεισόδια μανίας και κατάθλιψης. Τα μανιακά συμπτώματα περιλαμβάνουν συνήθως καλπάζουσες σκέψεις, παραληρηματικές ιδέες, επικίνδυνες συμπεριφορές και τη μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων, οι ασθενείς εμφανίζουν συνήθως μειωμένη διάθεση, μεταβολές στην όρεξη, ευερεθιστότητα και ανηδονία (Cox J.H., *et al.*, 2014). Η έρευνα έχει εντοπίσει αρκετούς παράγοντες που συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης διπολικών διαταραχών. Η ΔΔ είναι μία ασθένεια που προκαλείται από βιοψυχοκοινωνικές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών, περιγεννητικών, νευροχημικών, νευροανατομικών και άλλων βιολογικών ανωμαλιών. Επιπλέον, με μεγαλύτερο κίνδυνο διπολικών διαταραχών συνδέονται και ορισμένοι ψυχολογικοί και κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες (Ayano G., 2016).

Η ΔΔ θεωρείται μία από τις ψυχιατρικές διαταραχές, που προκαλούν τη μεγαλύτερη αναπηρία, ενώ σχετίζεται με ποσοστό αυτοκτονίας περίπου 20-30 φορές μεγαλύτερο από το γενικό πληθυσμό. Η συνολική επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής εκτιμάται ότι είναι περίπου 4% (Pompili M., *et al.*, 2012), με τυπική εμφάνιση κατά την εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενηλικίωση. Η επικράτηση της ΔΔ μόνο σε παιδιά και εφήβους θεωρείται ότι είναι περίπου 2% (Renk K., *et al.*, 2014; Cox J.H., *et al.*, 2014). Ωστόσο, υπάρχει διαμάχη γύρω από τη διάγνωση της ΔΔ σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Παρόλο που δεν υπάρχει σαφής συναίνεση ως προς τον αριθμό των τύπων της ΔΔ που υπάρχουν ακόμη και σε ενήλικες ασθενείς, τα υπάρχοντα συστήματα ταξινόμησης αναγνωρίζουν την ύπαρξη δύο υποτύπων. Η ΔΔ τύπου I χαρακτηρίζεται

από την παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών επεισοδίων, ενώ τα καταθλιπτικά ή υπομανιακά επεισόδια εμφανίζονται συχνά αλλά δεν απαιτούνται για τη διάγνωση. Στη ΔΔ τύπου II, δεν υπάρχουν μανιακά επεισόδια, αλλά ένα ή περισσότερα υπομανιακά επεισόδια και ένα ή περισσότερα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια. Τα υπομανιακά επεισόδια δεν φτάνουν στα πλήρη άκρα της μανίας (δηλ. δεν προκαλούν συνήθως σοβαρή κοινωνική ή επαγγελματική βλάβη και δεν σχετίζονται με ψυχωσικά χαρακτηριστικά) (Cox J.H., *et al.*, 2014; Rizvi S., *et al.*, 2014).

Η παιδιατρική διπολική διαταραχή ορίζεται από χρόνια, εξαιρετικά γρήγορη εναλλαγή, χωρίς την ανάπτυξη επεισοδίων. Ειδικότερα, αυτός ο παράγοντας καθιστά τη διάγνωση της παιδιατρικής διπολικής διαταραχής ιδιαίτερα δύσκολη, ενώ συχνά οδηγεί στην εσφαλμένη διάγνωση της ως μία από τις διαταραχές της διαγωγής, συμπεριλαμβανομένης της ΕΠΔ, της ΔΔ και της ΔΕΠΥ. Η κλινική εκδήλωση της διπολικής διαταραχής στα παιδιά ορίζεται με μικτή δυσφορία και αστάθεια, χωρίς διακριτά επεισόδια. Η συχνότητα των διακυμάνσεων της διάθεσης συνεπάγεται ότι τα παιδιά με διπολική διαταραχή αντιμετωπίζουν κίνδυνο αναπηρίας, εάν δεν λάβουν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Έτσι, το διαγνωστικό περίγραμμα της διπολικής διαταραχής στο DSMIV είναι μία ανεπαρκής περιγραφή της εκδήλωσής της στα παιδιά. Ενώ το DSM περιγράφει ότι η ΔΔ ορίζεται από ξεχωριστά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης με επιστροφή μεταξύ των επεισοδίων αυτών στην υγιή λειτουργία του ατόμου, η παιδιατρική ΔΔ, η οποία εκδηλώνεται ως ένας γρήγορος κύκλος διακυμάνσεων της διάθεσης, πέφτει σε ένα νοσολογικό κενό (Bradfield B.C., 2010).

Στα παιδιά που ζουν με ΔΔ παρατηρείται βλάβη στις σχολικές του επιδόσεις και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και την οικογένεια τους. Η διάθεση τους κυμαίνεται ταχέως από μία καταθλιπτική κατάσταση έως τη μανιακή διέγερση. Μεταξύ των πιθανών συμπτωμάτων ενός καταθλιπτικού επεισοδίου παρατηρούνται τα ακόλουθα: η επίμονη καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος για προηγούμενες ευχάριστες δραστηριότητες, οι διακυμάνσεις στην όρεξη, η ψυχοκινητική διέγερση ή η καθυστέρηση και ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Bradfield B.C., 2010). Στο μανιακό φάσμα, είναι πιθανά τα ακόλουθα συμπτώματα: διακυμάνσεις στη διάθεση που κυμαίνονται από την ακραία ευερεθιστότητα, την ένταση, την αυξημένη αυτοεκτίμηση ή το αίσθημα μεγαλοπρέπειας, την αυξημένη ενέργεια με μειωμένη ανάγκη ύπνου, την αυξημένη ομιλία και την εμπλοκή σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου (Kowatch R., *et al.*, 2005).

Η τελευταία κατηγορία συμπτωμάτων στα διπολικά παιδιά σχετίζεται με το ψυχωτικό φάσμα. Τα παιδιά παρουσιάζουν κάτι που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως άτυπη μανία, εμφανίζοντας ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, συνήθως σε σχέση με τις παρανοήσεις που προκαλούν μία διάθεση για μεγαλοπρέπεια. Όσον αφορά τη μορφή της σκέψης, έχει σημειωθεί η σημασία της καλπάζουσας σκέψης (Bradfield B.C., 2010).

Η συννοσηρότητα ή η πλήρωση των κριτηρίων για περισσότερες από μία διαταραχές ταυτόχρονα είναι περισσότερο ο κανόνας, παρά η εξαίρεση στην παιδιατρική ΔΔ. Η συννοσηρότητα μπορεί εν μέρει να είναι το αποτέλεσμα μεθοδολογικών διαφορών στην αξιολόγηση, την κλινική εμπειρογνωμοσύνη και την κατάρτιση, την επικάλυψη των διαγνωστικών κριτηρίων και των ορισμών των διαταραχών και άλλων θεμάτων κουλτούρας. Η εξέταση της αναπτυξιακής πορείας και του μεγέθους της συννοσηρότητας συμβάλλουν στην αύξηση της διαγνωστικής ακρίβειας. Η παρουσία συννοσηρότητας καθιστά την ακριβή διάγνωση πιο δύσκολη επειδή ορισμένα από τα συμπτώματα, ειδικά αυτά της ΔΕΠΥ, επικαλύπτονται με τα συμπτώματα της μανίας ή της υπομανίας (Rizvi S., *et al.*, 2014).

Η κλινική παρουσίαση διευκρινίζεται με επίκεντρο την εμφάνιση κατά επεισόδια, έναντι της χρόνιας εμφάνισης των συμπτωμάτων, καθώς και το κριτήριο αποκλεισμού του DSM για την ΔΕΠΥ, είναι ότι τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από οποιαδήποτε άλλη διαταραχή. Η ταξινόμηση της εμφάνισης των συμπτωμάτων ανά επεισόδια ή σε χρόνια βάση βοηθά να διαπιστωθεί, εάν υπάρχει διαταραχή της διάθεσης πριν αποφασιστεί εάν η διάθεση αποκλείει ιεραρχικά την συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ (Youngstrom E.A., *et al.*, 2010). Όταν διαγιγνώσκονται και οι δύο διαταραχές, μπορεί να είναι κλινικά χρήσιμο να θεωρηθεί η ΔΔ ως ο αρχικός και πρωταρχικός στόχος της θεραπείας, ακόμη και αν η ΔΕΠΥ προηγείται χρονολογικά για δύο λόγους: τη μεγαλύτερη σοβαρότητα και τη φτωχότερη πρόγνωση της ΔΔ, καθώς και την ανησυχία ότι τα φάρμακα για τη ΔΕΠΥ μπορεί να επιδεινώσουν τα διπολικά συμπτώματα, εάν ο ασθενής δεν «καλύπτεται» πρώτα από ένα σταθεροποιητή της διάθεσης (Kowatch R., *et al.*, 2005). Επιπλέον, η ύπαρξη συνοδών συναισθηματικών διαταραχών επηρεάζει την ανταπόκριση στη θεραπεία και την πρόγνωση για την ΔΔ, υποδεικνύοντας την ανάγκη να εντοπιστούν με ακρίβεια οι νέοι αυτοί, προκειμένου να λάβουν την κατά το δυνατό αποτελεσματικότερη θεραπεία (Rizvi S., *et al.*, 2014).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Αντιμετώπιση & Θεραπεία των Παιδοψυχιατρικών Νοσημάτων

#### 3.1 Πρόληψη



Τα προβλήματα ψυχικής υγείας αναμένεται να συμβάλουν σημαντικά στο παγκόσμιο βάρος των ασθενειών στον 21<sup>ο</sup> αιώνα (Shastri P.C., 2009; Hiscock H., *et al.*, 2012), ενώ για τους εφήβους τα προβλήματα που συνδέονται με την ψυχική υγεία είναι τόσο διαδεδομένα, όσο ορισμένες ασθένειες όπως το άσθμα (Shastri P.C., 2009). Ειδικότερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) προβλέπει ότι μέχρι το 2030, τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα αποτελούν τα νοσήματα με την υψηλότερη κατάταξη ως προς το βάρος που επιφέρουν στις αναπτυγμένες χώρες (Hiscock H., *et al.*, 2012). Σε έκθεση του, ο ίδιος οργανισμός υπογραμμίζει την ύπαρξη ενός σημαντικού κενού στην περίθαλψη των ψυχιατρικών νοσημάτων, εφόσον μεγάλος αριθμός πασχόντων δεν λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία, παρά την ύπαρξη αποτελεσματικών θεραπευτικών σχημάτων. Έτσι, μία αναδυόμενη τάση είναι η ύπαρξη ενός μεγάλου χάσματος μεταξύ της επικράτησης και της θεραπείας των ψυχιατρικών νοσημάτων παγκοσμίως (Shastri P.C., 2009).

Μία προσέγγιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, που έχει κερδίσει έδαφος τελευταία, είναι η πρόληψη και όχι η θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει τόσο την πρωτογενή πρόληψη, η οποία συνίσταται στην πρόληψη των προβλημάτων ψυχικής υγείας πριν από την εμφάνισή τους, όσο και τη δευτερογενή πρόληψη, η οποία συνεπάγεται την ελαχιστοποίηση ή τη διόρθωση της πορείας ενός προβλήματος, από τη στιγμή που

αρχίζει να εκδηλώνεται. Η επιτυχής πρωτογενής πρόληψη απαιτεί μία σωστή κατανόηση του τι προκαλεί τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Εάν η πηγή είναι γενετική, μπορεί να βρούμε τρόπους για να αποτρέψουμε τη διαταραχή προτού αναπτυχθεί ή μπορεί να είμαστε σε θέση να αναπτύξουμε καλύτερες θεραπείες (Cuellar A., 2015).

### *3.1.1 Πρόληψη κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία*

Το διάστημα μεταξύ της πρώιμης παιδικής ηλικίας και της εφηβείας αποτελεί μία κρίσιμη καμπή στην ανάπτυξη των παιδιών, εφόσον συνεπάγεται περισσότερο χρόνο εκτός του σπιτιού και όλο και πιο πολύπλοκες διαδικασίες σκέψης για τα παιδιά. Τα παιδιά αρχίζουν να αποκτούν μία καλύτερη αντίληψη του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, αρχίζουν να συγκρίνουν τους εαυτούς τους με τους συνομηλίκους τους και να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη θέση τους στον κόσμο (Center for Disease Control and Prevention, 2015). Η αυτοεκτίμηση, η ατομικότητα και οι σχέσεις γίνονται ολοένα και πιο σημαντικές και τα παιδιά αρχίζουν να τις αξιολογούν με βάση τη λογική, καθώς εκτίθενται σε διαφορετικούς ανθρώπους και ιδέες. Αυτές οι αλλαγές αυξάνουν τη σημασία όχι μόνο του να αναπτύσσεται το παιδί σε ένα υγιές και σταθερό σύστημα υποστήριξης στο σπίτι, αλλά και να δοκιμάζει πολλά νέα πράγματα με ασφαλή τρόπο. Πρόκειται για μία ευαίσθητη περίοδο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, καθώς τα παιδιά είναι πιο δεκτικά στη λήψη νέων πληροφοριών και στην εσωτερίκευση των εμπειριών τους. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, τα παιδιά αρχίζουν να κατανοούν τους εαυτούς τους και τους κανόνες του κόσμου, πράγμα που τα καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτα σε έντονες εμπειρίες (Mah V.K.& Ford-Jones E.L., 2012).

Η σημασία της ψυχολογικής υγείας και ευεξίας στα παιδιά και τους εφήβους, για την υγιή συναισθηματική, κοινωνική, σωματική, γνωστική και εκπαιδευτική τους ανάπτυξη, έχει αναγνωριστεί εδώ και καιρό. Ωστόσο, 1 στα 5 παιδιά αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (Shastri P.C., 2009). Τα προβλήματα ψυχικής υγείας επιβαρύνουν σοβαρά τα παιδιά και είναι η κυρίαρχη αιτία της παιδικής αναπηρίας. Οι μελέτες δείχνουν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών έχουν μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, χαμηλότερων αμοιβών, της χαμηλότερης πιθανότητας απασχόλησης και της αυξημένης εγκληματικότητας. Επιπλέον, οι αρνητικές επιπτώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία εξακολουθούν να υφίστανται ακόμη και αν η ψυχική υγεία βελτιωθεί αργότερα στη ζωή του ατόμου. Επομένως, καθίσταται σαφές ότι η

έγκαιρη πρόληψη, εντοπισμός και αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων είναι παραπάνω από επιβεβλημένα (Cuellar A., 2015).

Συνεπώς, η προαγωγή της ψυχικής υγείας γενικά απαιτεί την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους (Moreno Royato, A.R., *et al*, 2017). Δεν υπάρχει διαφωνία ότι τα περισσότερα ψυχιατρικά νοσήματα είναι νευροαναπτυξιακές ασθένειες, των οποίων τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται πριν την ενηλικίωση (Sommer I.E., *et al.*, 2016). Πολλοί διαδεδομένοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι είναι δυνατόν να αποφευχθούν είναι συχνοί σε νεαρές ηλικίες (Moreno C., 2017). Υπάρχουν τώρα αυξανόμενα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας των παιδιών και των εφήβων, την προώθηση της ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση προβλημάτων και διαταραχών της ψυχικής υγείας (Shastri P.C., 2009). Η παρέμβαση ή η πρόληψη μπορεί να συνιστούν ένα αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης πιθανών ψυχικών νοσημάτων, προτού φθάσουν στο στάδιο που να απαιτούν θεραπεία. Αν και όλες οι ψυχικές διαταραχές δεν συνοδεύονται από πρώιμα συμπτώματα, οι άνθρωποι που αλληλοεπιδρούν και φροντίζουν παιδιά και εφήβους θα πρέπει να επαγρυπνούν για έντονες αλλαγές στη διάθεση ή τη συμπεριφορά που μπορεί να υποδηλώνουν κάποια διαταραχή. Οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι θεραπεύσιμες, αν και η αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπευτικής προσέγγισης ενδέχεται να διαφέρει ανά περίπτωση (Murphey D., *et al.*, 2013). Ως εκ τούτου, η έγκαιρη ταυτοποίηση των προβλημάτων από κοινού με την έγκαιρη παρέμβαση θα μειώσουν σημαντικά και το κόστος που επιφέρουν τα παιδοψυχιατρικά νοσήματα, εφόσον προλαμβάνουν μία μετέπειτα υποτροπή, θεραπεία και αποκατάσταση κατά την ενήλικη ζωή των πασχόντων παιδιών και εφήβων. Μάλιστα, η πλειοψηφία των διαταραχών της διαγωγής είναι δυνατόν να προληφθούν στο ίδιο το προσχολικό και σχολικό περιβάλλον (Shastri P.C., 2009).

