

Ψυχικές διαταραχές των μαθητών του Ειδικού Γυμνασίου με ειδικές λυκειακές τάξεις της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδιών-Εφήβων του Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Γεώργιος Κατσιμάνης¹, Χρυσούλα Δεληγιαννίδου², Γεώργιος Κώτσικας¹,
Μαγδαληνή Καραγιάννη³

¹Εκπαιδευτικός Ειδικής Φυσικής Αγωγής, Μ. Sc., Ειδικό Γυμνάσιο με Ειδικές Λυκειακές Τάξεις του Ψυχιατρικού Τμήματος Παιδιών & Εφήβων Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

²Φιλολόγος Ειδικής Αγωγής, Μ. Phil., Ειδικό Γυμνάσιο με Ειδικές Λυκειακές Τάξεις του Ψυχιατρικού Τμήματος Παιδιών & Εφήβων Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

³Ψυχίατρος Παιδιών & Εφήβων, Διευθύντρια Ε. Σ. Υ., Δρ. Ιατρικής ΑΠΘ, Γ. Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Περίληψη

Το Ειδικό Γυμνάσιο με Ειδικές Λυκειακές Τάξεις της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδιών- Εφήβων του Νοσοκομείου Παπανικολάου, παρέχει εκπαιδευτική υποστήριξη σε μαθητές ηλικίας 12-18 ετών.

Σκοπός του άρθρου είναι να καταγράψει και να παρουσιάσει στατιστικά τις ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζουν οι νοσηλευόμενοι μαθητές/τριες του σχολείου τα τελευταία 8 έτη, καθώς και να αναδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία εισαγωγής τους στην Ψυχιατρική Κλινική.

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε περίπου ίσος αριθμός νοσηλειών αγοριών (130) και κοριτσιών (131). Συχνότερα, σε ποσοστό περίπου 30%, καταγράφηκαν διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία και ακολουθούσαν οι διαταραχές της διάθεσης σε ποσοστό περίπου 28%. Οι ψυχωτικές διαταραχές παρατηρήθηκαν σε ποσοστό περίπου 15%, ενώ νευρωσικές, συνδεδεμένες με το stress, και σωματόμορφες διαταραχές στο 11% του μαθητικού πληθυσμού.

Συμπερασματικά, τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών που εμφανίζει ο νοσηλευόμενος μαθητικός πληθυσμός του

σχολείου μας κατά την τελευταία 8ετία διαφοροποιούνται από εκείνα των ψυχικών διαταραχών που επικρατούν σε εφήβους του γενικού πληθυσμού ή εξωτερικούς ασθενείς.

Ως προς τις διαφορές φύλου, οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι αναπτυξιακές διαταραχές παρατηρούνται συχνότερα στα αγόρια, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία συχνότερα στα κορίτσια.

Ο μέσος όρος ηλικίας εισαγωγής στην Ψυχιατρική Κλινική ήταν περίπου τα 16 έτη, ηλικία που αντιστοιχεί σε μαθητή/τρια που ολοκληρώνει την Α΄ ή ξεκινά τη Β΄ Λυκείου.

Τέλος, η παρατήρηση και η εμπειρία έδειξαν ότι η λειτουργία σχολείου μέσα στο νοσοκομείο προσφέρει μια αίσθηση «φυσιολογικότητας», διότι η συνέχιση της εκπαίδευσης στο νοσοκομειακό σχολείο προωθεί τη νοτική ανάπτυξη, την ψυχοκοινωνική ευεξία και την αίσθηση της επαφής με τη σχολική ζωή ως μέρος μιας φυσιολογικής καθημερινότητας.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχικές Διαταραχές, Έφηβοι, Σχολείο, Νοσοκομείο

Εισαγωγή

Ως εφηβεία ορίζεται η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικί-

ωσή του. Έτσι η εφηβεία από τη σύγχρονη ψυχιατρική σκοπιά αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήβης, διά μέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών (Αναγνωστόπουλος και Λαζαράτου, 1998; Αναγνωστόπουλος και Λαζαράτου, 2005).

Αν και η μετάβαση προς την ενηλικίωση ολοκληρώνεται επιτυχώς για τους περισσότερους εφήβους, ωστόσο η εφηβεία είναι μία χρονική περίοδος κατά την οποία εμφανίζονται διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών που εμφανίζονται κατά την εφηβεία βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά σε διεθνές επίπεδο (Bird, 1996). Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι 13,4% έως 21,8% των εφήβων παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή (Costello et al., 2011), ενώ αναμένεται ότι ένας στους δέκα εφήβους θα εμφανίσει μία τουλάχιστον διαταραχή, η οποία ενδεχομένως να απαιτήσει θεραπεία (Ford et al., 2003). Επιπλέον, αναφέρεται ότι η μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση σηματοδοτείται από μία αύξηση στα συνολικά ποσοστά των ψυχιατρικών διαταραχών (Αναγνωστόπουλος και Παννακόπουλος, 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ψυχικές διαταραχές είναι από τις πρωταρχικές αιτίες αναπηρίας παγκοσμίως (Murray and Lopez, 2002). Τρεις στις δέκα πρωταρχικές αιτίες αναπηρίας σε άτομα μεταξύ 15 και 44 ετών είναι οι ψυχικές διαταραχές και οι υπόλοιπες αιτίες σχετίζονται συχνά με αυτές. Τόσο οι προγενέστερες όσο και οι σύγχρονες ερευνητικές μελέτες συμφωνούν πως οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές της ενήλικης ζωής ξεκινούν κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες δείχνουν ότι πάνω από το 50% όλων των ψυχικών διαταραχών έχει ηλικία έναρξης πριν από τα 14 έτη και η πλειονότητά τους παραμένει χωρίς θεραπεία μέχρι και την εφηβεία (Kessler et al., 2005; WHO, 2014). Μία πρόσφατη ανασκόπηση αναφέρει ότι στο 75% των περιπτώσεων οι ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται μέχρι την ηλικία των 25 ετών (McGorry et al., 2011).

