

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ** **Σημειώσεις για τους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής**

*Επιμέλεια: Δρ Απόστολος Βούρδας, MRCPsych, Παιδοψυχίατρος*

Παιδοψυχιατρική ή αλλιώς Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου. Από τις νέες σχετικά ειδικότητες.

Απευθύνεται σε παιδιά και νέους από 0-18 χρόνων και στις οικογένειες τους. Εξασκείται κυρίως σε εξωτερικά ιατρεία, από πολυδύναμες ομάδες (ιατρός, ψυχολόγος, ειδικός παιδαγωγός κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής, ειδικοί θεραπευτές κλπ)

Παραδοσιακά, πολυπαραγοντική προσέγγιση στην αιτιολογία και στην αντιμετώπιση.

Η κύρια έμφαση στην αντιμετώπιση δίνεται στις ψυχολογικές θεραπείες και στην προσαρμογή του περιβάλλοντος.

### **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ**

Περιγραφική και όχι αιτιολογική

Κριτήρια: συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές, που δεν είναι φυσιολογικές για την ηλικία και φύλο του παιδιού και είτε προκαλούν σημαντική διαταραχή στην λειτουργικότητα του είτε εμποδίζουν την ανάπτυξη του είτε το παιδί τα βιώνει ως σημαντικώς ενοχλητικά.

Άξονες :

- I Κλινικές Διαταραχές
- II Διαταραχές προσωπικότητας
- III Νοητική στέρηση
- IV Γενικές σωματικές καταστάσεις
- V Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα
- VI Εκτίμηση λειτουργικότητας

### Πολυπαραγοντική αιτιολόγηση

Κάθε ένα παράγοντας σημαντικός αλλά από μόνος του όχι επαρκής.

	Βιολογικοί ( πχ γενετικοί, πάθηση ΚΝΣ,Ν.Κ.,μεταβολικοί, κλπ)	Ψυχολογικοί ( εσωτερικός κόσμος παιδιού, λειτουργία οικογένειας κλπ)	Κοινωνικοί ( πχ παραμέληση, κοινωνικός αποκλεισμός κλπ )
Προδιάθεσης			
Διατήρησης			
Έκλυσης			

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ**

### **Στο παιδί**

- Χαμηλό IQ ( ίσως και το πολύ υψηλό )
- Δύσκολος χαρακτήρας ( πχ αργός να προσαρμοστεί, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ασταθείς βιολογικοί ρυθμοί).
- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές ( λόγου, δυσλεξία κλπ)
- Επικοινωνιακές δυσκολίες ( χαμηλή ακουστική οξύτητα, αυτισμός)
- Σωματικές ασθένειες ( χρόνιες, συμμετοχή ΚΝΣ)
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Αγόρι

### **Στο περιβάλλον**

- Φτώχεια
- Κοινωνικός αποκλεισμός
- Σχολικός εκφοβισμός ( Bullying)
- Έκθεση σε τραυματικό γεγονός κυρίως χρόνιο ή σοβαρό ( πχ κακοποίηση, μετανάστευση)

### **Στην οικογένεια**

- Δυσαρμονία και έλλειψη συνεργασίας γονέων.
- Επικριτικότητα, υπερπροστατευτικότητα και υπερεμπλοκή γονέων προς το παιδί.
- Γονείς με ψυχιατρική ασθένεια.

## **ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

- Ύπαρξη κάποιας ιδιαίτερης ικανότητας και φυσιολογικού- υψηλού IQ.
- Θετική εικόνα εαυτού.
- Προσαρμοστικός χαρακτήρας
- Επαρκής εποπτεία και πειθαρχία με ταυτόχρονη ζεστή και σταθερή συναισθηματική ανταπόκριση από τους ενήλικες.

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

### **( από επιδημιολογικές μελέτες στις ΗΠΑ και Αγγλία)**

10% των παιδιών πληρούν κριτήρια για ψυχιατρική διάγνωση

10% επιπλέον παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα ( κυρίως θλίψη)

4% διαταραχή συμπεριφοράς

2-3% συναισθηματικές διαταραχές

1% υπερκινητικό σύνδρομο, αλλά ανησυχία, και έλλειψη προσοχής είναι συμπτώματα σε πολλές παθήσεις.

1/3 αυτών με διαταραχή διαγωγής έχουν δυσλεξία

Χαμηλός Δ.Ν. συνδέεται με αυξημένα ψυχιατρικά προβλήματα

Η κοινωνικο-οικονομική τάξη έχει μικρή σχέση με ψυχοπαθολογία αν γίνει διόρθωση με το ΔΝ

Στο κέντρο πόλεων ( inner city) το ποσοστά παθολογίας είναι διπλάσια. Πιθανοί λόγοι: γονική ασθένεια, εγκληματικότητα, κοινωνικός αποκλεισμός, ανεπαρκές

σχολικό περιβάλλον.