Παρόλο που η ανάπτυξη και εφαρμογή προληπτικών στρατηγικών στην παιδοψυχιατρική εξακολουθεί να είναι σπάνια, ένας αυξανόμενα μεγαλύτερος όγκος της σχετικής έρευνας διερευνά περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου που θα μπορούσαν να είναι χρήσιμοι για την ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων (Moreno C., 2017). Οι γενετικές μελέτες έχουν προχωρήσει σημαντικά, ενώ η έρευνα για τους κοινωνικούς παράγοντες συνεχίζει σε μεγάλο βαθμό να επιβεβαιώνει τον βασικό ρόλο της παιδικής κακοποίησης στη δημιουργία ευπάθειας και τη σημασία των αγχωτικών γεγονότων στη



ζωή του παιδιού για την ενεργοποίηση ή την εκδήλωση κάποιου παιδοψυχιατρικού νοσήματος (Newton J., 2015; Moreno C., 2017). Μία έκθεση του περιφερειακού γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2013 σχετικά με την παιδική κακοποίηση εκτιμά ότι στην Ευρώπη υπάρχουν 18 εκατομμύρια παιδιά που βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση, 44 εκατομμύρια παιδιά που πέφτουν θύματα σωματικής κακοποίησης και 55 εκατομμύρια που υφίστανται ψυχική κακοποίηση (World Health Organization, 2013; Moreno C., 2017).

Ειδικότερα, η παιδική κακοποίηση έχει ταυτοποιηθεί ως η κύρια αιτία, που είναι δυνατό να αποφευχθεί, για όλα τα παιδοψυχιατρικά νοσήματα που σχετίζονται με το υψηλότερο βάρος ασθενείας. Η παιδική κακοποίηση μπορεί να αντιπροσωπεύει περίπου το 20% του αποδιδόμενου στον πληθυσμό κινδύνου, ξεχωριστά από άλλες συμπεριφορικές ή σωματικές συνέπειες της κακοποίησης (συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία, παχυσαρκία ή άλλες μη μεταδοτικές ασθένειες) (Constantino J.N., 2016; Moreno C., 2017). Σε αυτό το πλαίσιο, είναι εύλογο ότι η παιδική κακοποίηση δεν αποτελεί πλέον αποκλειστικό τομέα αρμοδιότητας των υπηρεσιών προστασίας των παιδιών, αλλά πρόκειται για στόχο της δημόσιας υγείας (World Health Organization, 2013; Moreno C., 2017). Μία σειρά από κοινωνικές κρίσεις, όπως η υφιστάμενη προσφυγική κρίση, έχουν επίσης έντονες επιπτώσεις στα παιδιά και τους εφήβους, καθιστώντας τις πρωτοβουλίες για την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων προσφύγων πιο αναγκαίες από ποτέ (Moreno C., 2017).

Οι πιο ενδιαφέρουσες εξελίξεις εντοπίζονται αναμφίβολα στον τομέα της επιγενετικής, οι οποίες έχουν δώσει μία εντελώς νέα έννοια στην έννοια της αλληλεπίδρασης γονιδίου-περιβάλλοντος. Φαίνεται ότι όχι μόνο τα κληρονομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν τον τρόπο, με τον οποίο ερμηνεύουμε τις εμπειρίες μας (και συνεπώς επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις συνθήκες της ζωής, καθιστώντας π.χ. πιθανότερο για ορισμένους ανθρώπους να βιώσουν αγχωτικά γεγονότα), αλλά μία σειρά κοινωνικών παραγόντων, όπως η παιδική κακοποίηση, αλλάζουν στην πραγματικότητα την έκφραση του γονιδιώματος (Meaney M.J., 2010). Αυτή, με τη σειρά της, δημιουργεί μία διαρκή ευαισθησία σε κοινές ψυχιατρικές διαταραχές όταν το άτομο βιώνει αγχωτικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή του, υποδεικνύοντας ότι η αποτελεσματικότερη προληπτική εργασία θα είναι αυτή που αρχίζει όσο το δυνατόν νωρίτερα στη ζωή του. Επίσης φαίνεται ότι, η σημασία παραγόντων όπως

η συναισθηματική και σωματική υγεία, η διατροφή της εγκύου και της νέας μητέρας, καθώς και το αγχωτικό περιβάλλον, μπορεί να έχει υποτιμηθεί. Φαίνεται ότι πάνω από όλα, το βρέφος και το παιδί πρέπει να αισθάνονται ασφαλή: ότι τουλάχιστον ένα άτομο τα φροντίζει αρκετά, ώστε να σταθεί ανάμεσα σε αυτά και τον κίνδυνο και είναι ικανό να τα κρατήσει ασφαλή (Newton J., 2015).

Επιπρόσθετα, είναι γνωστό ότι ορισμένοι πληθυσμοί ενδέχεται να είναι πιο ευαίσθητοι σε σχέση με άλλους στις επιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου (Moreno C., 2017). Ο εντοπισμός των υποομάδων ασθενών που ενδείκνυται περισσότερο για συγκεκριμένες παρεμβάσεις έχει υπάρξει μία εποικοδομητική στρατηγική σε άλλους τομείς της ιατρικής. Επί παραδείγματι, η ταξινόμηση με βάση τη μοριακή σύνθεση των όγκων, που εφαρμόζεται ευρέως σήμερα, έχει βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης των ογκολογικών ασθενειών.

Οι μελλοντικές έρευνες για τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως εκείνες του φάσματος του αυτισμού ή τα ψυχικά νοσήματα με πρώιμη έναρξη θα πρέπει να ακολουθούν μία παρόμοια προσέγγιση, προσδιορίζοντας πιθανές νέες θεραπείες με βάση τις αυξανόμενες αντιλήψεις για τις σχετικές βιολογικές οδούς. Ο χρόνος της παρέμβασης είναι επίσης σημαντικός, καθώς οι ιδιαίτεροι παράγοντες κινδύνου είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς σε ευαίσθητες περιόδους κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Έτσι, οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια ευαίσθητων περιόδων της ανάπτυξης είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματικές.

Η περιγεννητική συμπληρωματική χορήγηση φωσφατιδυλοχολίνης και βιταμίνης D έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές ως προληπτικές στρατηγικές. Αυτό ισχύει όχι μόνο για τις βιολογικές θεραπείες, αλλά για τις παρεμβάσεις που στοχεύουν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου (Moreno C., 2017). Για παράδειγμα, οι ιδιαίτερα ανθεκτικές ψυχιατρικές και κοινωνικές επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού κατά τη διάρκεια της ύστερης παιδικής ηλικίας και της πρώιμης εφηβείας μπορεί να σχετίζονται με τον κεντρικό ρόλο που παίζει η αποδοχή από τους συνομηλίκους στην ανάπτυξη της ατομικής και ομαδικής ταυτότητας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (Takizawa R., *et al.*, 2014).

Ενώ η πρόληψη στην ψυχιατρική πρέπει να βασίζεται στην πρωτογενή πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, υπάρχει ακόμη περιθώριο βελτίωσης για τη διάβιου ψυχική υγεία και αναπηρία μέσω της εφαρμογής δευτερογενών και τριτογενών

προληπτικών στρατηγικών σε μικρές ηλικίες. Η διάρκεια των ψυχιατρικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους είναι ένας από τους κύριους παράγοντες πρόβλεψης των ψυχικών διαταραχών κατά την ενηλικίωση, πράγμα που υπογραμμίζει το ρόλο της πρώιμης παρέμβασης στην προαγωγή της ψυχικής υγείας σε όλο το ηλικιακό φάσμα (Moreno C., 2017).

### 3.2 Θεραπεία

Συχνά κρίνεται αποτελεσματικός ένας συνδυασμός ψυχοκοινωνικής θεραπείας (προσωπική ή ομαδική συμβουλευτική με έναν ψυχοθεραπευτή) και φαρμακευτικής αγωγής. Για πολλούς τύπους διαταραχών, οι θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς από κοινού με τη φαρμακοθεραπεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές (Grisso T., 2008). Οι θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς επιδιώκουν να βοηθήσουν τους ασθενείς να τροποποιήσουν τις αρνητικές ή παράλογες σκέψεις και να αντικαταστήσουν τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές τους με πιο ορθολογικές. Για άλλους τύπους διαταραχών (όπως η ΔΕΠΥ), μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές η συμπεριφορική γονική κατάρτιση και οι τεχνικές διαχείρισης της σχολικής τάξης. Όταν συνταγογραφούνται ψυχιατρικά φάρμακα, συνήθως χορηγούνται σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική θεραπεία ή η οικογενειακή θεραπεία. Σε γενικές γραμμές, οι ειδικοί συμφωνούν ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν θα πρέπει να είναι η μόνη που ακολουθείται και ότι κάθε σχέδιο θεραπείας θα πρέπει να εποπτεύεται από έναν κλινικό ιατρό με ειδική εκπαίδευση στα παιδοψυχιατρικά νοσήματα (Murphey D., *et al.*, 2013).

Επίσης, σε συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές έχουν εφαρμοστεί μία σειρά στρατηγικών προσεγγίσεων. Για την κατάθλιψη, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η αυξημένη σωματική άσκηση μπορεί να προσφέρει κάποια οφέλη. Στην περίπτωση των διαταραχών της συμπεριφοράς η αντιμετώπιση του παιδιού ή εφήβου από κοινού με την οικογένεια του και την κοινότητα, μέσω της εφαρμογής μίας συστημικής προσέγγισης έχει παράξει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα (Murphey D., *et al.*, 2013).

### 3.2.1 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

#### 3.2.1.1 Παρεμβάσεις που απευθύνονται στο άτομο

##### 3.2.1.1.1 Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT)

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT<sup>18</sup>) αποτελεί μία ψυχολογική παρέμβαση που χρησιμοποιείται για τη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και στους εφήβους (Ayano G., 2016; Scott J.G., *et al.*, 2016). Όντας μία δομημένη και συνεργιστική θεραπευτική προσέγγιση, η CBT αποτελεί μία διακριτή ψυχολογική παρέμβαση, η οποία στοχεύει στο να κάνει σαφείς συνδέσεις μεταξύ της σκέψης, των συναισθημάτων, της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς σε σχέση με τρέχοντα ή παλαιότερα προβλήματα, κυρίως μέσω πειραμάτων συμπεριφοράς και της καθοδηγούμενης ανακάλυψης. Η CBT επιδιώκει να επιτύχει συστημική αλλαγή μέσω της επανεκτίμησης των αντιλήψεων, των πεποιθήσεων ή της συλλογιστικής που εμπλέκονται στην πρόκληση ή και διατήρηση των ψυχολογικών προβλημάτων (Ayano G., 2016).

Τα συστατικά στοιχεία της CBT που απευθύνεται σε παιδιά αποτελούνται από γνωστικές παρεμβάσεις και συμπεριφορικές στρατηγικές. Οι γνωστικές παρεμβάσεις διδάσκουν στα παιδιά να αναγνωρίζουν τα αισθήματα ανησυχίας που βιώνουν, καθώς και τις σωματικές εμπειρίες που συνοδεύουν το άγχος (για παράδειγμα, δύσπνοια και ταχυπαλμία), να εντοπίζουν τις σκέψεις που σχετίζονται με αυτά τα συναισθήματα τους, να αναπτύσσουν εναλλακτικές σκέψεις, καθώς επίσης να αξιολογούν τις διαφορές στα συναισθήματά τους μετά τη χρήση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την εκπαίδευση χαλάρωσης, τη μοντελοποίηση συμπεριφορών (Behavioral Modeling) και την κλιμακούμενη έκθεση σε ερεθίσματα που προκαλούν άγχος. Ο στόχος της CBT είναι να εκπαιδεύσει τα παιδιά να μεταβάλουν τις δυσλειτουργικές ή επιθετικές γνωστικές διεργασίες τους (Scott J.G., *et al.*, 2016).

Η βιβλιογραφία παρέχει πληθώρα στοιχείων, τα οποία στοιχειοθετούν την αποτελεσματικότητα της εν λόγω παρέμβασης σε παιδιά με διαταραχές της διαγωγής (Scott J.G., *et al.*, 2016). Επί παραδείγματι, στην περίπτωση της ΕΠΔ οι παρεμβάσεις στα μέσα της παιδικής ηλικίας και κατά την εφηβεία κυρίως επικεντρώνονται σε ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες με το παιδί. Τα παιδιά σε αυτά τα στάδια ανάπτυξης παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανότητα να επωφελούνται από τις προσεγγίσεις γνωσιακής

---

<sup>18</sup>Cognitive behavioral therapy

συμπεριφορικής υφής, στις οποίες είναι πρωταρχικοί παράγοντες της αλλαγής (Curtis D.F., *et al.*, 2015).

Επίσης, έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι γνωσιακές – συμπεριφορικές προσεγγίσεις όχι μόνο ενδείκνυνται, αλλά επιφέρουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα για τα παιδιά κι εφήβους με διπολική διαταραχή (Renk K., *et al.*, 2014; Ayano G., 2016). Στην περίπτωση των διπολικών παιδιών και εφήβων η CBT αποσκοπεί στο να βοηθήσει το άτομο να ομαλοποιήσει και να κατανοήσει τις ψυχωσικές εμπειρίες του, να απαλύνει τη δυσφορία του, καθώς και να μειώσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στη λειτουργικότητα του. Τα επιθυμητά αποτελέσματα περιλαμβάνουν τη μείωση των συμπτωμάτων και των υποτροπών, την ενίσχυση της κοινωνικής λειτουργικότητας, την ανάπτυξη της διορατικότητας, την ανακούφιση της δυσφορίας και την περαιτέρω προώθηση της ανάρρωσης του πάσχοντος (Ayano G., 2016).

Τέλος, η CBT έχει αποδειχθεί αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για τα παιδιά και τους εφήβους που πάσχουν από κατάθλιψη (Clark M., *et al.*, 2012; Maughan B., *et al.*, 2013). Μάλιστα, σε ορισμένες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής για την ήπια κατάθλιψη και ως συμπληρωματική θεραπεία για τη μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη (Maughan B., *et al.*, 2013).

### **3.2.1.1.2 Θεραπεία Επίλυσης Προβλημάτων (PST)**

Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (PST<sup>19</sup>) αποτελεί μία εξατομικευμένη προσέγγιση που απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους, η οποία εστιάζει στο να μεταβάλει τον τρόπο, με τον οποίο τα παιδιά αλληλοεπιδρούν με τα σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος τους. Οι υπάρχουσες αξιολογήσεις αυτού του τύπου θεραπείας διεξήχθησαν κατά τη δεκαετία του 1990. Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων είναι σε μεγάλο βαθμό αποτελεσματική και όταν συνδυάζεται με την εκπαίδευση γονέων αυξάνει σταδιακά τα θεραπευτικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η PST ότι είναι αποτελεσματική ως συμπληρωματική θεραπεία για τη διαταραχή της διαγωγής (Scott J.G., *et al.*, 2016).

---

<sup>19</sup> Problem Solving Therapy

### **3.2.1.1.3 Η άσκηση των κοινωνικών & σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών**

Η άσκηση των κοινωνικών και σχολικών δεξιοτήτων από κοινού με την εκπαίδευση των γονέων, αποτελούν τις κύριες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη διαχείριση της ΔΕΠΥ. Προκειμένου να ασκήσει τις κοινωνικές του δεξιότητες, το παιδί θα πρέπει να μάθει τεχνικές, ώστε να βελτιώσει τη συμπεριφορά του προς τους συνομήλικους του, πράγμα που οδηγεί στη διαρκή βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης. Ειδικά για τα παιδιά με ΔΕΠΥ υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή τους σε ομάδες είναι ιδιαίτερα επωφελής, εφόσον λαμβάνουν τους συνομήλικους τους ως παράδειγμα και τους μιμούνται (Αντωνίου Α., 2014).