Παρά την ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν, πολλές φορές οι έφηβοι με ψυχικές διαταραχές είναι αναγκαίο για σοβαρούς λόγους να νοσηλευτούν σε ψυχιατρική κλινική. Τέτοιοι λόγοι μπορεί να αφορούν: (α) διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς, που βάζουν τον έφηβο ή τους άλλους σε κίνδυνο, (β) δυσδιάγνωστες ψυχιατρικές εικόνες, που δεν μπορούν να αποσαφηνιστούν σε εξωτερική βάση, (γ) θεραπεία του παιδιού/εφήβου σε εξωτερική βάση που έχει αποτύχει, (δ) προσωρινή απομάκρυνση του εφήβου από το περιβάλλον του για λόγους που αφορούν την ψυχική του υγεία (www.grapanikolaou.gr 2000; Di Lorenzo et al., 2016).

Κάθε χρόνο, χιλιάδες παιδιά και έφηβοι νοσηλεύονται σε νοσοκομεία της Ελλάδας. Η συχνότητα νοσηλείας, ο χρόνος παραμονής, καθώς και η βαρύτητα της νόσου είναι παράμετροι που διαφοροποιούνται κατά περίπτωση. Το σημείο αναφοράς όμως, το οποίο παραμένει κοινό, είναι η αναγκαστική διακοπή της σχολικής τους φοίτησης (Μιχαλοπούλου, 2013). Η φοίτηση στο σχολείο είναι κρίσιμο και ουσιώδες μέρος της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης όλων των παιδιών. Η απομάκρυνση από το σχολείο και τους ανθρώπους του

γνώριμου κοινωνικού τους περιβάλλοντος για μεγάλα χρονικά διαστήματα δημιουργούν άγχος, ανασφάλεια (Bossert, 1994), φόβο για φίλεις που διακόπτονται και φθίνουσα ακαδημαϊκή πορεία (Sullivan et al., 2001).

Η ίδρυση των σχολείων μέσα σε νοσοκομεία εναρμονίζεται πλήρως με τη Διεθνή Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού (η οποία κυρώθηκε στην Ελλάδα στις 2 Δεκεμβρίου του 1992, Νόμος 2101/1992), σύμφωνα με την οποία όλα τα παιδιά έχουν δικαίωμα να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους, ακόμα και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Χαρίτος και Κονταδάκη, 2013).

Το Ειδικό Γυμνάσιο με Ειδικές Λυκειακές Τάξεις της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδιών-Εφήβων του Νοσοκομείου Παπανικολάου ιδρύθηκε το 2009 (ΦΕΚ 2084/τχ Β' /28-9-2009) και ανήκει στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής Θεσσαλονίκης. Στεγάζεται στους χώρους των εξωτερικών ιατρείων της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδιών-Εφήβων και παρέχει εκπαιδευτική υποστήριξη σε μαθητές ηλικίας 12-18 ετών κυρίως σε νοσηλευόμενους της κλινικής αυτής, καλύπτοντας παράλληλα τις εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών όλων των κλινικών του Νοσοκομείου.

Ο σκοπός του άρθρου είναι να καταγράψει και να παρουσιάσει στατιστικά τις ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζουν οι νοσηλευόμενοι μαθητές/τριες του συγκεκριμένου σχολείου τα τελευταία 8 έτη, καθώς και να αναδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία εισαγωγής τους στην Ψυχιατρική Κλινική.

Μεθοδολογία

Αναζητήθηκαν στα αρχεία του μητρώου των μαθητών του σχολείου εκείνοι οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών-Εφήβων και φοίτησαν συγκεκριμένες ημερομηνίες από το σχολικό έτος 2010-2011 μέχρι και το σχολικό έτος 2017-2018. Με αυτόν τον τρόπο συμπεριλήφθησαν στην έρευνα οι μαθητές που φοιτούσαν στο σχολείο από 11/9 έως και 31/5 για κάθε σχολικό έτος. Αποκλείστηκαν οι μαθητές που νοσηλεύτηκαν τις ημερομηνίες 1/9-10/9, τις διακοπές των Χριστουγέννων, τις διακοπές του Πάσχα και τις καλοκαιρινές διακοπές, διότι στα συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα δεν πραγματοποιήθηκαν μαθήματα στο σχολείο. Επίσης, όσοι μαθητές εισήλθαν στο σχολείο από την 1^η Ιουνίου και μετά, αν και υποστηρίχθηκαν διδακτικά στις προαγωγικές, απολυτήριες και πανελλαδικές εξετάσεις, δεν συμπεριλήφθησαν στην έρευνα.