Σωματικές διαταραχές αποτελούν παράγοντα κινδύνου για ψυχιατρικές διαταραχές ως εξής:

1. 12 % αν όχι συμμετοχή του ΚΝΣ ( όπως κάθε άλλος στρεσογόνος παράγοντας)
2. 29% αν ιδιοπαθής επιληψία
3. 44% αν ενδοκρανιακή διαταραχή

Μόνο 10% αυτών που έχουν παιδοψυχιατρική διαταραχή, είναι σε επαφή με ειδικό.

Οι υπόλοιποι; ( ανάγκη ανίχνευσης τους στην κοινότητα)

Οι περισσότεροι θα χρειαστούν βοήθεια ως ενήλικες.

## **ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ/ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Επιστημονική ονομασία: Υπερκινητικό Σύνδρομο ή Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). 1% όταν το σύνδρομο εμφανίζεται στην πλήρη του μορφή. Μέχρι και 5% αν αξιολογηθεί μόνο η έλλειψη προσοχής. Κίνδυνος υπερδιάγνωσης κυρίως στις ΗΠΑ, λιγότερο στην Ευρώπη.

Αγόρια: κορίτσια 3: 1.

### **Χαρακτηριστικά:**

- Κινητική Υπερδραστηριότητα
- Διάσπαση προσοχής
- Παρορμητικότητα

Πριν την ηλικία των 7 χρόνων. Πιθανός κοινός μηχανισμός : διαταραχή ρύθμισης του αυτο-ελέγχου.

### **Αιτιολογία**

Θεωρείται νευροαναπτυξιακή διαταραχή στην πλειοψηφία των περιπτώσεων με σημαντική γενετική επιβάρυνση ( 80%). Συσχετισμός με ανατροφή σε ιδρύματα και καταστάσεις παραμέλησης παραπέμπει και σε ψυχολογικούς μηχανισμούς.

### **Διαχείριση :**

Φαρμακευτική ( διεγερτικά του ΚΝΣ πχ Ritalin, Concerta και μη διεγερτικά πχ Strattera) .

Ψυχολογική ( στρατηγικές μελέτης, επίλυσης προβλημάτων, αυτοελέγχου, ADD coaching, εκπαίδευση γονέων)

Κοινωνική και εκπαιδευτική (κατάλληλο σχολικό πρόγραμμα και περιβάλλον, οργάνωση σπιτιού).

### **Πρόγνωση**

Η υπερκινητικότητα μειώνεται με τα χρόνια αλλά η Διάσπαση Προσοχής παραμένει συνήθως και στην ενήλικη ζωή ( >50%).

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΓΩΓΗΣ**

4% των παιδιών. Αγόρια: κορίτσια 3-1

### **Χαρακτηριστικά**

- Εναντιωματική συμπεριφορά
- Επιθετικότητα
- Αντικοινωνική συμπεριφορά

### Αιτιολογία:

Περιβάλλον πιο σημαντικό από τα γονίδια. Παράγοντες α) στο παιδί («δύσκολος» χαρακτήρας, γνωσιακές προκαταλήψεις), β) στην οικογένεια ( ψυχιατρική ασθένεια, εγκληματικότητα σε συνδυασμό με προβληματικό τρόπο διαπαιδαγώγησης), γ) στο περιβάλλον (κοινωνικός αποκλεισμός, ανεπαρκές σχολικό σύστημα).

### Συσχέτιση με :

- Υπερκινητικότητα ( ΔΕΠΥ)
- Κατάθλιψη ( 1/3)
- Σχολική αποτυχία
- Προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις

### Διαχείριση

- Ψυχολογική : κοινωνικές δεξιότητες, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων,
- εκπαίδευση γονέων. Αν συνοσηρότητα τότε ανάλογη ψυχοθεραπευτική
- βοήθεια ( πχ κατάθλιψη).
- Κοινωνική: προγράμματα πρόληψης, βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες

### Πρόγνωση

Κακή αν < 8 χρόνων, οπότε 40 % παραμένουν αντικοινωνικοί ως ενήλικες.  
Σημαντική σύνδεση με κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών στην ενήλικη ζωή.