Από πλευράς άσκησης των σχολικών δεξιοτήτων του παιδιού, αυτή μπορεί να λάβει χώρα είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο, ενώ συμβάλλει σημαντικά στον προγραμματισμό των παιδιών, στην καλύτερη ανταπόκριση τους σε οδηγίες και κανόνες, στην άσκηση του αυτοελέγχου τους, στον περιορισμό της άσκοπης σπατάλης του χρόνου τους, στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών τους και τη βελτίωση των σχολικών τους επιδόσεων. Σημαντικός ωστόσο, είναι και ο ρόλος του εκπαιδευτικού, εφόσον καλείται να εφαρμόσει εξειδικευμένες στρατηγικές και παρεμβάσεις. Μία εξ αυτών των στρατηγικών επιβάλλει την επίδοση οδηγιών και θέσπιση κανόνων, που ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να επαναλαμβάνει συχνά εντός της τάξης. Επιπρόσθετα, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να φροντίζει, ώστε τα παιδιά με ΔΕΠΥ να κάθονται κοντά του και σε κάθε περίπτωση όχι κοντά σε κάποια πόρτα ή παράθυρο. Μία άλλη εκπαιδευτική στρατηγική που φαίνεται πως είναι αποτελεσματική, είναι αυτή που περιλαμβάνει την ανάθεση ρόλων στα παιδιά με ΔΕΠΥ, μέσω των οποίων θα μπορούν να εκτονώσουν την ενεργητικότητα τους, την ένταξη τους σε ομάδες, καθώς και τη διδαχή μεθόδων αυτοσυγκράτησης και αυτοαξιολόγησης. Ακόμη, ο εκπαιδευτικός οφείλει να παρέχει συνεχή ενημέρωση στους γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ, καθώς και να διατηρεί συνεργασία με ένα εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής (ibid).

### **3.2.1.1.4 Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT)**

Μία πρόσθετη θεραπεία που μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τη θεραπεία των συμπτωμάτων διπολικής διαταραχής στα παιδιά μπορεί να είναι μία προσαρμογή της λεγόμενης Διαλεκτικής Θεραπείας Συμπεριφοράς (DBT<sup>20</sup>), μίας θεραπείας που

---

<sup>20</sup> Dialectical Behavior Therapy

σχεδιάστηκε αρχικά για τη Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, δεδομένης της εστίασής της στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας (*mindfulness*) και δεξιοτήτων που υποβοηθούν τη διαχείριση του αισθήματος δυσφορίας που βιώνει ο πάσχων. Για παράδειγμα, οι Goldstein και οι συνεργάτες του (2007) διενήργησαν μία ανοικτή δοκιμή διάρκειας ενός έτους, όπου εφαρμόστηκε η DBT σε εφήβους που έπασχαν από διπολική διαταραχή χρησιμοποιώντας τόσο την εκπαίδευση των γονέων, όσο και την ατομική θεραπεία. Παρά το γεγονός ότι η εν λόγω ανοικτή δοκιμή περιελάμβανε μόνο δέκα εφήβους, κατέδειξε ότι η χρήση της DBT ήταν εφικτή και έγινε αποδεκτή από τους συμμετέχοντες εφήβους, οι οποίοι εμφάνισαν σημαντικές βελτιώσεις στη συμπτωματολογία τους (π.χ. αυτοκτονία, αυτοτραυματισμός, συναισθηματική δυσλειτουργία και συμπτώματα κατάθλιψης) κατόπιν της παρέμβασης (Goldstein T.R., *et al.*, 2007; Renk K., *et al.*, 2014).

#### **3.2.1.1.5 Θεραπεία Διαπροσωπικού & Κοινωνικού Ρυθμού (IPSRT)**

Τέλος, οι νέες ψυχοκοινωνικές θεραπείες αρχίζουν να επικεντρώνονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι με διπολική διαταραχή σε όρους του διαπροσωπικού και κοινωνικού ρυθμού τους (π.χ. στον ύπνο, τις συμπεριφορές και τα επεισόδια διάθεσης). Μία τέτοια θεραπεία είναι η Θεραπεία Διαπροσωπικού και Κοινωνικού Ρυθμού (IPSRT<sup>21</sup>), η οποία αποτελεί μία διακριτή, χρονικά περιορισμένη και δομημένη ψυχολογική παρέμβαση που προέρχεται από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψη και την συμπεριφορική παρέμβαση για τον κοινωνικό ρυθμό και τη ρύθμιση του ύπνου (Renk K., *et al.*, 2014; Ayano G., 2016). Η υποκείμενη υπόθεση αυτής της θεραπείας είναι ότι τα άτομα με διπολική διαταραχή πρέπει να αναγνωρίσουν τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές των κοινωνικών ρυθμών τους και την ανάπτυξη προηγούμενων επεισοδίων διάθεσης. Μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιήσουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις για να βελτιώσουν τους κοινωνικούς τους ρυθμούς και την κανονικότητα του ύπνου τους. Η έρευνα έχει δείξει, μέχρι στιγμής, ότι η IPSRT αποτελεί χρήσιμη συμπληρωματική παρέμβαση των φαρμακολογικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης ότι μπορεί να επεκτείνει το χρόνο μεταξύ των επεισοδίων της διάθεσης και να βελτιώσει τους κοινωνικούς ρυθμούς των ατόμων (Renk K., *et al.*, 2014).

Η Θεραπεία Διαπροσωπικού και Κοινωνικού Ρυθμού Επικεντρώνεται στα εξής:

---

<sup>21</sup> Interpersonal Social Rhythm Therapy

- Συνεργασία με τον θεραπευτή για τον εντοπισμό των επιπτώσεων βασικών προβληματικών περιοχών που σχετίζονται με διαπροσωπικές συγκρούσεις, μεταβάσεις ρόλων, θλίψη και απώλεια και κοινωνικές δεξιότητες και τις επιπτώσεις τους στα τρέχοντα συμπτώματα, καταστάσεις συναισθημάτων ή / και προβλήματα.
- Προσπάθεια μείωσης των συμπτωμάτων με την εκμάθηση του τρόπου αντιμετώπισης ή επίλυσης αυτών των διαπροσωπικών προβληματικών περιοχών.
- Προσπάθεια βελτίωσης της κανονικότητας της καθημερινής ζωής, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η υποτροπή (Ayano G., 2016).

### *3.2.1.2 Παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια*

Η παρέμβαση που απευθύνεται στην οικογένεια είναι μία διακριτή ψυχολογική παρέμβαση με συγκεκριμένη υποστηρικτική, εκπαιδευτική ή θεραπευτική λειτουργία η οποία περιλαμβάνει την επίλυση προβλημάτων/ διαχείριση κρίσεων ή/ και παρέμβαση (Ayano G., 2016). Τέτοιου είδους παρεμβάσεις φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε μία σειρά παιδοψυχιατρικών νοσημάτων.

Επί παραδείγματι, η παρέμβαση στην οικογένεια για άτομα που έχουν διαγνωστεί με διπολική διαταραχή αναπτύχθηκε επειδή κατά τη διεξαγωγή μελετών καταδείχτηκε ότι το συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα μίας πιθανής υποτροπής (Renk K., *et al*, 2014; Ayano G., 2016). Σε αυτό το πλαίσιο, ως «οικογένεια» νοείται το σύνολο των ανθρώπων που έχουν ένα σημαντικό συναισθηματικό δεσμό με τον πάσχοντα, όπως γονείς, αδέρφια, σύντροφοι και λοιποί φροντιστές (Ayano G., 2016). Επειδή τα παιδιά βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε αυτά τα άτομα, θα ήταν επιτακτική ανάγκη οι φροντιστές τους να κατανοήσουν τη φύση της διπολικής διαταραχής και τις απαραίτητες ενέργειες για την αποτελεσματική παρέμβαση. Επιπλέον, δεδομένων των δυσκολιών που ενυπάρχουν στη φροντίδα των παιδιών με διπολική διαταραχή, θα ήταν πιθανό οι φροντιστές να χρειάζονται περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη. Παρόλο που τα παιδιά μπορεί να μην είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε όλες τις γνωστικές-συμπεριφορικές πτυχές των τρεχουσών θεραπειών λόγω των περιορισμένων αναπτυξιακών γνωστικών ικανοτήτων τους, ωστόσο θα μπορούσαν ακόμα να επωφεληθούν από την καθοδήγηση σε στρατηγικές διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Περαιτέρω, επειδή η έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά, και ιδιαίτερα τα



παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορούν να υποφέρουν από σημαντικές διαταραχές της επικοινωνίας, της καθημερινής διαβίωσης και των κοινωνικών δεξιοτήτων τους, η πρόσθετη εκπαίδευση μέσω συμπεριφορικών παρεμβάσεων σε αυτούς τους τομείς θα ήταν πιθανώς πολύ επωφελής (Renk K., *et al*, 2014). Τα διαφορετικά μοντέλα παρέμβασης στην οικογένεια στοχεύουν να βοηθήσουν τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τα προβλήματα των συγγενών τους, να παράσχουν στήριξη και εκπαίδευση στην οικογένεια, να μειώσουν τα επίπεδα δυσφορίας, να βελτιώσουν τους τρόπους με τους οποίους, η οικογένεια επικοινωνεί και διαπραγματεύεται προβλήματα και προσπαθεί να αποτρέψει την υποτροπή (Ayano G., 2016).

#### **3.2.1.2.2 Εκπαίδευση των Γονέων**

Η εκπαίδευση των γονέων στοχεύει στην ενίσχυση ή υποστήριξη του γονικού ρόλου μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης, βελτιώνοντας έτσι τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά αποτελέσματα για τα παιδιά. Μία μετα-ανάλυση προσδιόρισε τέσσερα στοιχεία της κατάρτισης των γονέων, τα οποία ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Ειδικότερα, η αύξηση των θετικών αλληλεπιδράσεων γονέων-παιδιών, η διδασκαλία των γονέων πώς να επικοινωνούν συναισθηματικά με τα παιδιά τους, η διδασκαλία των γονέων για τη χρήση του χρόνου ως μέσου πειθαρχίας και η υποστήριξη των γονέων, ώστε να ανταποκρίνονται με συνέπεια στις συμπεριφορές των παιδιών τους, είχαν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις στη μείωση των συμπεριφορών εξωτερίκευσης στα παιδιά. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση των γονέων είναι σε θέση να μειώσει ή να αποτρέψει την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων στην παιδική ηλικία και τις επακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία (Scott J.G., *et al*, 2016).

Η εκπαίδευση των γονέων διδάσκει τη συνεπή διαπαιδαγώγηση, θετικές και λιγότερο σκληρές πρακτικές πειθαρχίας, την παρακολούθηση του παιδιού, καθώς επίσης τη θετική ανατροφοδότηση για το παιδί. Τα προγράμματα κατάρτισης γονέων είναι αποτελεσματικά στη μείωση της επιθετικής, εναντιωματικής και προκλητικής συμπεριφοράς, αλλά η γονική ψυχοπαθολογία, το εργασιακό άγχος και η έλλειψη κινήτρων εμποδίζουν τη συμμετοχή των γονέων στη θεραπεία. Οι προσεγγίσεις εκπαίδευσης των γονέων επικεντρώνονται στις κοινωνικές δεξιότητες, τις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και τις στρατηγικές διαχείρισης θυμού για τη μείωση των

συμπτωμάτων πολλών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της διαγωγής (Buitelaar J.K., *et al*, 2013).

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει την εκπαίδευση των γονέων και στην περίπτωση των παιδιών που πάσχουν από ΕΠΔ. Μελέτες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση των γονέων είναι ένα αποτελεσματικό μέσο για τη μείωση των διαταραχών της διαγωγής εν γένει. Οι γονείς συχνά φτάνουν να θεωρήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους ως σκόπιμη και ότι αυτή αποσκοπεί να βλάψει το γονέα σκόπιμα. Έτσι, η «δύσκολη» συμπεριφορά και η κοινωνική αναστάτωση που προκαλούν τα παιδιά με ΕΠΔ μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γονέων τους. Η εκπαίδευση των γονέων διδάσκει τους γονείς να είναι πιο θετικοί και λιγότερο σκληροί, όταν θέλουν να επιβάλουν πειθαρχία. Η εκπαίδευση γονέων με βάση τα μέσα ενημέρωσης (π.χ. παρακολούθηση βίντεο) έχει αποδειχθεί αποτελεσματική με τα θετικά της θεραπευτικά αποτελέσματα να συνεχίζονται ακόμα και ένα χρόνο μετά την παρέμβαση. Σε μία τυχαίοποιημένη μελέτη, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η εφαρμογή γονικής εκπαίδευσης τόσο στο παιδί, όσο και στον γονέα είναι ανώτερη από την εκπαίδευση που απευθύνεται μόνο στον γονέα, υποστηρίζοντας τη γενικά αποδεκτή αρχή ότι οι θεραπείες είναι πιο αποτελεσματικές όταν εμπλέκονται και ο γονέας και το παιδί (Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Με βάση τα ανωτέρω, δεν είναι τυχαίο που τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων είναι η περισσότερο μελετημένη θεραπευτική προσέγγιση των παιδιών με διαταραχές της διαγωγής, όπως η ΕΠΔ και μάλιστα συστήνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής (Curtis D.F., *et al*, 2015).

Τέλος, η ψυχοκοινωνική αυτή παρέμβαση φαίνεται ότι ενδείκνυται και στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠΥ, εφόσον συντελεί στη βελτίωση της σχέσης γονέα-παιδιού και εφοδιάζει τον γονέα με τεχνικές για την αποκλιμάκωση των εντάσεων και την καλύτερη διαχείριση των παιδιών με ΔΕΠΥ. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι ενδεχομένως ακόμα και οι ίδιοι οι γονείς δεν έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τα παιδιά τους και ειδικότερα όταν και οι ίδιοι πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα (Αντωνίου Α., 2014).

### **3.2.1.3 Πολυσυστημική Θεραπεία**

Η πολυσυστημική θεραπεία είναι ένας όρος για μία παρέμβαση με βάση την κοινότητα που επιχειρεί ρητά να παρεμβαίνει σε πολλαπλές σφαίρες της πραγματικής ζωής (π.χ. σπίτι, σχολείο) (Hamilton S.S. & Armando J., 2008). Η πολυσυστημική προσέγγιση επιχειρεί να αντιμετωπίσει τις πολλαπλές προβληματικές συμπεριφορές που

εκδηλώνει το παιδί ή ο έφηβος παρέχοντας πολλαπλές υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση, η προστασία των παιδιών, η δικαιοσύνη των ανηλίκων και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Grisso T., 2008). Με άλλα λόγια, η συστημική προσέγγιση περιλαμβάνει το συντονισμό υπηρεσιών από διαφορετικούς παρόχους και είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εκάστοτε παιδιού ή εφήβου.

Η πολυσυστημική θεραπεία είναι μία περιεκτική παρέμβαση που κυρίως στοχεύει να βοηθήσει τους εφήβους με διαταραχές της διαγωγής. Πρόκειται για μία ιδιαίτερα εντατική θεραπεία που βασίζεται στη χρήση διαφορετικών τύπων θεραπειών που θεωρούνται κατάλληλοι από μεμονωμένους θεραπευτές. Οι υπάρχουσες αξιολογήσεις αυτής της θεραπείας, έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά της, ιδιαίτερα σε εφήβους με πιο σοβαρές τάσεις παραβατικότητας (Scott J.G., *et al*, 2016).

### 3.2.2 Φαρμακοθεραπεία

Η θεραπεία παιδιών με ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή είναι μία ευαίσθητη διαδικασία που απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και εξετάζει την περίπτωση κάθε παιδιού ξεχωριστά σε σχέση με την ανάπτυξή του. Η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων σε παιδιά είναι μία σημαντική υπόθεση που έχει λάβει ανεπαρκή επιστημονική προσοχή, εφόσον το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας διερευνά την απόκριση των ενηλίκων στη φαρμακοθεραπεία (McClellan J., 2005; Bradfield B.C., 2010). Μάλιστα έχει παρατηρηθεί, ότι η χρήση αντικαταθλιπτικών και επιλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI<sup>22</sup>) είναι ευρέως διαδεδομένη, ανεξάρτητα από τη διάγνωση (McShane G., *et al*, 2006). Συνεπώς, τέτοια φάρμακα συνταγογραφούνται με ανεπαρκείς αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους. Κατά τη συνταγογράφηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής θεραπευτικής αγωγής, πρέπει να ληφθεί το ιστορικό του παιδιού, ώστε να διαπιστωθεί ποια φάρμακα ήταν επωφελή ή δεν το βοήθησαν στο παρελθόν. Οι ασθενείς πρέπει στη συνέχεια να διακόψουν αναποτελεσματικά φάρμακα (Bradfield B.C., 2010).