Παράλληλα, για τον εντοπισμό των ερευνών, χρησιμοποιήθηκε η βιβλιογραφική βάση δεδομένων «PUBMED». Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά «mental disorders», «adolescents», «school» και «hospital» συνδυάζοντάς τες μεταξύ τους με διάφορους τρόπους και στην ελληνική γλώσσα. Από τα άρθρα που προέκυψαν, οι συγγραφείς έλεγξαν τη σχετικότητά τους με τα θέματα προς διερεύνηση

και από αυτά διατηρήθηκαν όσα παραχωρούσαν πρόσβαση στο πλήρες κείμενο. Παράλληλα, η έρευνα διεξήχθη μέσω του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών HEAL-LINK, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα πρόσβασης σε πλήρες κείμενο στην πλειονότητα των εργασιών που μελετήθηκαν. Ωστόσο, όσες έρευνες θεωρήθηκαν από την περιλήψη ως απαραίτητες για τη διασαφήνιση κρίσιμων στατιστικών στοιχείων και ερωτημάτων, αναζητήθηκαν σε έντυπη μορφή. Το τελικό υλικό που προέκυψε αποτέλεσαν συνολικά 17 μελέτες εκ των οποίων έρευνες, ανασκοπήσεις και μεταanalύσεις ανασκοπήσεων.

Αποτελέσματα

Μετά την επεξεργασία των δεδομένων, προέκυψαν 261 περιστατικά νοσηλείων (μαθητές/τριες) που πληρούσαν τα κριτήρια τα οποία τέθηκαν στη μεθοδολογία. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται το φύλο, η ηλικία, οι ημέρες παραμονής και η νοσηλεία με εισαγγελική εντολή των μαθητών και μαθητριών του σχολείου. Καταγράφηκε περίπου ίσος αριθμός νοσηλείων αγοριών (130) και κοριτσιών (131). Ο μέσος όρος ηλικίας του μαθητικού πληθυσμού ήταν 15.88 ± 1.67 έτη. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 1, στον οποίο εύκολα διαπιστώνεται ότι οι ηλικίες 15, 16 και 17 καταλαμβάνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά μεταξύ των ηλικιών του μαθητικού πληθυσμού (συνολικά 70.11%).

Ο μέσος όρος παραμονής του μαθητικού πληθυσμού στην Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών-Εφήβων ήταν περίπου ένας μήνας (29.92 ± 31.32 ημέρες). Όσον αφορά στις ημέρες παραμονής, το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε τα κορίτσια (55.65% των συνολικών ημερών παραμονής). Έτσι, τα κορίτσια νοσηλεύονταν κατά μέσο όρο 33.18 ημέρες, ενώ τα αγόρια νοσηλεύονταν κατά μέσο όρο 26.64 ημέρες, δηλαδή μία

εβδομάδα λιγότερο. Παράλληλα, το 1/3 περίπου του μαθητικού πληθυσμού, νοσηλεύτηκε κατόπιν εισαγγελικής εντολής (88 έφηβοι-33.72%). Από αυτούς, τα αγόρια (55.68%) ήταν περισσότερα από τα κορίτσια (44.32%).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα σχολεία προέλευσης του νοσηλευόμενου μαθητικού πληθυσμού. Το μεγαλύτερο ποσοστό (49.81%) ήταν μαθητές/τριες που φοιτούσαν σε Γενικά Λύκεια, ΕΠΑΛ και Εσπερινά Λύκεια. Σε ποσοστό 28.74% προέρχονταν από Τυπικά και Εσπερινά Γυμνάσια και σε ποσοστό 11.50% από Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ), όπως Εργαστήρια Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης-Κατάρτισης, Δημόσιο Ειδικό Γυμνάσιο, Ειδικό Επαγγελματικό Γυμνάσιο, Ειδικό Επαγγελματικό Λύκειο και Τμήματα Ένταξης. Ωστόσο, σε ποσοστό 6.90%, οι νοσηλευόμενοι μαθητές/τριες δεν φοιτούσαν σε κάποιο σχολείο τη στιγμή της εισαγωγής τους για νοσηλεία.

Όσον αφορά τα γεωγραφικά διαμερίσματα από τα οποία προέρχεται ο μαθητικός πληθυσμός γίνεται αναφορά στον Πίνακα 3. Η Ψυχιατρική Κλινική Παιδιών-Εφήβων εφημερεύει κάθε δεύτερη μέρα και δέχεται περιπτώσεις παιδιών από πολλές περιφέρειες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (73.19%) του νοσηλευόμενου μαθητικού πληθυσμού προερχόταν από την Κεντρική Μακεδονία. Από αυτούς, οι 142 (54.41%) προέρχονταν από τον Νομό Θεσσαλονίκης.

Η καταγραφή και διάγνωση των ψυχικών παθήσεων του μαθητικού πληθυσμού έγινε σύμφωνα με το ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008). Στον Πίνακα 4 φαίνεται ότι στο συγκεκριμένο δείγμα παιδιών καταγράφηκαν, σε ποσοστό περίπου 30%, διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (F90-F98) – συχνότερα στα αγόρια (38.5% των αγοριών και 21.4% των κοριτσιών). Η πιο συχνή διάγνωση της κατηγορίας ήταν οι μεικτές διαταραχές

συμπεριφοράς (διαγωγής) και συναισθήματος. Ακολουθούσαν οι διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές) (F30-F39) σε ποσοστό περίπου 28% των παιδιών, συχνότερα στα κορίτσια (41.2% των κοριτσιών και 13.8% των αγοριών). Όσον αφορά την κατηγορία «σχιζοφρένεια, σχιζοτυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές» (F20-F29), με συχνότερη διάγνωση τις οξείες και παροδικές ψυχωτικές διαταραχές, παρατηρήθηκε σε ποσοστό περίπου 15% των παιδιών (20% των αγοριών και 9.9% των κοριτσιών). Νευρωτικές, συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές (F40-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του μαθητικού πληθυσμού