#### 3.2.2.1 Φαρμακοθεραπεία ΔΕΠΥ

Για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ ενδείκνυται η χορήγηση μίας σειράς ψυχοδιεγερτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της μεθυλφενιδάτης (Ritalin) και της δεξαμεταμίνης. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα προκαλούν την απελευθέρωση και

---

<sup>22</sup>SelectiveSerotoninReuptakeInhibitors

αναστολή της επαναπρόσληψης των κατεχολαμινών με πιο σημαντική τηντοπαμίνη στον εγκέφαλο. Η δράση τους είναι βραχείας διαρκείας και ως εκ τούτου χορηγούνται σε δύο με τρεις δόσεις ημερησίως. Παράλληλα, πριν χορηγηθούν ως οριστική φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητη η επανειλημμένη δοκιμή τους για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσον όντως βοηθούν το παιδί (Αντωνίου Α., 2014).

Κατόπιν διεξαγωγής πληθώρας μελετών, έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχοδιεγερτικές ουσίες μπορεί να μην θεραπεύουν τη ΔΕΠΥ, ωστόσο, είναι αποτελεσματικές ως προς την αντιμετώπιση των σχετικών συμπτωμάτων, δεδομένου ότι ένα ποσοστό της τάξης του 70-80% των παιδιών ανταποκρίνεται θετικά στη φαρμακοθεραπεία. Ωστόσο, παρά την προφανή βελτίωση και την υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων που επιφέρει, αυτή η θεραπεία δεν στερείται παρενεργειών. Ειδικότερα, οι παρενέργειες περιλαμβάνουν διαταραχές στον ύπνο, στη διατροφή, κόπωση και δυσθυμία. Σε περίπτωση που τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα αποδειχθούν ανεπαρκή ή μη κατάλληλα, ως δεύτερη γραμμή θεραπείας συστήνεται η χορήγηση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, όπως της ιμιπραμίνης (ibid).

### *3.2.2.2 Φαρμακοθεραπεία Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής*

Οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα της φαρμακολογικής θεραπείας αποκλειστικά για τα παιδιά με ΕΠΔ έχουν εξετάσει το διβαλπροϊκό νάτριο (Depakote), τα άλατα λιθίου (Lithobid) ή τα άτυπα αντιψυχωσικά όπως η ρισπεριδόνη (Risperdal). Τα άλατα λιθίου έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στη θεραπεία της επιθετικότητας τα τελευταία 35 χρόνια. Ωστόσο, έχουν σχεδιαστεί κυρίως για τη διπολική διαταραχή με έναρξη στην παιδική ηλικία. Μόνο ένας περιορισμένος ελεγχόμενων δοκιμών εξέτασε την αποτελεσματικότητα των αλάτων λιθίου για τα προβλήματα παιδικής και εφηβικής συμπεριφοράς και την επιθετικότητα, ενώ καμία δεν εκπονήθηκε ειδικά για την ΕΠΔ. Τα ατυπικά αντιψυχωσικά έχουν τύχει μεγαλύτερης εμπειρικής υποστήριξης για τη θεραπεία της ΕΠΔ, ιδιαίτερα για τα συμπτώματα της επιθετικότητας (Curtis D.F., *et al*, 2015).

### *3.2.2.3 Φαρμακοθεραπεία Διαταραχής της Διαγωγής*

Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιούνται επίσης και για τη θεραπεία της επιθετικότητας στο πλαίσιο της διαταραχής της διαγωγής ως συννοσηρότητας της ΔΕΠΥ. Η αποτελεσματικότητα των ψυχοδιεγερτικών για τη μείωση της επιθετικότητας προέρχεται από κλινικές δοκιμές στην ΔΕΠΥ που μετρούσαν την επιθετικότητα ως

δευτερεύουσα μεταβλητή έκβασης. Χαμηλές δόσεις τυπικών αντιψυχωσικών είναι αποτελεσματικές για τη διαχείριση των επιθετικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους, ωστόσο έχουν το μειονέκτημα ότι δημιουργούν ανησυχητικές παρενέργειες και μπορεί να μην είναι βέλτιστες για τη θεραπεία της επιθετικότητας. Οι σταθεροποιητές διάθεσης μπορούν επίσης να μειώσουν την επιθετικότητα που σχετίζεται με τη διαταραχή της διαγωγής. Μεταξύ των αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς, η ρισπεριδόνη είναι το φάρμακο που έχει μελετηθεί εκτενέστερα για τη θεραπεία της επιθετικότητας και της διαταραχής της διαγωγής σε παιδιά και εφήβους. Στην Ευρώπη, η ρισπεριδόνη έχει εγκριθεί για τη βραχυχρόνια θεραπεία (6 εβδομάδων) της επιθετικότητας στη διαταραχή της διαγωγής σε παιδιά και εφήβους με πνευματική λειτουργία κάτω του μέσου όρου ή διανοητική καθυστέρηση (Buitelaar J.K., *et al*, 2013). Το λίθιο είναι ένας ψυχοδραστικός παράγοντας που επιδρά θετικά στην επιθετικότητα, με τα ευρήματα πολλών μελετών να δείχνουν μία μείωση της επιθετικότητας. Ωστόσο, το λίθιο απαιτεί τακτική παρακολούθηση στο αίμα για να εκτιμηθεί η πιθανή τοξικότητα. Για τη μείωση της επιθετικότητας έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί τα αντισπασμωδικά. Το προφίλ των παρενεργειών και οι απαιτήσεις παρακολούθησης τους παρουσιάζουν παρόμοιους περιορισμούς με τα αντιψυχωσικά (Russell M., *et al*, 2001).

#### 3.2.2.4 Φαρμακοθεραπεία Κατάθλιψης

Παρόλο που η ψυχοθεραπεία αποτελεί βασικό συστατικό στη θεραπεία της κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία, αρκετές φορές θεωρείται κατάλληλη και η επικουρική χρήση της φαρμακοθεραπείας. Η έναρξη της αντικαταθλιπτικής αγωγής βασίζεται στην αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης και του ιστορικού. Έχει διαπιστωθεί ότι η φλουοξετίνη είναι ο μόνος παράγοντας με συνεπείς ενδείξεις ότι είναι αποτελεσματική στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η εσκιταλοπράμη (Lexapro) έχει επίσης εγκριθεί στην Αμερική για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε εφήβους ηλικίας 12 ετών και άνω. Η θεραπεία πρέπει να ξεκινά από τη χαμηλότερη διαθέσιμη δοσολογία και να τροποποιείται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Εάν η αρχική θεραπεία πρώτης γραμμής είναι αναποτελεσματική, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ένας άλλος παράγοντας πρώτης γραμμής. Ωστόσο, όλα τα αντικαταθλιπτικά συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Επομένως, συνιστάται στενή παρακολούθηση (π.χ. εβδομαδιαίες τηλεφωνικές κλήσεις, προγραμματισμένες επισκέψεις κατά τον πρώτο μήνα θεραπείας) για να εκτιμηθούν

ενδεχόμενες αυτοκτονικές τάσεις και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως γαστρεντερικές επιδράσεις, νευρικότητα, κεφαλαλγία και ανησυχία. Εάν υπάρχει περιορισμένη βελτίωση ή μη ύφεση των συμπτωμάτων μετά την απόπειρα χορήγησης όλων των φαρμάκων πρώτης γραμμής, συνιστάται η επανεξέταση της θεραπείας από ειδικό (Clark M., *et al*, 2012).

### 3.2.2.5 Φαρμακοθεραπεία Διπολικής Διαταραχής

Υπάρχουν τέσσερις κύριες κατηγορίες φαρμάκων που ενδείκνυνται για τη διαχείριση της διπολικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους. Αυτά περιλαμβάνουν τους σταθεροποιητές διάθεσης (κυρίως λίθιο), άτυπα αντιψυχωσικά, αντισπασμωδικά φάρμακα και αντικαταθλιπτικά (Cox J.H.,

*et al*, 2014). Βάσει της διαθέσιμης βιβλιογραφίας για παιδιά και εφήβους, τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα για παιδιά και εφήβους που παρουσιάζουν διπολικά συμπτώματα είναι το λίθιο, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα (δηλαδή το διβαλπροϊκό νάτριο και η καρβαμαζεπίνη) και τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα (ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη και αριπιπραζόλη). Από αυτά τα φάρμακα, το λίθιο έχει εγκριθεί από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA<sup>23</sup>) για τη θεραπεία της μανίας σε παιδιά ηλικίας 12 ετών και άνω, ενώ η ρισπεριδόνη και η αριπιπραζόλη είναι εγκεκριμένα για παιδιά ηλικίας 10 ετών και άνω. Μεγάλο μέρος της έρευνας για τα παιδιά και τους εφήβους έδειξε ότι, όταν χρησιμοποιούνται ως μονοθεραπεία, τα φάρμακα αυτά είναι σχετικά αποτελεσματικά, γενικά ασφαλή και καλά ανεκτά. Μολαταύτα, ορισμένοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά από τους σταθεροποιητές της διάθεσης όταν χρησιμοποιούνται σε παιδιά και εφήβους. Πέρα από τη μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση των διπολικών συμπτωμάτων, οι διάφορες φαρμακευτικές ουσίες έδειξαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμό, είτε αυτός ο συνδυασμός περιλάμβανε πολλαπλούς σταθεροποιητές διάθεσης ή σταθεροποιητές διάθεσης μαζί με κάποιο άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο (Renk K., *et al*, 2014).

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που τα προαναφερθέντα φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως και είναι ευεργετικά για τη θεραπεία των διπολικών συμπτωμάτων, συχνά συνοδεύονται από ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως γαστρεντερική

---

<sup>23</sup> Food and Drug Administration

δυσφορία (π.χ. ναυτία, έμετος), κεφαλαλγία, νοητική εξασθένηση, υποθυρεοειδισμό, τρόμο και εξωπυραμидικές παρενέργειες. Περαιτέρω, μία ιδιαίτερα ανησυχητική και κοινή παρενέργεια είναι η αύξηση του βάρους. Άλλες ουσίες έχουν επίσης τεκμηριωμένες μεταβολικές επιδράσεις και ενέχουν καρδιαγγειακούς κινδύνους (αν και δεν είναι σαφές εάν αυτοί οι κίνδυνοι μπορεί να υπάρχουν πριν από τη χορήγηση των φαρμάκων). Δεδομένων των παρενεργειών αυτών, συνιστάται η προσεκτική παρακολούθηση των παιδιών και των εφήβων, ιδιαίτερα επειδή αυτές οι παρενέργειες μπορούν να οδηγήσουν σε μία σειρά μακροπρόθεσμων επιπτώσεων (Renk K., *et al*, 2014). Περαιτέρω, τέτοιες σημαντικές παρενέργειες υποδηλώνουν επίσης ότι είναι θεμιτή και η εξέταση εναλλακτικών επιλογών θεραπείας, όπως η χρήση λιναρόσπορου και ωμέγα-3 λιπαρών οξέων (Gracious B., *et al*, 2010).

Συχνά τα παιδιά και οι έφηβοι με διπολικά συμπτώματα παρουσίαζαν επίσης συμπτώματα που είναι συνεπή με άλλα συνοδά νοσήματα όπως η ΔΕΠΥ, διαταραχές διαγωγής και διαταραχές άγχους. Η θεραπεία αυτών των διαταραχών εγείρει επιπρόσθετες ανησυχίες, ιδιαίτερα όταν μία συνυπάρχουσα κατάσταση απαιτεί επίσης παρέμβαση με ψυχοτρόπα φάρμακα. Τις περισσότερες φορές, οι κλινικοί ιατροί συνιστούν τη σταθεροποίηση των διπολικών συμπτωμάτων, πριν από τη χορήγηση οποιουδήποτε πρόσθετου φαρμάκου για την αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων (Renk K., *et al*, 2014). Πρόσθετα φάρμακα που προστέθηκαν στη φαρμακοθεραπεία κατόπιν της σταθεροποίησης των διπολικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ, έχουν δείξει πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα (McClellan J.M., *et al*, 2007). Συγκεκριμένα, μικτά άλατα αμφεταμίνης έδειξαν στατιστικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το εικονικό φάρμακο για τη θεραπεία συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ σε παιδιά ηλικίας 6 έως 17 ετών με διάγνωση διπολικής διαταραχής. Παρ'όλα αυτά, ορισμένα φάρμακα (δηλαδή αντικαταθλιπτικά) πρέπει να παρακολουθούνται στενά. Παρόλο που πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι τα διπολικά συμπτώματα που προκαλούνται από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν εμφανίζονται συχνά, ορισμένα παιδιά και έφηβοι μπορεί να είναι ευαίσθητοι σε τέτοια συμπτώματα (Renk K., *et al*, 2014).

### **3.2.3 Εναλλακτικές Μέθοδοι Θεραπείας**

Ορισμένες οικογένειες μπορούν να επιλέξουν μη συμβατικές θεραπείες (μερικές φορές αναφερόμενες ως συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες) ως τρόπους



αντιμετώπισης σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Παραδείγματα αυτών περιλαμβάνουν μεταβολές στις διατροφές, όπως η εξάλειψη της ζάχαρης ή των τρώξιμων με χρωστικές και πρόσθετα από τη διατροφή του παιδιού, βότανα ή συμπληρώματα βιταμινών, καθώς επίσης μουσικοθεραπεία ή χοροθεραπεία (Myers S. & Johnson C., 2007).

Ειδικά στην περίπτωση των αυτιστικών διαταραχών του αυτιστικού φάσματος, αρκετοί γονείς δείχνουν ενδιαφέρον για μία σειρά διατροφικών παρεμβάσεων, οι οποίες μπορούν δυνητικά να ανακουφίσουν τα συμπτώματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Μία τέτοια δημοφιλής θεραπευτική προσέγγιση είναι η λεγόμενη Δίαιτα χωρίς γλουτένη και χωρίς καζεΐνη (GFCF<sup>24</sup>), η οποία συνίσταται στην απομάκρυνση της γλουτένης, μίας πρωτεΐνης που βρίσκεται στα δημητριακά και της καζεΐνης, μίας πρωτεΐνης που υπάρχει στα γαλακτοκομικά, από τη διατροφή των αυτιστικών παιδιών. Η εν λόγω προσέγγιση εδράζεται στην υπόθεση ότι η απορρόφηση των πρωτεϊνών αυτών γίνεται κατά τρόπο διαφορετικό στα αυτιστικά παιδιά, παρουσιάζοντας δράση παρόμοια με εκείνη των ψευδο-οπιούχων ουσιών στον εγκέφαλο. Η υποκείμενη υπόθεση αυτής της διατροφικής παρέμβασης δεν είναι βασισμένη σε κάποια αλλεργική αντίδραση, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία ως προς την αποτελεσματικότητά της. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι οικογένειες που υποστηρίζουν ότι η απομάκρυνση των δύο αυτών πρωτεϊνών από τη διατροφή των παιδιών τους, συνέβαλε σημαντικά στο να ρυθμιστούν οι εντερικές διαταραχές, ο ύπνος, η δραστηριότητα και οι συμπεριφορές των παιδιών τους, ενώ παρατήρησαν και σημαντική βελτίωση στη συνολική ανάπτυξη του παιδιού τους. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι θα πρέπει να δοθεί η δέουσα προσοχή στον αποκλεισμό ορισμένων τροφών από τη διατροφή των παιδιών, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτά προσλαμβάνουν όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη τους (Autism Speaks, 2018).

Μία εναλλακτική θεραπεία είναι και η μουσικοθεραπεία, η οποία αποτελεί επάγγελμα υγείας. Μέσω της προγραμματισμένης χρήσης της μουσικής, η μουσικοθεραπεία δημιουργεί γέφυρες μεταξύ των σωματικών, συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών αναγκών του ατόμου, ανεξαρτήτου ηλικίας. Είναι σε θέση να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου, ενώ η ανταπόκριση της στις σωματικές και

---

<sup>24</sup>Gluten Free Casein Free



πνευματικές ανάγκες των παιδιών που πάσχουν από κάποιο παιδοψυχιατρικό νόσημα είναι εξαιρετική. Η ενασχόληση των παιδιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα συμπεριφοράς με τη μουσική, τα βοηθά να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης, κοινωνικές, γλωσσικές, κινητικές δεξιότητες, ενθαρρύνει τη συναισθηματική τους έκφραση, καθώς επίσης και την οικοδόμηση διαπροσωπικών σχέσεων (Μάνου Γ., 2008).

## ***B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

### ***Ανάλυση της έρευνας***

#### ***Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>***

##### ***Μεθοδολογία της έρευνας***

Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει την ερευνητική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Καταρχάς πραγματοποιείται η παρουσίαση του σκοπού και των επιμέρους στόχων της μελέτης, τίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και το είδος μελέτης που επιλέχθηκε. Στη συνέχεια παρατίθενται και αναλύονται τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

##### ***4.1 Σκοπός & Στόχοι της Εργασίας***

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, καθώς και τις προκλήσεις που αυτός αντιμετωπίζει μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Από τον παραπάνω στόχο προκύπτουν οι κάτωθι επιμέρους στόχοι:

- ✓ Να εξεταστεί ο ρόλος του νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων.
- ✓ Να εξεταστούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας κατά την άσκηση του έργου του.

##### ***4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα***

Από τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης, όπως περιγράφηκαν ανωτέρω, προέκυψαν τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα:

- ✓ Ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων;
- ✓ Ποιος είναι οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας κατά την άσκηση του έργου του;

##### ***4.3 Είδος μελέτης***

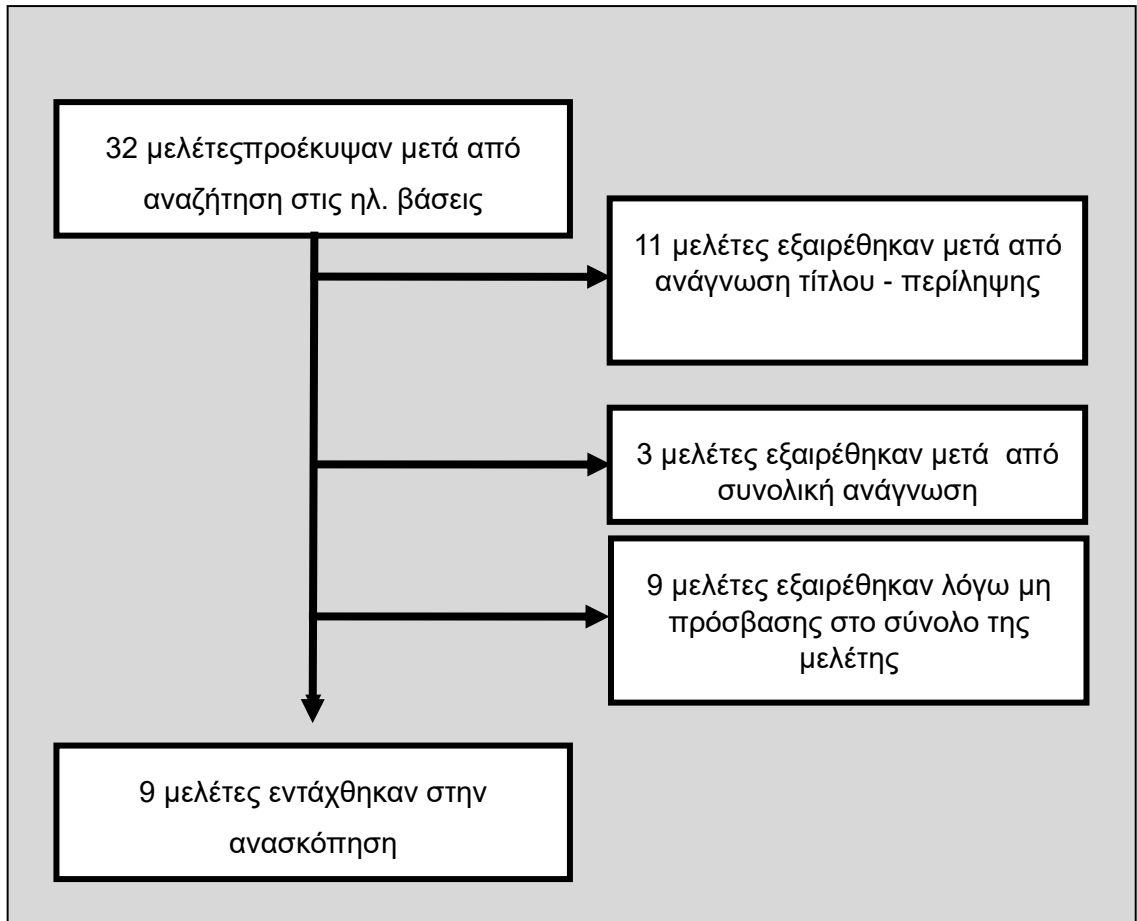
Η παρούσα μελέτη ακολουθεί μια περιγραφική προσέγγιση. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ο απώτερος στόχος της οποίας είναι να αναζητήσει την αντικειμενικότητα, ελαχιστοποιώντας τις όποιες στρεβλώσεις και περιγράφοντας κάθε πλευρά του υπό μελέτη ζητήματος (Cohen L. &

Manion L., 1997). Με άλλα λόγια, το συναφές με το θέμα υλικό, ήτοι το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, το οποίο συγκεντρώθηκε έτυχε θεωρητικής επεξεργασίας, προκειμένου να εξαχθούν τα κύρια συμπεράσματα.

Οι κύριοι στόχοι ήταν η περιγραφή, ο ορισμός και η ερμηνεία όλων των παραμέτρων που σχετίζονται με το ρόλο και της προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ένα παιδί που πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Προκειμένου να εκπληρωθούν οι στόχοι αυτοί, η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική επισκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονική μορφή.

Σε αρχικό στάδιο πραγματοποιήθηκε ο εντοπισμός και ορισμός του θέματος της παρούσας εργασίας, ενώ κατόπιν εντοπίστηκε η σχετική βιβλιογραφία και ακολούθησε η οργάνωση, αξιολόγηση και ανάλυση της. Στη συνέχεια, επιλέχθηκαν τα δεδομένα που σχετίζονταν με το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης και ξεκίνησε η παρουσίαση και συγγραφή των κύριων σημείων και συμπερασμάτων. Η περιγραφείσα προσέγγιση επεχείρησε τρόπον τινά να παράσχει μια ερμηνεία των υπάρχοντων δεδομένων για το ρόλο του νοσηλευτή ψυχιατρικής υγείας στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων.

Το υλικό το οποίο τελικώς εντάχθηκε στην παρούσα μελέτη αναζητήθηκε και ανακτήθηκε από ηλεκτρονικές βάσης αναζήτησης συμπεριλαμβανομένων των: Google scholar, το Research Gate, Pubmed, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Βήμα Ασκληπειούκ.τλ. Η αναζήτηση βασίστηκε στη χρήση των λέξεων κλειδιών: παιδοψυχιατρικά νοσήματα, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχικές διαταραχές, ρόλος νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Για την ανεύρεση ξενόγλωσσων μελετών και άρθρων χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχες λέξεις κλειδιά στην αγγλική: Child mental illnesses, nursing care, mental disorders, mental health nurse role.



*Σχήμα 1. Διάγραμμα Ροής αναζήτησης μελετών*

Τα κριτήρια ένταξης των μελετών στη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν τα ακόλουθα:

- Οι συμπεριληφθείσες μελέτες να αποτελούν πρωτογενείς έρευνες.
- Λόγω περιορισμένου αριθμού μελετών που εντοπίστηκαν δεν τέθηκε κάποιος χρονικός περιορισμός.
- Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν να είναι στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα.

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί ότι ενώ εντοπίστηκαν ορισμένες μελέτες που ανταποκρίνονταν στα κριτήρια ένταξης, στη συνέχεια έπρεπε να αποκλειστούν διότι υπήρχε πρόσβαση μόνο στην περίληψη τους και δεν ήταν δυνατή η πρόσβαση σε ολόκληρο το κείμενο της μελέτης. Στη συνέχεια οι πληροφορίες που ενοπίστηκαν οργανώθηκαν και αναλύθηκαν κατά θεματικές ενότητες που ανταποκρίνονταν στα ερευνητικά ερωτήματα, σε μια προσπάθεια εμβάθυνσης και κριτικής προσέγγισης του θέματος.

#### 4.4 Υλικό & Μέθοδος

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εντάχθηκαν άρθρα και μελέτες αναφορικά με το ρόλο και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με παιδοψυχιατρικά νοσήματα (βλ. Πιν.2). οι μελέτες και άρθρα που εντάχθηκαν είναι τα ακόλουθα:

*Πίνακας 2. Ρόλος & προκλήσεις νοσηλευτή ψυχικής υγείας & παιδοψυχιατρικά νοσήματα*

Συγγραφέας	Τίτλος	Πηγή
<b>Killeen M.R.</b>	Challenges and choices in child and adolescent mental health-psychiatric nursing.	J Child AdolescPsychiatrMent Health Nurs. 1990; 3(4):113-9.
<b>Ramritu P., Courtney M., Stanley T., Finlayson K. (2002)</b>	Experiences of the generalist nurse caring for adolescents with mental health problems.	Journal of Child Health Care 2002; 6(4):229-244.
<b>Watson E.</b>	CAMHS liaison: supporting care in general paediatric settings.	Pediatric Nursing 2006; 18(1): 30-33.
<b>Nardi D.A.</b>	Depression in school-aged children: Assessment and early intervention.	J PsychosocNurs Mental HlthServ 2007; 45:48-52.
<b>Ουζούνη X. &amp; Νακάκης Κ.</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιών με Κατάθλιψη.	Νοσηλευτική 2008; 47(4):458-470.
<b>Browne G., Cashin A., Graham I.</b>	Models of case management for working with young children: Implications for mental health nurses.	International Journal of Mental Health Nursing 2012; (21):123-130.
<b>Funakoshi A.,Tsunoda A., Hada Y.</b>	Training of children and adolescents' mental health nursing for nursing students in Japan.	Journal of Nursing Education and Practice 2017; 7(9):34-41
<b>Sheehan R. (2017).</b>	Mental Illness in Children.	Childhood Illness and Brain Sci. 2017; 7(97):1-4.
<b>Thomas L.</b>	Nursing children and young people: what mental health training is required?	British Journal of Nursing 2017; 26(4):234-237.

##### 4.4.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Μελετών

Από τη μελέτη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προέκυψαν 9 μελέτες που ακολουθούσαν είτε ποιοτική, είτε προσωπική προσέγγιση (βλ. Πιν. 3).

*Πίνακας 3. Περιγραφικά χαρακτηριστικά μελετών*

Συγγραφέας	Τίτλος	Είδος Μελέτης
<b>Killeen M.R.</b>	Challenges and choices in child and adolescent mental health-psychiatric nursing.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
<b>Ramritu P., Courtney M., Stanley T., Finlayson K. (2002).</b>	Experiences of the generalist nurse caring for adolescents with mental health problems.	Ερευνητική περιγραφική μελέτη (ποσοτική έρευνα, χρήση ερωτηματολογίου).
<b>Ουζούνη X. &amp; Νακάκης Κ.</b>	Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιών	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική

	με Κατάθλιψη.	επισκόπηση).
<b>Watson E.</b>	CAMHS liaison: supporting care in general paediatric settings.	Ερευνητική μελέτη (ποσοτική έρευνα, χρήση ερωτηματολογίου).
<b>Nardi D.A.</b>	Depression in school-aged children: Assessment and early intervention.	Ειδικό άρθρο (ποιοτική έρευνα).
<b>Browne G., Cashin A., Graham I.</b>	Models of case management for working with young children: Implications for mental health nurses.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
<b>Funakoshi A., Tsunoda A., Hada Y.</b>	Training of children and adolescents' mental health nursing for nursing students in Japan.	Ερευνητική μελέτη (ποσοτική έρευνα, χρήση ερωτηματολογίου).
<b>Sheehan R. (2017).</b>	Mental Illness in Children.	Ειδικό άρθρο (βιβλιογραφική επισκόπηση).
<b>Thomas L.</b>	Nursing children and young people: what mental health training is required?	Ερευνητική μελέτη (ποιοτική έρευνα).

Ο Killeen (1990) στη μελέτη του, εξετάζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά και εφήβους, ενώ διερευνά τις διαθέσιμες επιλογές για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Ο ερευνητής υποστηρίζει ότι οι προκλήσεις οφείλονται και στην αύξηση του αριθμού των παιδιών που χρήζουν ψυχιατρικής φροντίδας λόγω της έκθεσης τους σε πολλούς παράγοντες κινδύνου. Τα ερευνητικά στοιχεία στα οποία κατέληξε, καταδεικνύουν ότι το χάσμα μεταξύ των υφιστάμενων αναγκών ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών που απευθύνονται σε παιδιά, οφείλεται στην ανυπαρξία ενός συντονισμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, υποστηρίζει την καταλληλότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας για την ανάπτυξη ενός συντονισμένου συστήματος φροντίδας που να παρέχει ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα στα παιδιά (Killeen M.R. 1990).

Στην περιγραφική μελέτη των Ramritu *et al.* (2002) διερευνήθηκε η ικανοποίηση των νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδα σε εφήβους με προβλήματα ψυχικής υγείας στο γενικό νοσοκομειακό περιβάλλον αναφορικά με τις ικανότητές τους να παρέχουν φροντίδα, οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στην περίθαλψη και οι στρατηγικές για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Οι στρατηγικές που προτάθηκαν για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας περιελάμβαναν: την ενίσχυση της συνέχειας της φροντίδας και της ομαδικής εργασίας, την παροχή κατάλληλων μέσων, τη μεγαλύτερη υποστήριξη από ειδικευμένους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και την περαιτέρω εκπαίδευση για τη φροντίδα των εφήβων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Ramritu P., *et al*, 2005).

Στην μελέτη του Watson (2006) υπογραμμίζεται επίσης ότι αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών και των νέων με προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οποίοι νοσηλεύονται σε γενικές παιδιατρικές κλινικές, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για τους νοσηλευτές που δεν διαθέτουν νοσηλευτική κατάρτιση και εμπειρία στον τομέα της ψυχικής υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο η έρευνα διερευνά τις στάσεις και ανησυχίες των νοσηλευτών για τη φροντίδα αυτής της ομάδας ασθενών. Βάσει των ευρημάτων, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματική σύνδεση μεταξύ γενικών παιδιατρικών κλινικών και παιδικών και εφηβικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να βελτιώσει τη φροντίδα των παιδιών και νέων με διαγνωσμένα προβλήματα ψυχικής υγείας (Watson E., 2006).

Στη μελέτη του ο Nardi (2007) τονίζει τη σημασία της αξιολόγησης και της έγκαιρης παρέμβασης σε παιδιά σχολικής ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη. Ο ερευνητής υποστηρίζει ότι οι παράγοντες αυτοί είναι κρίσιμοι, ώστε να μπορούν οι νοσηλευτές να αναπτύξουν μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία και ως εκ τούτου να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης θεραπείας (Nardi DA., 2007).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Ουζούνη & Νακάκη (2008) εστιάζει στην παρεχόμενη φροντίδα των παιδιών που πάσχουν από κατάθλιψη που εισάγονται σε παιδοψυχιατρική κλινική. Οι ερευνητές αποδίδουν ιδιαίτερη έμφαση στο σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλευτής κατά την παροχή φροντίδας σε αυτά τα παιδιά (Ουζούνη X. & Νακάκη K., 2008).

Οι Browne *et al.* (2012) στη μελέτη τους υποστηρίζουν ότι η φροντίδα των παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς/ ψυχικές ασθένειες επιφυλάσσει ένα σημαντικό και αναδυόμενο ρόλο για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Τονίζουν δε, ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, λόγω του ιστορικού τους και της δέσμευσής τους στην παροχή ολιστικής φροντίδας, είναι οι ιδανικοί να προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα στα παιδιά, η οποία λαμβάνει υπόψη τις ιδιαιτερότητες της ομάδας αυτής των ψυχικά ασθενών (Browne G., *et al.*, 2012).