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	Κατηγορία	Πληθυσμός	Ποσοστό%
Φύλο	Αγόρια	130	49.81
	Κορίτσια	131	50.19
Ηλικία	12	4	01.53
	13	11	04.22
	14	34	13.03
	15	47	18.00
	16	61	23.37
	17	75	28.74
	18	29	11.11
Ημέρες Παραμονής	Αγόρια	3.463	44.35
	Κορίτσια	4.346	55.65
Εισαγγελική Εντολή	Αγόρια	49	55.68
	Κορίτσια	39	44.32

Πίνακας 2. Σχολεία προέλευσης του μαθητικού πληθυσμού

ΣΧΟΛΕΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	Πληθυσμός	Ποσοστό%
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	75	28.74
ΣΜΕΑΕ	30	11.50
ΕΚΤΟΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΓΥΜΝΑΣΙΟ)	9	03.45
ΕΚΤΟΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΔΟΜΗΣ (ΛΥΚΕΙΟ)	9	03.45
ΛΥΚΕΙΟ	130	49.81
ΑΠΟΦΟΙΤΟΙ	8	03.05
ΣΥΝΟΛΟ	261	100.00

F48) καταγράφηκαν στο 11% των παιδιών με πιο συχνή την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στις διαταραχές που σχετίζονται με τη φυσιολογική λειτουργία και τους σωματικούς παράγοντες (F50-F59), κυρίως ψυχογενή ανορεξία, το ποσοστό ήταν συντριπτικά μεγαλύτερο στα κορίτσια. Το αντίθετο παρατηρήθηκε στις διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης (F80-F89), κυρίως διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, όπου το ποσοστό των αγοριών ήταν μεγαλύτερο από ότι των κοριτσιών.

Πίνακας 3. Γεωγραφικά Διαμερίσματα προέλευσης του μαθητικού πληθυσμού

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ	Αριθμός	Ποσοστό%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	191	73.19
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	12	04.60
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	11	04.21
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	19	07.28
ΘΡΑΚΗ	11	04.21
ΗΠΕΙΡΟΣ	11	04.21
ΑΛΛΟΙ ΝΟΜΟΙ	6	02.30
ΣΥΝΟΛΟ	261	100.00

Επίσης, σε μεγάλο ποσοστό των νοσηλευόμενων παιδιών (139/261-53.26%) έχουν καταγραφεί και διαγνώσεις του άξονα Z σχετικά με δυνητικούς κινδύνους για την υγεία τους λόγω κοινωνικοοικονομικών και ψυχοκοινωνικών καταστάσεων.

Σημειώνεται ότι σε κάποια παιδιά είχε τεθεί παραπάνω από μια διάγνωση (είτε λόγω συννοσηρότητας είτε λόγω περισσότερων της μιας νοσηλειών), οπότε καταγράφηκε η πρώτη χρονικά από αυτές.

Πίνακας 4. Διαγνώσεις κατά ICD-10

ΠΑΘΗΣΗ ICD-10	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Αγόρια	Αγόρια %	Κορίτσια	Κορίτσια %
F10-F19	2	1		1	
F20-F29	39 (14.94%)	26	20	13	9.9
F23	28	18		10	
F30-F39	72 (27.58%)	18	13.8	54	41.2
F34	15	2		13	
F38	31	7		24	
F31	9	7		2	
F40-F48	28 (10.72%)	12	9.2	16	12.2
F42	15	9		6	
F50-F59	15	3	2.3	12	9.2
F70-F79	2	1		1	
F80-F89	17	16	12.3	1	0.76
F90-F98	78 (29.88%)	50	38.5	28	21.4
F92	27	19		8	
F99	1	1		0	
X60	1	0		1	
X64	6	2		4	
ΣΥΝΟΛΑ	261	130		131	

F10-F19: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
 F20-F29: Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπη διαταραχή και παραληρητικές διαταραχές
 F23: Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές
 F30-F39: Διαταραχές της διάθεσης (συναίσθηματικές)
 F34: Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (συναίσθηματικές)
 F38: Άλλες διαταραχές της διάθεσης (συναίσθηματικές)
 F31: Διπολική διαταραχή
 F40-F48: Νευρωσικές, συνδεδεμένες με το stress και σωματόμορφες διαταραχές
 F42: Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
 F50-F59: Σύνδρομα που εκδηλώνονται στη συμπεριφορά και σχετίζονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες
 F70-F79: Νοητική καθυστέρηση
 F80-F89: Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης
 F90-F98: Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναίσθηματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία
 F92: Μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναίσθηματος
 F99: Μη καθορισμένη ψυχική διαταραχή
 X60-64: Σκόπιμος αυτοτραυματισμός

Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα γίνεται αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (78.55%) των νοσηλευόμενων μαθητών/τριών φοιτούσαν σε Γενικά Λύκεια, ΕΠΑΛ, Εσπερινά Λύκεια, σε Τυπικά και Εσπερινά Γυμνάσια. Σε ποσοστό 3.05% ήταν απόφοιτοι αλλά δεν είχαν κλείσει το 18ο έτος της ηλικίας τους, ενώ 6.90% των νοσηλευόμενων δεν φοιτούσαν σε κάποιο σχολείο τη στιγμή της εισαγωγής τους (Πίνακας 2). Αναφέρεται ότι περίπου το 50% των μαθητών/τριών που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και βρίσκονται σε ηλικία 14 ετών και μεγαλύτερη, θα εγκαταλείψουν το σχολείο (U.S. Department of Education, 2006).