Στην ποσοτική έρευνα των Funakoshi *et al.* (2017) διερευνάται κατά πόσον οι φοιτητές της νοσηλευτικής στην Ιαπωνία έχουν λάβει κάποια εκπαίδευση για τη νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών και των εφήβων, δεδομένου ότι το πεδίο αυτό δεν έχει συμπεριληφθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα των σχολών νοσηλευτικής στη χώρα. Περαιτέρω μελετήθηκαν οι προκλήσεις και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά τη φροντίδα των παιδιών με παιδοψυχιατρικά νοσήματα, ενώ

υπογράμμισαν ότι η βελτίωση της κατάρτισης των νοσηλευτών σχετικά, θα αποτελέσει μια σημαντική πρόκληση στο μέλλον (Funakoshi A., *et al*, 2017).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Sheehan (2017) διερευνά τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η φροντίδα των παιδιών και εφήβων που πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, ενώ αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση στην εμπλοκή της οικογένειας στην θεραπεία (Sheehan R., 2017).

Τέλος, σκοπός της μελέτης του Thomas (2017) ήταν να διερευνήσει τις απόψεις των νοσηλευτών παιδιών και νέων σχετικά με την εκπαίδευση που έχουν λάβει στο πεδίο της ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και τις πιθανές συστάσεις τους για τη μελλοντική εκπαίδευση του προσωπικού. Από την έρευνα προέκυψε ότι στην πλειονότητα τους οι νοσηλευτές δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι από την εκπαίδευση που έχουν λάβει, ενώ τονίζουν τη σημασία της εξατομικευμένης εκπαίδευσης στους νοσηλευτές (Thomas L., 2017).



## *Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>*

### *Αποτελέσματα*

#### *5.1 Ρόλος Νοσηλευτή & Παιδοψυχιατρικά Νοσήματα*

Οι φορείς, στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν τα παιδιά και οι έφηβοι για να ζητήσουν βοήθεια για προβλήματα ψυχικής υγείας ή στους οποίους, οι οικογένειες τους μπορούν να προσέλθουν για να ζητήσουν βοήθεια για ευρύτερα οικογενειακά προβλήματα που δυνητικά επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ευημερία ενός παιδιού, περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα κοινοτικά κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόνοιας ή άλλες κρατικές υπηρεσίες (όπως οι υπηρεσίες προστασίας του παιδιού) (Sheehan R., 2017). Η εισαγωγή στο νοσοκομείο σημαίνει ότι αυτή η ομάδα ασθενών, λαμβάνει φροντίδα συχνά από νοσηλευτές που εργάζονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και της παιδιατρικής. Κατά τη νοσηλεία τους, τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται τις εξειδικευμένες γνώσεις και την εμπειρία τόσο των νοσηλευτών της παιδιατρικής, όσο και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Thomas L., 2017). Οι νοσηλευτές στο σύνολο τους, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχιατρική περίθαλψη για παιδιά και εφήβους, ενώ η φροντίδα που παρέχουν μπορεί να επηρεάσει κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής των ασθενών τους (Funakoshi A., *et al.*, 2017).

Παρά το γεγονός ότι το επίκεντρο της νοσηλευτικής φροντίδας ενδέχεται να διαφοροποιείται, κοινός τόπος είναι ότι στην περίπτωση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων το κύριο μέλημα είναι η ανεμπόδιστη ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, η οποία σχετίζεται με την εξέλιξη του νεαρού ατόμου σε σωματικό, συναισθηματικό, διανοητικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι νοσηλευτές φαίνεται να πιστεύουν ότι η δράση που αναπτύσσουν στους προαναφερθέντες τομείς αποσκοπεί στο να ενισχύσουν την υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Ιδιαίτερα, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μία παιδοψυχιατρική κλινική και στη βάση της εκπαίδευσης που έχουν λάβει ως προς εξειδικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις, μπορούν ακόμα και να λειτουργήσουν ως ψυχοθεραπευτές λόγω της εγγύτητας και της σχέσης που αναπτύσσουν με τους μικρούς ασθενείς (Ουζούνη Χ. & Νακάκης, 2008).

Η φροντίδα των παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς/ ψυχικές ασθένειες, τα οποία συχνά είναι και ιδιαίτερα ευάλωτα (Sheehan R, 2017), συνιστά ένα σημαντικό και αναδυόμενο ρόλο για το νοσηλευτή ψυχικής υγείας, ο οποίος διαθέτει περιορισμένο αριθμό στοιχείων για να βασίσει την πρακτική του (Browne G., *et al.*, 2012). Λόγω της ταχείας συναισθηματικής, σωματικής και νοητικής ανάπτυξης τους και της εξάρτησης τους από τις οικογένειες τους, χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή στη φροντίδα ψυχικής υγείας (Browne G., *et al.*, 2012).

Οι κύριες κατευθύνσεις που θα ακολουθήσει η νοσηλευτική φροντίδα διαμορφώνονται από το νοσηλευτή αναφοράς, ο οποίος είναι συνολικά υπεύθυνος για την πιστή εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου (Οζούνη Χ. & Νακάκης Κ. 2008). Πέραν της αρχικής εκτίμησης, ο νοσηλευτής αναφοράς υσε καθημερινή βάση φροντίζει για τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν την υφιστάμενη ψυχική κατάσταση του παιδιού ή εφήβου, με εργαλείο του τη διαρκή νοσηλευτική παρατήρηση και την επιστημονική και ακριβή καταγραφή των συμπεριφορών και των συναισθημάτων του ασθενή του (Nardi DA., 2007). Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας αναπροσαρμόζεται συνεχώς, ώστε να καλύψει τις επιμέρους ανάγκες του κάθε παιδιού ή εφήβου στη βάση της ψυχικής του κατάστασης. Δεδομένου ότι ο νοσηλευτής εμπλέκεται σε όλο το φάσμα της φροντίδας του παιδιού, είναι εύλογο ότι η παρουσία του είναι ιδιαίτερα σημαντική και υποστηρικτική για το παιδί. Έτσι, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και λόγω της εγγύτητας του με το παιδί, ο ρόλος του νοσηλευτή σε μία παιδοψυχιατρική κλινική προσιδιάζει το ρόλο του γονέα (Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ., 2008).

Για την αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων, η νοσηλευτική πρακτική θα πρέπει να θέσει στο κέντρο το ίδιο το παιδί, ακολουθώντας μία συστημική ή ολιστική προσέγγιση. Ο νοσηλευτής, ο οποίος εργάζεται με παιδιά, θα πρέπει να κατανοεί τον τρόπο, με τον οποίο τα ίδια αντιλαμβάνονται το πρόβλημα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν, να έχει αυξημένη αντίληψη για το τι μπορεί να αναμένει από αυτά, δεδομένης της ηλικίας, της ζωής και της ιδιαίτερης οικογενειακής κατάστασης τους και να κατανοεί τι θα πρέπει να τους προσφέρει ως φροντιστής τους, προκειμένου να θεραπευτούν και να ανακτήσουν την ψυχική υγεία τους (Sheehan R., 2017).

Το εύρος της παρέμβασης στα παιδοψυχιατρικά νοσήματα ποικίλει ανάλογα με τη φύση του προβλήματος, είτε πρόκειται για μία παρέμβαση σε μία περίοδο που βιώνει το

παιδί, είτε για κάποιο χρόνιο παιδοψυχιατρικό νόσημα, είτε για μία σοβαρή ασθένεια. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών, που παρουσιάζουν να μην κάποιο πρόβλημα, αλλά αυτό να μην αφορά την ψυχική υγεία του παιδιού (π.χ. παιδική κακοποίηση, παραμέληση, ενδοοικογενειακή βία). Ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να θέτει ως προτεραιότητα την ψυχική υγεία του παιδιού και να εκτιμήσει το μακροπρόθεσμο αντίκτυπο του υφιστάμενου προβλήματος στην ψυχική υγεία και την ευημερία του παιδιού. Είναι αυτή η προσέγγιση, που εξετάζει τον ασθενή μέσα στο περιβάλλον του, που χαρακτηρίζει την κλινική πρακτική στα παιδοψυχιατρικά νοσήματα. Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να αποδίδει μεγάλη προσοχή στο φάσμα των ψυχοκοινωνικών ζητημάτων που ενδέχεται να επηρεάσουν την αποκατάσταση του παιδιού και να εργαστεί ενεργά, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι συνέπειες της ασθένειας και να βελτιωθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα για το παιδί (Sheehan R., 2017).

Ο νοσηλευτής που φροντίζει παιδιά και εφήβους με προβλήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να διαθέτει αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να αναπτύξει συνεργατικές σχέσεις, να δημιουργήσει ένα θεραπευτικό περιβάλλον, να λάβει υπόψη τις ειδικές αναπτυξιακές περιστάσεις του παιδιού και να δημιουργήσει κλίμα συνεργασίας. Θα πρέπει να έχει συγκεκριμένη συμπεριφορά και να προβεί στις απαραίτητες παρεμβάσεις για την παροχή ασφάλειας, δομής και ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, στο οποίο μπορεί να λάβει χώρα η θεραπευτική αλλαγή. Οι ενέργειες του θα πρέπει να προάγουν ένα φυσικά και συναισθηματικά ασφαλές περιβάλλον. Παράλληλα, θα πρέπει να αναπτύξει ένα δομημένο πρόγραμμα φροντίδας, παρέχοντας ένα προβλέψιμο πρότυπο ρουτινών, θεραπειών και δραστηριοτήτων που να μπορεί να διαχειριστεί ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Οι συμπεριφορές και οι παρεμβάσεις του θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν γνήσιο ενδιαφέρον και ευαισθησία, ενώ θα πρέπει να είναι διαθέσιμος και να παρέχει συνεχή στήριξη. Παράλληλα, η κατανόηση της παιδικής ανάπτυξης είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά και εφήβους με κάποιο ψυχικό νόσημα (Ramritu P., *et al*, 2002).

Η εξάρτηση του παιδιού από τους ενήλικες για τη φροντίδα και τη θεραπεία του, σημαίνει ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να εργάζονται τόσο με τα μέλη της οικογένειας, όσο και με το μεμονωμένο παιδί, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού, να αντιμετωπίσουν τις υφιστάμενες προκλήσεις και να διασφαλίσουν την εφαρμογή των απαραίτητων παρεμβάσεων (Sheehan R., 2017). Αυτό

που κρίνεται χρήσιμο, είναι η διαχείριση των παιδοψυχιατρικών περιστατικών κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να εμπλέκονται οι γονείς από κοινού με τα παιδιά σε όλες τις πτυχές των παρεμβάσεων. Επίσης, τα περιορισμένα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η εστίαση δεν θα πρέπει να αφορά μόνο στο παιδί και στα μέλη της οικογένειας του, αλλά και στα κοινωνικά και σχολικά δίκτυα του παιδιού (Browne G., *et al*, 2012).

Έτσι, κάθε αξιολόγηση από πλευράς νοσηλευτή ως προς τις ανάγκες κάθε παιδιού, πρέπει να είναι συστημική, έχοντας πάντοτε επίγνωση ότι πρέπει να είναι επικεντρωμένη στο παιδί, καθώς οι γονικές ανάγκες και αντιλήψεις μπορεί να διαφέρουν από αυτό που είναι προς το συμφέρον του παιδιού (Sheehan R., 2017). Τα στοιχεία από τη βιβλιογραφία δείχνουν ότι τα αποτελεσματικότερα μοντέλα διαχείρισης είναι αυτά, στα οποία ο νοσηλευτής δεν περιελάμβανε απλώς τους γονείς, αλλά τους προσέφερε όλες τις υπηρεσίες που χρειάζονταν, συμπεριλαμβανομένης της υποστήριξης και της παροχής συμβουλών. Αυτές οι υπηρεσίες έχαιραν άκρας εκτίμησης από πλευράς οικογένειας, ενώ φαίνεται ότι βοηθούσαν στην ομαλότερη προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο (Browne G., *et al*, 2012).

## **5.2 Προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας**

Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας για τη θεραπεία και φροντίδα των παιδιών και εφήβων που πάσχουν από κάποιο παιδοψυχιατρικό νόσημα, φαίνεται να έχει ενισχυθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι όταν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καλούνται να φροντίσουν παιδιά ή εφήβους, αντιμετωπίζουν κάποιες προκλήσεις. Οι προκλήσεις αυτές προέρχονται από τον μεγάλο αριθμό των παιδιών που χρειάζονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τους πολλούς παράγοντες κινδύνου, στους οποίους εκτίθενται τα παιδιά και οι οικογένειές τους, καθώς και την ανεπαρκή ανταπόκριση της κοινωνίας (Killeen M.R., 1990).

Σε μελέτη των Ramritu P., *et al*, (2002) αναφέρεται ότι το 90% των νοσηλευτών σε ένα γενικό νοσοκομείο αντιμετώπισε προβλήματα στην φροντίδα των εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας και μόνο το 41% αυτών ήταν ικανοποιημένοι από την ικανότητά τους να παρέχουν σχετική φροντίδα. Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο (Watson E., 2006) αναφέρεται, ότι το 79% των νοσηλευτών σε παιδιατρικό νοσοκομείο, δήλωσαν ότι δεν αισθάνονταν έμπειροι στην κάλυψη των αναγκών των νέων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπλέον, μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία, έδειξε ότι σχεδόν το 60% των νοσηλευτών που έχουν εμπλακεί στη φροντίδα

παιδιών σε διάφορα νοσοκομειακά ιδρύματα, εξέφρασε την ανάγκη για παροχή συμβουλευτικής στην αντιμετώπιση των παιδοψυχιατρικών νοσημάτων (Funakoshi A., *et al*, 2017).

Σύμφωνα με τους μελετητές Funakoshi A., *et al*, (2017) μεταξύ των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που φροντίζουν παιδιά και εφήβους που πάσχουν από κάποιο παιδοψυχιατρικό νόσημα, οι συχνότερες περιλαμβάνουν την επιθετική συμπεριφορά των ασθενών, την οικοδόμηση της θεραπευτικής σχέσης και τον εντοπισμό του υποκείμενου νοσήματος. Περισσότερο από το 80% των νοσηλευτών που ασχολούνται με την ψυχιατρική περίθαλψη παιδιών και εφήβων έχουν εμπλακεί σε επεισόδια επιθετικότητας και πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν επακόλουθα συναισθηματικά και επαγγελματικά προβλήματα, που συνδέονται με την άσκηση των καθηκόντων τους. Μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και προβλημάτων φαίνεται πως αντιμετωπίζουν στην κλινική πρακτική τους και οι νοσηλευτές που δουλεύουν με νεαρούς ψυχωσικούς ασθενείς. Παράλληλα, οι νοσηλευτές χωρίς προηγούμενη εμπειρία, που τοποθετούνται αρχικά σε ψυχιατρικές μονάδες παιδιών και εφήβων φαίνεται πως επηρεάζονται έντονα από τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η φροντίδα αυτής της ομάδας των ασθενών.

Περαιτέρω, οι νοσηλευτές αισθάνονται έλλειψη εμπιστοσύνης στις δυνατότητες τους και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη φροντίδα των παιδιών και των εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας, αναφέροντας ότι η προετοιμασία τους για τη διαχείριση τους είναι ανεπαρκής. Σε μία μελέτη στην Ιαπωνία (Funakoshi A., *et al*, 2017), το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν στην παιδιατρική μονάδα ενός γενικού νοσοκομείου ανέφερε ότι δεν αισθάνονταν επαρκώς προετοιμασμένο για τη διαχείριση παιδιών με σύνθετα συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα, ενώ εξέφρασαν ότι είχαν λάβει ανεπαρκή εξειδίκευση για την προστασία της ασφάλειας των παιδιών. Επιπλέον, σε μελέτη του ο Watson E., (2006) ανέφερε ότι το 88% των νοσηλευτών δήλωσε, ότι η κατάρτιση σε θέματα ψυχικής υγείας ήταν απαραίτητη για όλους τους νοσοκόμους που εργαζόνταν σε παιδιατρικό περιβάλλον.