Το μικρό ποσοστό του νοσηλευόμενου μαθητικού πληθυσμού (11.50%) που προέρχεται από τις ΣΜΕΑΕ, ίσως να δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι οικογένειές τους φρόντισαν να τους παρέχουν την κατάλληλη ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη από μικρή ηλικία, κινητοποιημένοι από την γενικότερη κινητική, ψυχολογική και νοητική τους κατάσταση.

Ο ακριβής υπολογισμός του αριθμού των εφήβων που παρουσιάζει ψυχιατρική διαταραχή είναι δύσκολος για διάφορους λόγους, κυρίως όμως γιατί πολλοί έφηβοι διστάζουν να αποκαλύψουν αυτές τις διαταραχές. Επιπλέον, οι ορισμοί των διαταραχών μπορεί να διαφέρουν καθώς οι ψυχιατρικές διαγνώσεις βασίζονται στην κλινική κρίση των ψυχιάτρων παιδιών και εφήβων και δεν μπορούν να βασιστούν σε τεστ ή βιολογικούς δείκτες (Αναγνωστόπουλος και Γιαννακόπουλος, 2016).

Τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών, που εμφανίζει ο νοσηλευόμενος μαθητικός πληθυσμός του σχολείου μας κατά την τελευταία δετία, διαφοροποιούνται από εκείνα των ψυχικών διαταραχών που αναφέρονται σε εφήβους στον γενικό πληθυσμό. Έτσι, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι η συχνότερη διάγνωση στην εφηβεία (12.1%). Ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές (10.7%) και οι καταθλιπτικές διαταραχές (6.1%), ενώ το 3-4%, κατά μέσο όρο, των εφήβων παρουσιάζει οποιαδήποτε διαταραχή συμπεριφοράς (διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική προκλητική διαταραχή ή διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα) (Kessler et al., 2007; Giedd et al., 2008; Knopf et al., 2008; Merikangas et al., 2010; Costello et al., 2011; Polanczyk et al., 2015; Erskine et al., 2017). Αντιθέτως, στον μαθητικό πληθυσμό του σχολείου μας, οι συχνότερες διαγνώσεις είναι της κατηγορίας «διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος» και αμιγών συναισθηματικών διαταραχών, αλλά επίσης παρατηρούνται ψυχωτικές και αναπτυξιακές διαταραχές. Σημειώνεται ότι συνυπάρχει συχνά χρήση ουσιών και αυτοκαταστροφικές και βίαιες-επιθετικές συμπεριφορές. Στο δείγμα μας διαπιστώσαμε, διαφορετικά ποσοστά σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές σε εφήβους γενικού πληθυσμού ή εξωτερικούς ασθενείς (π.χ. μεγαλύτερη συχνότητα πιο

σοβαρών διαταραχών όπως ψυχώσεων, συναισθηματικών διαταραχών κ.λπ.).

Σχετικά με τους νοσηλευόμενους μαθητές, τα διεθνή δεδομένα αφορούν συνήθως παιδιατρικές κλινικές ή γενικές ψυχιατρικές κλινικές (ενηλίκων και εφήβων) και πιο σπάνια αμιγείς παιδοψυχιατρικές κλινικές, οπότε είναι δύσκολο να γίνει αξιόπιστη σύγκριση.

Ως προς το φύλο, οι μεικτές διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι αναπτυξιακές διαταραχές παρατηρήθηκαν συχνότερα στα αγόρια, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία συχνότερα στα κορίτσια. Οι παρατηρήσεις αυτές συμφωνούν με βιβλιογραφικές αναφορές και με την κλινική εμπειρία σχετικά με τη γενικά μεγαλύτερη συχνότητα εσωτερικευμένων διαταραχών (συναισθηματικών-κατάθλιπης-αγχωδών) και διαταραχών διατροφής στα κορίτσια και εξωτερικευμένων διαταραχών (συμπεριφοράς) και αναπτυξιακών διαταραχών στα αγόρια (Hayward et al., 2002; Hamblin, 2016).

Σε μεγάλο ποσοστό των νοσηλευόμενων παιδιών (53.26%) έχουν καταγραφεί και δυσκολίες του άξονα Z σχετικά με δυνητικούς κινδύνους για την υγεία τους λόγω κοινωνικοοικονομικών και ψυχοκοινωνικών καταστάσεων. Τέτοια προβλήματα σχετίζονται με αρνητικά γεγονότα ζωής κατά την παιδική ηλικία, με την ανατροφή του παιδιού αλλά και με το στενό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής κατάστασης, και με την έκθεση σε εμπόλεμες συνθήκες. Επίσης σε αρκετά παιδιά υπάρχουν πρόσθετοι κωδικοί σχετικά με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (X60-64).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις για τους ίδιους τους εφήβους, τους γονείς τους, τους φίλους τους, αλλά και για τα συστήματα υπηρεσιών (όπως η υγεία και η εκπαίδευση). Οι διαταραγμένες σχέσεις, η χαμηλή σχολική και ακαδημαϊκή επίδοση, οι ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, η εφηβική εγκυμοσύνη και η αυξημένη εμπλοκή σε παραβατικότητα είναι οι πιο συχνές επιπτώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία (Gore et al., 2011).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως πολλές από τις διαταραχές οι οποίες πρωτοεμφανίζονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας (ειδικά οι διαταραχές διαγωγής στα αγόρια και οι αγχώδεις διαταραχές στα κορίτσια) σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με τις δυσκολίες των παιδιών αυτών στον μαθησιακό τομέα (Kessler et al., 2007).