Ένας από τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό, είναι ότι η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας με εξειδίκευση στα παιδιά και τους εφήβους, δεν έχει τοποθετηθεί στο αναλυτικό πρόγραμμα των σχολών Νοσηλευτικής (Funakoshi A., *et al*, 2017). Τα ερευνητικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι το χάσμα μεταξύ των αναγκών για υπηρεσίες

ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών που λαμβάνουν τα παιδιά και οι έφηβοι, δεν προκύπτει από την άγνοια, αλλά από την έλλειψη δέσμευσης για την παροχή ενός συντονισμένου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι νοσηλευτές είναι από τους πλέον κατάλληλους επαγγελματίες για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών για ένα συντονισμένο σύστημα φροντίδας, αλλά δεν θεωρούνται ότι διαθέτουν την απαραίτητη εμπειρογνωμοσύνη για την προαγωγή παιδικής ψυχικής υγείας, τόσο από το κοινό, όσο και από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Οι νοσηλευτές από πλευράς τους, μπορούν να αποδείξουν ότι η δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων Νοσηλευτικής ειδικά για τα παιδοψυχιατρικά νοσήματα, θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, διεξάγοντας ερευνητικά προγράμματα για τη διερεύνηση της επιτυχίας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, αλλά και εκπαιδύοντας τους νέους νοσηλευτές, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους με τον πιο αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό τρόπο. Τέλος, οι νοσηλευτές, θα πρέπει να προβάλουν τις επιτυχίες τους, έτσι ώστε το κοινό να αναγνωρίζει το ρόλο της νοσηλευτικής στην προώθηση της ψυχικής υγείας των παιδιών (Killeen M.R., 1990).

Σε μελέτη Killeen M.R. (1990) ανέφερε ότι από επαγγελματικής άποψης, η εγγύηση ότι οι νοσηλευτές σε κάποια παιδοψυχιατρική κλινική διαθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για τη φροντίδα των νέων και των οικογενειών που αντιμετωπίζουν μία σειρά πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, έχει σημαντικές επιπτώσεις στον τρόπο διάρθρωσης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της Νοσηλευτικής της Ψυχικής Υγείας. Στην ίδια κατεύθυνση οι Funakoshi *et al.* (2017) υποστηρίζουν ότι είναι απαραίτητο πλέον, να παρέχονται αποτελεσματικά εκπαιδευτικά προγράμματα, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις διαφοροποιημένες ανάγκες φροντίδας των παιδιών και εφήβων (Funakoshi A., *et al*, 2017).

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### Συμπεράσματα

Βάσει εκτιμήσεων τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα συμβάλουν σημαντικά στο παγκόσμιο βάρος των ασθενειών κατά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Ειδικότερα για τα παιδιά και τους εφήβους ορισμένα παιδοψυχιατρικά νοσήματα είναι τόσο διαδεδομένα, όσο ορισμένες κοινές ασθένειες όπως ο διαβήτης. Έτσι, καθίσταται σαφές ότι είναι αναγκαία η παροχή ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής φροντίδας σε αυτή την ομάδα ασθενών, προκειμένου να προληφθούν σοβαρότερα ψυχιατρικά νοσήματα στην ενήλικη ζωή τους, τα οποία συνεπάγονται σημαντική επιβάρυνση τόσο για τα ίδια τα παιδιά, τις οικογένειες τους, αλλά και την κοινωνία εν γένει.

Αναφορικά με το **πρώτο ερευνητικό ερώτημα**, αναδύεται η σημασία του ρόλου του νοσηλευτή, ο οποίος λόγω της εγγύτητας του με το παιδί είναι σε θέση να δημιουργήσει ένα θεραπευτικό κλίμα που προσφέρεται για θεραπευτική αλλαγή και ίαση. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι ιδανικοί για την πλήρωση αυτού του αναδυόμενου ρόλου στην υποστήριξη και φροντίδα των παιδιών με διαταραχές της αγωγής ή κάποιο παιδοψυχιατρικό νόσημα. Η εκπαίδευση και το υπόβαθρο των νοσοκόμων ψυχικής υγείας σημαίνει ότι μπορούν να προσφέρουν θεραπείες που απευθύνονται σε ολόκληρη την οικογένεια, αλλά και εκπαίδευση τόσο για τους γονείς, όσο και τους εκπαιδευτικούς. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι οι πλέον κατάλληλοι να προσφέρουν τέτοιου είδους υπηρεσίες εξαιτίας του ευρέος φάσματος που καλύπτει η νοσηλευτική πρακτική, του συνδυασμού κλινικών δεξιοτήτων και της εμπειρίας που διαθέτουν στον συντονισμό.

Όσον αφορά το **δεύτερο ερευνητικό ερώτημα**, η πρόκληση για τους νοσηλευτές στην τρέχουσα συγκυρία, είναι ο ορισμός του έργου που επιτελούν με μεγαλύτερη σαφήνεια και η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων που αποδεικνύονται αποτελεσματικές ή μη κατά την υποστήριξη και φροντίδα των παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς και ψυχικές ασθένειες. Υπό αυτό το πρίσμα, οι νοσηλευτές καλούνται να επενδύσουν περισσότερο στην αξιολόγηση και την ανάπτυξη των παραμέτρων εκείνων που περικλείονται στη νοσηλευτική πρακτική, δημιουργώντας ένα δίκτυο ασφαλείας, ένα κλίμα επικοινωνίας και εμπιστοσύνης, ώστε να βοηθήσουν ουσιαστικά το παιδί που νοσεί. Σε κάθε περίπτωση, και προκειμένου οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να

επιτελέσουν το πολύτιμο έργο τους, απαραίτητη κρίνεται η επένδυση στην κατάρτιση και εκπαίδευση τους, ώστε να εφοδιαστούν με όλα τα απαραίτητα εφόδια.



## Βιβλιογραφία

### Ξένη βιβλιογραφία

- AACAP (2007) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 46(1):16-141.
- Al-Biltagi M. & Sarhan E.A. (2016) Anxiety Disorder in Children: Review. *J.Paedi.Care.Inol*; 1(1): 18-28.
- American Psychiatric Association, (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5<sup>th</sup> Edition). Washington DC., USA: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos A.D., Barkley R.A., & Shelton T.L. (1994) The history and diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Therapeutic Care and Education*; 3:96-110.
- Arnett J.J. (2006) G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and Nonsense. *History of Psychology*; 9(3):186–197.
- Ayano G. (2016) Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. Ανάκτηση την 19.04.2019, από <https://symbiosisonlinepublishing.com/psychology/psychology31.pdf>
- Bakhla A.K., Sinha P., Sharan R., Binay Y., Verma V. & Chaudhury S. (2013) Anxiety in school students: Role of parenting and gender. *Ind Psychiatry J.*; 22(2):131-137.
- Barkley A.R. (2002) Major Life Activity and Health Outcomes Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*; 63 (Suppl 12):10-5. Ανάκτηση την 28.03.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/10922060\\_Major\\_life\\_activity\\_and\\_health\\_outcomes\\_associated\\_with\\_Attention-DeficitHyperactivity\\_Disorder](https://www.researchgate.net/publication/10922060_Major_life_activity_and_health_outcomes_associated_with_Attention-DeficitHyperactivity_Disorder)
- Beardslee W.R. & Gladstone, T.R. (2001) Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects. *Biol Psychiatry*; 49(12):1101-1111.

- Bor W., Dean A., Najman J., & Hayatbakhsh R. (2014) Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 4(87):606-616.
- Bradfield B.C. (2010) Bipolar Mood Disorder in children and adolescents: in search of theoretic, therapeutic and diagnostic clarity. *South African Journal of Psychology*; 40(3); 241-249. Ανάκτηση την 26.04.2019, από <https://pdfs.semanticscholar.org/b51d/1b172a8d5b572b82fbd420ea375a7c0369ea.pdf>
- Browne G., Cashin A., & Graham I. (2012) Models of case management for working with young children: Implications for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing* (21):123-130.
- Buitelaar J.K., Smeets K.C., Herpers P., Scheepers F., Glennon J. & Rommelse N.J. (2013). Conduct Disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 22 (Suppl 1):49–54. Ανάκτηση την 16.04.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/233886725\\_Conduct\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/233886725_Conduct_disorders)
- Burke J., & Loeber R. (2010) Oppositional Defiant Disorder and the explanation of the comorbidity between behavioral disorders and Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 17:319-326.
- Burke J.D., Hipwell A.E. & Loeber R. (2010) Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 49:484-492.
- Canino G., Polanczyk G., Bauermeister J.J., Rohde L.A., & Frick P.J. (2010) Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 45:695–704. doi:10.1007/s00127-010-0242-y
- Center for Disease Control and Prevention (2015) *Middle Childhood (6-8 years of age)*. Ανάκτηση την 24.04.2019, από <http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/middle.html>

Centers for Disease Control and Prevention (2013) Mental health surveillance among children — United States 2005–2011. *MMWR* (Suppl; May 16), 1-35.

Charles J. & Fazeli M. (2017) Depression in children. *AFP*; 46(12):901-907. Ανάκτηση την 15.04.2019, από <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2017/December/AFP-2017-12-Focus-Depression.pdf>

Child Mind Institute (2018) *Understanding Anxiety in Children and Teens*. 2018 Children's Mental Health Report. Ανάκτηση την 24.04.2019, από <http://www.infocoonline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>

Clark M., Jansen K. & Cloy A. (2012) Treatment of Childhood and Adolescent Depression. *AmFamPhysician*; 85(5):442-448. Ανάκτηση την 14.04.2019, από <https://www.aafp.org/afp/2012/0901/p442.pdf>

Comer J.S., Gallo K.P., Korathu-Larson P., Pincus D.B. & Brown T.A. (2012) Specifying child anxiety disorders not otherwise specified in the DSM-IV. *Depress Anxiety*; 29(12):1004-13.

Connolly S.D. & Bernstein G.A. (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 46(2):267-83.

Constantino J.N. (2016) Child maltreatment prevention and the scope of child and adolescent psychiatry. *Child AdolescPsychiatrClin N Am*; 2:157–165. Ανάκτηση την 14.04.2019, από <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105649931500108X?via%3Dihub>

Cox J.H., Seri S. & Cavanna A.E. (2014) Clinical Guidelines on Long-Term Pharmacotherapy for Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *J. Clin. Med*; 3:135-143. Ανάκτηση την 26.04.2019, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449672/pdf/jcm-03-00135.pdf>

Cuellar A. (2015) Preventing and Treating Child Mental Health Problems. *The Future of Children*; 25(1):111-134. Ανάκτηση την 28.04.2019, από

<https://pdfs.semanticscholar.org/e83c/7e08fbf2eac58268bd9046614d85eeb6685b.pdf>

- Curtis D.F., Elkins S.R., Areizaga M., Miller S., Brestan-Knight E., & Thornberry T. (2015) Oppositional Defiant Disorder. In Kapalka, G.M., *Disruptive Disorders and Behaviors: A Concise Guide to Psychological, Pharmacological and Integrative Treatments* (pp. 99-119). New York: Routledge. Ανάκτηση την 11.04.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/297909465\\_Oppositional\\_Defiant\\_Disorder/download](https://www.researchgate.net/publication/297909465_Oppositional_Defiant_Disorder/download)
- Delaney K. & Staten R. (2010) Prevention Approaches in Child Mental Health Disorders. *NursClin N Am*; 521-539.
- Egger H.L., & Angold A. (2006) Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 47:313-337.
- Elliott V. & Vostanis P. (2009) Working with vulnerable children and young people. In Dogra, N. & Leighton, S. *Nursing in Child and Adolescent Mental Health*. Berkshire: McGraw-Hill. Open University Press
- Faraone S.V., Doyle A.E. & Knoerzer J.A. (2001) Heritability of attention-deficit deficit/hyperactivity disorder. *Economics of Neuroscience*; 3:54–57.
- Faraone S.V., Perlis R.H., Doyle A.E., Smoller J.W., Goralnick J.J., Holmgren M.A. *et al.* (2005) Molecular Genetics of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*; 57:1313–1323.
- Faraone S.V., Sergeant J., Gillberg C. & Biederman J. (2003) The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*; 2:104- 113.
- Farreras I. G. (2019) History of mental illness. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. Ανάκτηση την 01.02.2019, από <https://nobaproject.com/modules/history-of-mental-illness>

- Ford T., Goodman R. & Meltzer H. (2003) The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42:1203-1211.
- Fraser A. & Wray J. (2008). Oppositional defiant disorder. Reprinted from *Australian Family Physician*; 37(4). Ανάκτηση την 10.03.2019, από <https://www.racgp.org.au/afp/200806/200806fraser.pdf>
- Frick P.J. (2016) Current research on conduct disorder in children and adolescents. *South African Journal of Psychology* ; 46(2):160–174. Ανάκτηση την 16.04.2019, από <https://sites01.lsu.edu/faculty/pfricklab/wp-content/uploads/sites/100/2016/06/SAJP-2016-Conduct-Disorder-Review.pdf>
- Frick P.J., Stickle T.R., Dandreaux D. M., Farrell J.M., & Kimonis E. R. (2005) Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 33:471–487. doi:10.1007/s10648-005-5728-9
- Froehlich T.E., Lanphear B.P., Epstein J.N., Barbaresi W.J., Katusic S.K. & Kahn R.S. (2007) Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*.2007; 161:857-864.
- Funakoshi A., Tsunoda A. & Hada Y. (2017) Training of children and adolescents' mental health nursing for nursing students in Japan. *Journal of Nursing Education and Practice*; 7(9):34-41. Ανάκτηση την 20.05.2019, από <https://pdfs.semanticscholar.org/02bc/16746db06813293bb0d5b88b18c5adcc4497.pdf>
- Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., & Sartorius N. (2015) Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*; 14(2): 231–233. doi:10.1002/wps.20231.
- Geller B., Zimmerman B., Williams M, *et al.* (2001) Bi-polar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry*; 158:125-127.

- Goldstein T.R., Axelson D.A., Birmaher B. & Brent D.A. (2007) Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 46(7): 820–830.
- Gonzalez-Tejera G., Canino G., Ramirez R. *et al.* (2005) Examining minor and major depression in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*; 46:888-899.
- Gracious B.L., Chirieac M.C., Costescu S., Finucane T.L., Youngstrom E. A. & Hibbeln J.R. Randomized, placebo controlled trial of flax oil in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disorders*; 12(2):142–154.
- Greene R.W., Biederman J., Zerwas S., Monuteaux M.C., Goring J.C. & Faraone S.V. (2002) Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*; 159(7):1214-1224.
- Grisso T. (2008) Adolescent offenders with mental disorders. *Future of Children*; 18(2):143-164.
- Hamilton S.S. & Armando J. (2008) Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician*. 2008; 78(7):861-866, 867-868. Ανάκτηση την 11.04.2019, από <https://pdfs.semanticscholar.org/e12a/4ae1a1bd2fd811185c2ade455eb418e392ad.pdf>
- Hiscock H., Bayer J.K., Lycett K., Ukoumunne O.C., Shaw D., Gold L., Gerner B., Loughman A. & Wake M. (2012) Preventing mental health problems in children: the Families in Mind population-based cluster randomised controlled trial. *BMCPublicHealth*; 12:420. Ανάκτηση την 10.04.2019, από <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-420>
- Jutras M. Historical Perspectives on the Theories, Diagnosis, and Treatment of Mental Illness. *BCMj*; 59(2):86-88. Ανάκτηση την 15.03.2019, από <https://www.bcmj.org/mds-be/historical-perspectives-theories-diagnosis-and-treatment-mental-illness>
- Kessler R., Amminger G., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., & Ustun T. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin*; 20, 359-364.

- Kieling C., Baker-Henningham H., & Belfer M.E. (2011) Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*; 378:1515-1525.
- Killeen M.R. (1990) Challenges and choices in child and adolescent mental health-psychiatric nursing. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs*;3(4):113-9.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E., Harrington H., Milne B.J. & Poulton R. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*; 60:709-717.
- Koppelman J. (2004) *Children with Mental Disorders: Making Sense of Their Needs and the Systems That Help Them*. NHPFIssueBrief No799. Ανάκτηση 12.12.2018, από [http://www.nhpf.org/library/issue-briefs/IB799\\_ChildMentalHealth.pdf](http://www.nhpf.org/library/issue-briefs/IB799_ChildMentalHealth.pdf)
- Kowatch R., Youngstrom E., Danielyan A. & Findling R. (2005) Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*; 7:483-496.
- Lakizawa R., Maughan B. & Arseneault L. (2014) Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *AmJPsychiatry*; 171(7):777-784. Ανάκτηση την 30.04.2019, από <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>
- Leibson C.L., Katusic S.K., Barbaresi W.M.J. *et al.* (2001) Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*; 285(1):60-66.
- Lewinsohn P., Shankman S., Gau J. & Klein D. (2004) The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med.*; 34:613-622
- Lima N.N.R., do Nascimento B.V., de Carvalho S.M.F., de Abreu L.C., Neto M.L.R., Brasil A.Q., Celestino Jr., F.T., de Oliveira G.F. & Reis A.O.A. (2013) Childhood depression: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*; 9:1417-1425.
- Loeber R., Burke J.D. & Pardini D.A. (2009) Development and Etiology of Disruptive and Delinquent Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*; 5:291-310.

- Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Krause E.D. (2002) The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 9:2–12.
- Lyall K., Croen L., Daniels J., Fallin M.D., Ladd-Acosta C., Lee B.K., Park B.Y., Snyder N.W., Schendel D., Volk H., Windham G.C. & Newschaffer C. (2017) The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annu Rev Public Health*; 38:81-102
- Mah V.K., & Ford-Jones E.L. (2012) Spotlight on middle childhood: Rejuvenating the “forgotten years”. *Paediatrics & Child Health*; 17(2):81–83.
- Malhotra S. & Das P.P. (2007) Understanding Childhood Depression. *Indian J Med Res*; 125:115-128. Ανάκτηση την 15.04.2019, από <http://medind.nic.in/iby/t07/i2/ibyt07i2p115.pdf>
- Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Evolving definitions of mental illness and wellness. *Prev Chronic Dis* 2010; 7(1).
- Martel M.M., Nikolas M., Jernigan K., Friderici K. & Nigg J.T. (2012) Diversity in pathways to common childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 40:1223–1236.
- Maughan B., Collishaw S. & Stringaris A. (2013) Depression in Childhood and Adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 22(1):35-40. Ανάκτηση την 15.04.2019, [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/pdf/ccap22\\_1p0035.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/pdf/ccap22_1p0035.pdf)
- McClellan J. (2005) Commentary: Treatment guidelines for child and adolescent bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 44(3):236-269.
- McClellan J., Kowatch R.A. & Findling R.L. (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 46:107–125.



- McShane G., Mihalich M., Walter G. & Rey J. (2006) Outcome of patients with unipolar, bipolar and psychotic disorders admitted to a specialist child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*; 14(2):198-201.
- Meaney M.J. (2010) Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Dev.*; 81(1):41–79.
- Merikangas K., Nakamura E., & Kessler R. (2009) Epidemiology of mental disorders in children. *Dialogues in Clinical Neuroscience*; 11(1):7-21.
- Messer S.B., & Wampold B.E. (2002) Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 9(1):21–25.
- Mohan L. & Ray S. (2019) Conduct Disorder. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Ανάκτηση την 10.04.2019, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470238/>
- Moreno- Poyato A.R., Delgado-Hito P., Suárez- Pérez R., Leyva- Moral J.M., Aceña-Domínguez R., Carreras-Salvador R., Montesó- Curto P. (2017) Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC nursing*; 16(1). doi:10.1186/s12912-016-0197-8.
- Moreno C. (2017) Prevention in child and adolescent psychiatry: are we there yet? *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 26:267. Ανάκτηση την 29.04.2019, από <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0960-8>
- Munkvold L.H., Lundervold A.J. & Manger T. (2011) Oppositional Defiant Disorder – gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 39:577-587.
- Murphey D., Barry M. & Vaughn B. (2013) *Mental Health Disorders, Adolescent Health Highlights*. Ανάκτηση την 11.12.2018, από [https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child\\_Trends-2013\\_01\\_01\\_AHH\\_MentalDisordersl.pdf](https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2013_01_01_AHH_MentalDisordersl.pdf)

- Murphy M., & Fonagy P. (2012) Mental health problems in children and young people. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012, Our Children Deserve Better: Prevention Pays. Ανάκτηση 12.03.2019, από [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/252660/33571\\_2901304\\_CMO\\_Chapter\\_10.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252660/33571_2901304_CMO_Chapter_10.pdf)
- Myers S., & Johnson C. (2007) Management of children with autism. *Pediatrics*, 120(5), 1162-1182.
- Nardi D.A. (2007) Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv*; 45:48–52.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005) Depression in children and young people. London: NICE, 2005. Ανάκτηση την 10.04.2019, από [www.nice.org.uk/guidance/cg28](http://www.nice.org.uk/guidance/cg28) .
- Newton J. (2015) Prevention of mental illness must start in childhood: growing up feeling safe and protected from harm. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*; 65(633):209–210. Ανάκτηση την 29.04.2019, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377598/>
- Ollendick T.H. & Seligman L. (2012) Anxiety disorders. In *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, ed. Christopher Gillberg. Ανάκτηση την 18.04.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/226305794\\_Anxiety-Children](https://www.researchgate.net/publication/226305794_Anxiety-Children)
- Parry-Jones W.L. (1989) Annotation. The history of child and adolescent psychiatry: its present day relevance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 30:3-11.
- Pelham E.W.Jr, Fabiano A.G. & Massetti M.G. (2005) Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 34(3):449-76.
- Pompili M. Gonda X. Serafini G. Innamorati M. Sher L. Amore M. Rihmer Z. & Girardi P. (2012) Epidemiology of suicide in bipolar disorders: A systematic review of the literature. *Bipolar Disord*; 15:457–490.

- Raine A. (2002) Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry*; 43(4):417-434.
- Ramritu P., Courtney M., Stanley T. & Finlayson K. (2002) Experiences of the generalist nurse caring for adolescents with mental health problems. *Journal of Child Health Care*; 6(4):229–244.
- Renk K., White R., Lauer B.A., McSwiggan M., Puff J. & Lowell A. (2014) Bipolar Disorder in Children. *Psychiatry Journal*. Ανάκτηση την 26.04.2019, από <https://pdfs.semanticscholar.org/675c/8c98223bc56e5a2467ece749e12289c2f183.pdf>
- Rey J., Assumpção F., Bernad C., Çuhadaroğlu F., Evans B., Fung D. *et al.* (2015) History of child and adolescent psychiatry. Στο J. Rey (Επιμ.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied. Ανάκτηση 12.03.2019, από <http://iacapap.org/wp-content/uploads/J.10-History-Child-Psychiatry-2015.pdf>
- Richardson L.P. & Katzenellenbogen R. (2005) Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *CurrProblPediatrAdolesc Health Care*; 35(1):6-24.
- Rizvi S., Ong M.L. & Youngstrom E.A. (2014) Bipolar disorder in children and adolescents: an update on diagnosis. *Clin. Pract.*; 11(6):665–676. Ανάκτηση την 26.04.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/270884421\\_Bipolar\\_disorder\\_in\\_children\\_and\\_adolescents\\_An\\_update\\_on\\_diagnosis](https://www.researchgate.net/publication/270884421_Bipolar_disorder_in_children_and_adolescents_An_update_on_diagnosis)
- Rowe R., Costello E.J., Angold A., Copeland W.E. & Mauhan B. (2010) Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*; 119:726-738.

- Rutter M. (2002) Nature, Nurture, and Development: from Evangelism through Science towards Policy & Practice. *Child Development*; 73(1): 1-21. Ανάκτηση την 12.02.2019, από <http://www.pitt.edu/~strauss/rutter.nature.nurture.cd02.pdf>
- Sagvolden T., Johansen B.E., Aase H. & Russell A.V. (2005) A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences* 28(3):397-419. Ανάκτηση την 28.03.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/7555479\\_A\\_dynamic\\_developmental\\_theory\\_of\\_ADHD\\_predominantly\\_hyperactiveimpulsive\\_and\\_combined\\_subtypes\\_Behav\\_Brain\\_Sci](https://www.researchgate.net/publication/7555479_A_dynamic_developmental_theory_of_ADHD_predominantly_hyperactiveimpulsive_and_combined_subtypes_Behav_Brain_Sci)
- Schowalte J. (2003) A history of child and adolescent psychiatry in the United States. *Psychiatric Times*, 20(9).
- Scott J.G., Mihalopoulos C., Erskine H.E., *et al.* (2016) Childhood Mental and Developmental Disorders. In: Patel, V., Chisholm, D., Dua, T.*et al.*, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities*. Third Edition (Volume 4). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; Chapter 8. Ανάκτηση την 10.04.2019, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361938/>
- Scott S., Knapp M., Henderson J., *et al.* (2002) Financial cost of social exclusion: follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*; 322:191-195.
- Searight R.H., Rottnek F. & Pharm S.A. (2001) Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care. *AmFamPhysician*; 63:1579-88. Ανάκτηση την 16.04.2019, από <https://pdfs.semanticscholar.org/72d1/30ca500675a60208e46a8c9b5a570ed45450.pdf>
- Shastri P.C. (2009) Promotion and prevention in child mental health. *Indian journal of psychiatry*; 51(2):88–95. Ανάκτηση την 23.04.2019, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755174/>

- Sheehan R. (2017) Mental Illness in Children. *Childhood Illness and Brain Sci.*; 7(97):1-4.
- Sommer I.E., Bearden C.E., van Dellen E., Breetvelt E.J., Duijff S.N., Maijer K., van Amelsvoort T., de Haan L., Gur R.E, Arango C., Díaz-Caneja C.M., Vinkers C.H. & Vorstman J.A. (2016) Early interventions in risk groups for schizophrenia: what are we waiting for? *NPJ Schizophr*; 2:16003.
- Steiner H. & Remsing L. (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 46(1):126-141.
- Stoep A.V., Adrian M.C., Rhew I.C., McCauley E., Herting J.R., & Kraemer H.C. (2012) Identifying comorbid depression and disruptive behavior disorders: Comparison of two approaches used in adolescent studies. *Journal of Psychiatric Research*; 46:873-881.
- Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., & Thapar A.K. (2012) Depression in adolescence. *Lancet*; 379:1056-1067.
- The Mental Health Foundation (2000). *AllaboutADHD*. Ανάκτηση την 15.04.2019, από [https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/all\\_about\\_adhd.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/all_about_adhd.pdf)
- Thomas L. (2017) Nursing children and young people: what mental health training is required? *British Journal of Nursing*; 26(4):234-237.
- Tracy N. (2015) *The History of Mental Illness*. HealthyPlace. Ανάκτηση την 01.03.2019, από <https://www.healthyplace.com/other-info/mental-illness-overview/the-history-of-mental-illness>
- Vaillant G. (2015) Mental Health. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1373–1384. Ανάκτηση την 02.03.2019, από <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>
- Watson E. (2006) CAMHS liaison: supporting care in general paediatric settings. *Pediatric Nursing*; 18(1): 30-33.
- Weiss B. & Garber J. (2003) Developmental differences in the phenomenology of depression. *Dev Psychopathol*; 15(2):403–30.

- Woodward L.J. & Fergusson D.M. (2001) Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40(9):1086-1093.
- World Health Organization. (2003) *Caring for children and adolescents with mental disorders - Setting WHO directions*. Ανάκτηση 10.01.2019, από [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)
- World Health Organization. (2004) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Ανάκτηση την 10.01.2019, από [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- World Health Organization. (2005) *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Ανάκτηση την 10.12.2019, από [https://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)
- World Health Organization. (2013) *European report on preventing child maltreatment*. Ανάκτηση την 27.04.2019, από [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf)
- Youngstrom E.A., Arnold L.E. & Frazier T.W. (2010) Bipolar and ADHD comorbidity: both artifact and outgrowth of shared mechanisms. *Clin. Psychol*; 17(4): 350–359.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Autism Speaks (2018). *Τι είναι ο Αυτισμός; Μία επισκόπηση*. Ανάκτηση την 27.03.2019, από [https://autismhellas.gr/wp-content/uploads/2018/03/be\\_informed.pdf](https://autismhellas.gr/wp-content/uploads/2018/03/be_informed.pdf)
- Cohen L., & Manion L. (1997) Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. In Χ. Μητσόπουλος. Αθήνα: Έκφραση.
- Dewit S. (2009) *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτικές*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Αντωνίου Α. (2014) Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στους μαθητές, Αιτιολογικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*: 623-630. Ανάκτηση την 10.03.2019, από <http://dx.doi.org/10.12681/edusc.408>
- Ασημόπουλος Χ. (2014) *Κοινωνική Εργασία στην υγεία και ψυχική υγεία. Ενότητα 1: Ψυχική υγεία - Εννοιολογική προσέγγιση - Μύθοι και αλήθειες - Αντιμετώπιση στο παρελθόν*. Ανάκτηση την 10.03.2019, από [https://ocp.teiath.gr/modules/document/file.php/TKE\\_UNDER107/%CE%95%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%85%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/1\\_%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1\\_%CE%BA%CE%B1%CE%B9\\_%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%28%CE%95%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%BD%CF%8C\\_14%29.pptx](https://ocp.teiath.gr/modules/document/file.php/TKE_UNDER107/%CE%95%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%85%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/1_%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%28%CE%95%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%BD%CF%8C_14%29.pptx)
- Ζαφειριάδου Ε. & Γαλανάκη Ε. (2017) Εναντιωματική προκλητική διαταραχή των παιδιών: Ο ρόλος του εκπαιδευτικού και του σχολείου. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*; 1:227-242. Ανάκτηση την 14.04.2019, από

[https://www.researchgate.net/publication/331583509\\_Enantiomatike\\_prokletike\\_diatarache\\_ton\\_paidion\\_O\\_rolos\\_tou\\_ekpaideutikou\\_kai\\_tou\\_scholeiou/download](https://www.researchgate.net/publication/331583509_Enantiomatike_prokletike_diatarache_ton_paidion_O_rolos_tou_ekpaideutikou_kai_tou_scholeiou/download)

Κολαίτης Γ. (2014) Επιπτώσεις της ελλιπούς ανίχνευσης/ αναγνώρισης/ διάγνωσης και αντιμετώπισης των Διαταραχών Προσοχής και Συμπεριφοράς. Εισήγηση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο: *ΔΕΠΥ και προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολικό περιβάλλον: Αξιολόγηση και Τεχνικές Διαχείρισης*. Ανάκτηση την 11.03.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/278668508\\_Basikes\\_arches\\_katanoeses\\_tes\\_anaptyxes\\_ton\\_diatarachon\\_symperiphoras\\_sto\\_scholiko\\_periballon](https://www.researchgate.net/publication/278668508_Basikes_arches_katanoeses_tes_anaptyxes_ton_diatarachon_symperiphoras_sto_scholiko_periballon)

Μάνου Γ. (2008) *Μουσική ως εναλλακτικό μέσο παιδαγωγικής παρέμβασης σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Νότας Σ. (2005) *Το Φάσμα του Αυτισμού. Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Ένας οδηγός για την οικογένεια*. Για το Σύλλογο Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας. Ανάκτηση την 27.03.2019, από [https://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/2040/663\\_01\\_to%20fasma\\_diaxites%20anaptixiakes.pdf](https://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/2040/663_01_to%20fasma_diaxites%20anaptixiakes.pdf)

Νότας Σ. (2017) *Αυτισμός*. Για το Σύλλογο Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας. Ανάκτηση την 27.03.2019, από [http://www.autismthessaly.gr/wp-content/uploads/2017/04/Q\\_A\\_autism.pdf](http://www.autismthessaly.gr/wp-content/uploads/2017/04/Q_A_autism.pdf)

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε. & Χριστοδούλου Γ. (2001) Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 18(3):239-253.

Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ. (2008) Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιών με Κατάθλιψη. *Νοσηλευτική*; 47(4):458-470.

Παπαγεωργίου Β. (2017) *Αυτισμός*. Για το Σύλλογο Γονέων Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας. Ανάκτηση την 27.03.2019, από [http://www.autismthessaly.gr/wp-content/uploads/2017/04/Q\\_A\\_autism.pdf](http://www.autismthessaly.gr/wp-content/uploads/2017/04/Q_A_autism.pdf)

Περβανίδου Π. (2014) Νευροβιολογικά Δεδομένα και Παράγοντες Κίνδυνου. Εισήγηση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο: *ΔΕΠΥ και προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολικό*



περιβάλλον: Αξιολόγηση και Τεχνικές Διαχείρισης. Ανάκτηση την 11.03.2019, από [https://www.researchgate.net/publication/278668508\\_Basikes\\_arches\\_katanoeses\\_tes\\_anaptyxes\\_ton\\_diatarachon\\_symperiphoras\\_sto\\_scholiko\\_periballon](https://www.researchgate.net/publication/278668508_Basikes_arches_katanoeses_tes_anaptyxes_ton_diatarachon_symperiphoras_sto_scholiko_periballon)

Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ.Α. & Παπαδημητρίου Γ.Ν. (2012) Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 29(5):562-576. Ανάκτηση την 11.03.2019, από <https://www.mednet.gr/archives/2012-5/pdf/562.pdf>