Ηλικία εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών και ενδοοικογενειακή νοσηλεία

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το 50% όλων των ψυχικών διαταραχών έχει ηλικία έναρξης τα 14 έτη (Kessler et al., 2005), ενώ πάνω από το 75% των νεαρών ενηλίκων με ψυχι-

κή διαταραχή είχαν την πρώτη τους διάγνωση στην ηλικία των 11-18 ετών (Costello et al., 2011).

Υπάρχουν αρκετές αιτίες που φαίνεται να σχετίζονται τόσο με την ηλικία εισαγωγής και νοσηλείας του μαθητικού πληθυσμού του σχολείου μας όσο και με την καθυστέρηση στη διάγνωση και στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι ο μέσος όρος ηλικίας του μαθητικού πληθυσμού (περίπου 16 έτη) κατά τη στιγμή εισαγωγής τους στην Ψυχιατρική Κλινική αντιστοιχεί σε μαθητή/τρια που ολοκληρώνει την Α΄ ή ξεκινά τη Β΄ Λυκείου.

Η εκδήλωση ή η επιδείνωση κάποιων ψυχικών διαταραχών, στην ηλικία περίπου των 16 ετών, δηλαδή στη μέση εφηβεία, είναι πιθανόν να σχετίζεται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. σχολείο, προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις) (Hafner et al., 1989; Kessler et al., 2008). Οι εντάσεις, που πιθανόν να επικρατούν μέσα στην οικογένεια και δεν μπορούν πλέον να ελεγχθούν, και η ψυχολογική πίεση, που νιώθουν οι μαθητές/τριες από το σχολείο και τις ευρύτερες κοινωνικές τους σχέσεις, είναι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση των ψυχικών νόσων σε αυτή τη φάση της εφηβείας (Thapar et al., 2012; Herpertz-Dahlmann et al., 2013; Πετρίδου και συν., 2018).

Επίσης, αποκλίσεις στη διαδικασία ωρίμανσης του εγκεφάλου (π.χ. κατάργηση ενεργών συνάψεων στον μετωπιαίο λοβό στη σχιζοφρένεια) (Giedd et al., 2008), ορμονικές αλλαγές σχετιζόμενες με συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές ή η χρήση ουσιών αποτελούν βιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση ψυχικών νόσων στην εφηβεία (Hafner et al., 1989; Kessler et al., 2008; Thapar et al., 2012; Miguel-Hidalgo 2013; Herpertz-Dahlmann et al., 2013).

Η μέση καθυστέρηση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης ποικίλει. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σε μερικές περιπτώσεις το πρώτο σύμπτωμα και η πλήρης διάγνωση μπορεί να συμβούν ταυτόχρονα (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα, αγχώδεις διαταραχές) (Costello et al., 2016), σε άλλες να καθυστερήσουν δύο ή τρία έτη (εναντιωτική προκλητική διαταραχή, διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη) (Costello et al., 2016), έξι έτη (μανιοκαταθλιπτική διαταραχή) (Patten, 2017) ή ακόμη και δέκα έτη (National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 2005; Kessler et al., 2007).

Ένας άλλος λόγος καθυστέρησης είναι ότι πολύ συχνά οι οικογένειες ταλαιπωρούνται αναζητώντας μη συμβατικές θεραπείες ή υπηρεσίες από επαγγελματίες χωρίς κατάλληλη εκπαίδευση. Η έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους, το μεγάλο χρονικό διάστημα αναμονής στα διάφορα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα και κέντρα ψυχικής υγείας, οι περιορισμοί στην ασφαλιστική κάλυψη του κόστους των θεραπειών και οι χαμένες ευκαιρίες έγκαιρης αναγνώρισης των ψυχιατρικών διαταραχών από τους

γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους γιατρούς εξηγούν το πρόβλημα αυτό τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς (Rocha et al., 2015). Επιπλέον, εμπόδιο αποτελεί ο φτωχός-ελλιπής συντονισμός των υπηρεσιών μεταξύ τους (π.χ. μεταξύ σχολείων, παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών) (Murphey et al., 2013).

Επίσης, σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας; παίζει και το κοινωνικό στίγμα των ψυχιατρικών διαταραχών που στερεί από τους εφήβους την κατάλληλη φροντίδα. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές συχνά έχουν να διαχειριστούν το φορτίο του κοινωνικού στίγματος που σχετίζεται με την κατάστασή τους. Ο φόβος του κοινωνικού στίγματος για τους ίδιους και τις οικογένειές τους από τους συνομηλικούς και το κοινωνικό τους περιβάλλον γίνονται τροχοπέδη σε μια τέτοια διαδικασία (Kporf et al., 2008). Αυτή η ψυχολογική επιβάρυνση μερικές φορές τους αποτρέπει από το να αναγνωρίσουν οι ίδιοι το πρόβλημά τους και να αναζητήσουν υποστήριξη και αποτελεσματική θεραπεία για αυτό (Kporf et al., 2008; Murphey et al., 2013).

Η υπέρβαση του στίγματος, και μάλιστα πρώτα-πρώτα από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, είναι ίσως η πιο τετριμμένη αλλά τελικώς και η πιο πρωτοποριακή πρόσκληση για δράση (Αναγνωστόπουλος και Γιαννακόπουλος, 2016). Καταλυτικό ρόλο σ' αυτό παίζει η λειτουργία σχολείου παράλληλα προς τη θεραπευτική δομή και προσέγγιση. Όπως αναφέρει ο Αθ. Καράβατος (2012), «το καίριο σημείο στη θέση της Crocker (1999) για το στίγμα βρίσκεται στον χώρο της διαπραγμάτευσης των επιπτώσεων “μέσα στην περίπτωση”». Καθώς το στίγμα δεν αποτελεί σταθερή παραμόρφωση της προσωπικότητας αλλά, αντίθετα, αναδύεται κάθε φορά ως συνάρτηση του νοήματος που αποδίδεται στην «περίσταση» (δηλαδή στη λειτουργία του σχολείου παράλληλα με τη θεραπευτική δομή), στη σχολική διαδικασία θα δημιουργηθεί το θετικό νόημα το οποίο «εξοστρακίζει την υποτίμηση» και τις συλλογικές αναπαραστάσεις που φέρει το στιγμισμένο άτομο.

Η μεγάλη διάρκεια της νόσου χωρίς τη λήψη θεραπείας, που συνήθως οφείλεται σε ελλιπή ή καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας, έχει πλέον αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας που συσχετίζεται με χειρότερη έκβαση για μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη αναγνώριση και η επαρκής αντιμετώπιση της νόσου έχουν κεντρική θέση στην προσπάθεια μείωσης και της συννοσηρότητας που σχετίζεται με τις ψυχιατρικές διαταραχές (Πετρίδου και συν., 2018).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη σχολικών ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών από τις τυπικές σχολικές μονάδες παίζει καθοριστικό ρόλο στην καθυστέρηση αναγνώρισης των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών και της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, διότι το σχολείο είναι ένας χώρος όπου οι έφηβοι περνούν ένα μεγάλο χρονικό διάστημα της καθημερινής τους ζωής.

Επίσης, οι παιδίατροι θα μπορούσαν να αντιληφθούν

πρώτοι (εφόσον έχουν την κατάλληλη εξειδίκευση και εμπειρία) κάποιες ψυχικές διαταραχές (Murphey et al., 2013).

Τέλος, η κληρονομικότητα-γενετική προδιάθεση θα μπορούσε να ενεργοποιήσει τους οικείους των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσον αφορά την έγκαιρη αναζήτηση της βοήθειας και της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας των ψυχικών τους διαταραχών. Ως παράγων που κληρονομείται θεωρείται η ευαισθησία-προδιάθεση για την εμφάνιση της διαταραχής και όχι η ίδια η νόσος. Η εκδήλωση της νόσου σχετίζεται με την αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης και του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει το ευάλωτο άτομο (Παπαδημητρίου, 2011).

Συμπεράσματα

Στην έρευνά μας καταγράφηκαν οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στον νοσηλευόμενο μαθητικό πληθυσμό του σχολείου μας κατά την τελευταία δετία. Συχνότερα παρατηρήθηκαν διαταραχές της συμπεριφοράς (διαγωγής) και του συναισθήματος και διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές). Ακολουθούσαν οι ψυχωτικές διαταραχές, οι νευρωτικές, σχετιζόμενες με stress και σωματόμορφες διαταραχές, οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία. Όπως αναμένεται, παρατηρούνται σε διαφορετικά ποσοστά σε σχέση με εφήβους γενικού πληθυσμού ή εξω-

τερικούς ασθενείς (π.χ. μεγαλύτερη συχνότητα πιο σοβαρών διαταραχών όπως ψυχώσεων, συναισθηματικών διαταραχών κ.λπ.).

Όσον αφορά στις διαφορές φύλου, οι διαταραχές διαγωγής και συναισθήματος, οι ψυχωτικές διαταραχές και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές παρατηρήθηκαν πιο συχνά στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές και η ψυχογενής ανορεξία συχνότερα στα κορίτσια.

Ο μέσος όρος της ηλικίας εισαγωγής στην Ψυχιατρική Κλινική ήταν περίπου τα 16 έτη, ηλικία που αντιστοιχεί σε μαθητή/τρια που ολοκληρώνει την Α΄ ή ξεκινά τη Β΄ Λυκείου και οι σχετιζόμενοι οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί, βιολογικοί και ορμονικοί παράγοντες φαίνεται να λειτουργούν επιβαρυντικά, ιδιαίτερα κατά τη μέση εφηβεία ώστε να οδηγούν στην ενδοσκομοειδική νοσηλεία των εφήβων με ψυχικές διαταραχές.

Τέλος, η παρουσία σχολείου συνδεδεμένου με ψυχιατρική κλινική δεν είναι συχνή κατάσταση ώστε να υπάρχουν πολλά δεδομένα για σύγκριση. Η εμπειρία μας δείχνει ότι η λειτουργία του σχολείου μέσα στο νοσοκομείο αποτελεί για τους ασθενείς μια συνέχεια της σχολικής τους καθημερινότητας. Η συνέχιση της εκπαίδευσης στο νοσοκομειακό σχολείο προωθεί τη νοητική ανάπτυξη, την ψυχοκοινωνική ευεξία και την αίσθηση της επαφής με τη σχολική ζωή ως μέρος μιας φυσιολογικής καθημερινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ / Ελληνική και ξενόγλωσση

Αναγνωστόπουλος, Δ. και Πανακόπουλος, Γ. (2016). Ψυχοπαθολογία της εφηβείας: Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες. *Κλινικά Φροντιστήρια*, 28, (2), 7-18.

Αναγνωστόπουλος, Δ. και Λαζαράτου, Ε. (1998). Εφηβική Ψυχιατρική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 15, 11-14.

Αναγνωστόπουλος, Δ. και Λαζαράτου, Ε. (2005). Εισαγωγή στην εφηβική ψυχοπαθολογία. Στο: Δ. Αναγνωστόπουλος και Ε. Λαζαράτου (Επιμ.), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Παιδοψυχιατρική*. Αθήνα: Έκδοση Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Καράβατος, Α. (2012). Το στίγμα της ψυχικής νόσου: σύγχρονοι θεωρητικοί και πρακτικοί προβληματισμοί. Στο: *Για μια μη Α-αθεωρητική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ, σ.σ. 216-284.

Μιχαλοπούλου, Χ. (2013). Ηλεκτρονική μάθηση και νοσηλευόμενο παιδί: μία σύγχρονη πρόταση για τα νοσοκομειακά σχολεία παιδών. Στο: Β. Χαρίτος (Επιμ.), *Σχολείο για το παιδί που νοσηλεύεται. Θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Αλφάβητο ΑΕΒΕ, σ.σ. 73-88.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2008). ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, Δέκατη Αναθεώρηση, Εκδόσεις Βήτα, Μετάφραση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Παπαδημητρίου, Γ. (2011). Γενετική των ψυχικών διαταραχών. *Ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις-προβληματισμοί*, 2, 25-32.

Πετρίδου, Ε., Μπακοπούλου Φ., Χρούσος Γ. (2018). *Παιδιά και Έφηβοι στην Ελλάδα της Κρίσης*: Ιατροκοινωνική Φροντίδα. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, Δεύτερη έκδοση, Αθήνα. ΦΕΚ 2084/τ.Β΄/28-09-2009. *Ιδρύσεις, Προαγωγές, Υποβιβασμοί και Καταργήσεις Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ) και Τμημάτων Ένταξης (ΤΕ) στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (2)*.

Χαρίτος, Β. και Κονταδάκη, Τ. (2013). Πρωτοβάθμια εκπαίδευση για το παιδί που νοσηλεύεται. Στο: Β. Χαρίτος (Επιμ.), *Σχολείο για το παιδί που νοσηλεύεται. Θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Αλφάβητο ΑΕΒΕ, σ.σ. 57-63.

Bird, H.R. (1996). Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross-Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 35-49.

Bossert, E. (1994). Stress appraisals of hospitalized school age children. *Children's Health Care*, 23, 33-49.

Costello, E.J., Copeland, W., Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1015-1025.

Costello, E.J., Copeland, W., Angold, A. (2016). The Great Smoky Mountains Study: Developmental epidemiology in the south eastern United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(5), 639-646.

Crocker, J. (1999). Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 89-107.

Di Lorenzo, R., Cimino, N., Di Pietro, E., Pollutri, G., Neviani, V., Ferri, P. (2016). A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 191-201.

Erskine, H.E., Baxter, A.J., Patton, G., Moffitt, T.E., Patel, V., Whiteford, H.A., Scott, J.G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 395-402.

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.

Giedd, J.,N., Keshavan, M., Paus, T. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.

Gore F.M., Bloem P.J., Patton G.C., Ferguson J., Joseph V., Coffey C., Sawyer S.M., Mathers, C.D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377, 2093-2102.

- Hafner, H., Riecher, A., Maurer, K., Löffler, W., Munk-Jorgensen, P., Stromgren, E. (1989). How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study. *Psychological Medicine*, 19(4), 903-918.
- Hamblin, E. (2016). Gender and children and young people's emotional and mental health: manifestations and responses. A rapid review of the evidence. National Children's Bureau. www.ncb.org.uk
- Hayward, C. and Sanborn, K. (2002). Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 49-58.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren K., Remschmidt, H. (2013). Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Dtsch Arztebl Int*, 110(25), 432-40.
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustun, T.B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R.C. and Wang, P.S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129.
- Knopf, D. K., Park, J., Mulye, T. P. (2008). The mental health of adolescents: A national profile. *National Adolescent Health Information Center*, 1-15.
- McGorry, P.D., Purcell, R., Goldstone, S., Amminger, G.P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 301-306.
- Merikangas, K.R., He, J., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Miguel-Hidalgo, J.J. (2013). Brain structural and functional changes in adolescents with psychiatric disorders. *International Journal of Adolescents Medical Health*, 25(3), 245-256.
- Murphey, D., Barry, M., Vaughn, B. (2013). Mental Health Disorders. *Child Trends*, (1), 1-10.
- Murray, C. and Lopez, A. (2002). *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2005). *Mental Illness Exacts Heavy Toll, Beginning in Youth*. Ανακτήθηκε στις 5 Οκτωβρίου 2018 από <http://www.nih.gov/news/pr/jun2005/nimh-06.htm>
- Patten, S. (2017). Age of Onset of Mental Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 235-236.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365
- Rocha, T.B., Graeff-Martins, A.S., Kieling C., Rohde, L.A. (2015). Provision of mental healthcare for children and adolescents: a worldwide view. *Curr Opin Psychiatry*, 28, 330-335.
- Sullivan, N.A., Fulmer, D.L., Zigmond, N. (2001). School: The normalizing factor for children with childhood leukemia. *Preventing School Failure*, 46(1), 4-13.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067.
- U.S. Department of Education. (2006). *Twenty-eighth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act, 2006, Vol. 2*. Washington, D.C.: U.S. Department of Education
- WHO (2014). *Health for the World's Adolescents-A Second Chance in the Second Decade*. World Health Organisation: Geneva, Switzerland. www.gpapanikolaou.gr/psychiatriko-tmima-paidion-efivon.pdf. (2000). Ανακτήθηκε στις 10 Οκτωβρίου, 2018.