## **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Συνήθως, στα παιδιά οι φοβίες, το άγχος, η θλίψη και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα παρουσιάζονται μαζί. Για αυτό και στα παρελθόν όλες αυτές οι καταστάσεις κατηγοριοποιούνταν κάτω από τον όρο «συναισθηματικές διαταραχές». Η σύγχρονη τάση όμως προτείνει ξεχωριστή ταξινόμηση για κάθε μια αγχώδη και καταθλιπτική διαταραχή.

### Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

2-4%. Όταν παρουσιάζεται έντονο άγχος, το οποίο δεν είναι αναπτυξιακά κατάλληλο και δεν δικαιολογείται από την ηλικία του παιδιού, ως συνέπεια πρόσκαιρης ( ή «επαπειλούμενης») απομάκρυνσης του από το γονέα (ή κύριο φροντιστή). Είναι η συχνότερη αγχώδης διαταραχή στην προεφηβεία. Προδιάθεση για κατάθλιψη στην εφηβεία.

### Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους

2-4% . Παρουσία άγχους για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για μακρά περίοδο, δυσανάλογο με τις στρεσογόνες συνθήκες και το οποίο το παιδί δεν μπορεί να σταματήσει από μόνο του. Συνήθως παιδιά από υψηλή κοινωνικο οικονομική τάξη.

### Ειδικές φοβίες

2-4%. Οι φόβοι είναι συχνοί στα παιδιά ( πχ ζώα όταν 2-4 χρ, σκοτάδι όταν 4-6 χρ, θάνατος στην εφηβεία). Αλλά είναι παροδικοί . Όταν είναι επίμονοι και προκαλούν διαταραχή τότε αποτελούν φοβία. ( οι πραγματικές φοβίες συνήθως παραμένουν και στην ενηλικίωση).

### Διαταραχή Πανικού

Σπάνια πριν την εφηβεία.

### **Κατάθλιψη**

Πριν την εφηβεία 1-2%. Αγόρια: κορίτσια 1:1.

Στην εφηβεία 2-5%. Αγόρια: κορίτσια 1:2.

Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στους γονείς (όπως και το αντίστροφο).

Ευερεθιστότητα και δυσθυμία προεξέχουν. Σπάνια παρατηρείται διαταραχή στον ύπνο και στην όρεξη. Ο θυμός είναι το άλλο πρόσωπο της κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους.

Τείνει να υποτροπιάζει

### **Μανία**

Διαγιγνώσκεται σπάνια. (Δεν υπάρχει ή δεν αναγνωρίζεται;). Πρόσφατες τάσεις για συχνότερη διάγνωση.

### **Θεραπίες**

Ψυχολογική:

1. Ατομική: δεδομένα για Γνωσιακή Συμπεριφερολογική Θεραπεία και θεραπείες που στοχεύουν στον τρόπο του σχετίζεσθαι.
2. Θεραπεία Οικογένειας.

Φαρμακευτική: SSRI μέτρια αποτελεσματικότητα κυρίως στην εφηβεία και όταν υπάρχει σοβαρή κατάθλιψη.

Κοινωνική: δραστηριότητες, υποστήριξη οικογένειας σε πρακτικά κοινωνικοοικονομικά θέματα.

## **ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΡΝΗΣΗ**

Αιτία προσέλευσης και όχι ψυχιατρική διαταραχή

Τρεις ηλικίες που συνήθως εμφανίζεται ( 6χρ, 12 χρ και εφηβεία)

### **Χαρακτηριστικά**

Το παιδί αρνείται να πάει σχολείο συνήθως μετά από διακοπές ή ασθένεια ή τραυματικό οικογενειακό γεγονός.

Ανάγκη να διαφοροδιαγνωστεί το σκασιαρχείο από τη σχολική άρνηση και τη σωματική ασθένεια.

### **Αιτιολογία**

Ψυχιατρικοί λόγοι: Διαταραχή Άγχος Αποχωρισμού, Κατάθλιψη ( εφηβεία) ψύχωση ( πρόδρομα στάδια)

Στην οικογένεια: υπερεμπλοκή γονέων, έλλειψη πειθαρχίας και οργάνωσης, ασθένεια στους γονείς

Στο σχολείο: ακατάλληλο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το συγκεκριμένο παιδί, εκφοβισμός ( Bullying).

### **Διαχείριση**

Ταυτοποίηση της αιτίας και ανάλογη θεραπεία.

Διασύνδεση με το σχολείο.

Μεταφορά σε άλλο σχολείο ή εκπαίδευση κατοίκων συνήθως αντενδείκνυνται.

### **Πρόγνωση**

Το 70% επιστρέφουν στο σχολείο. Οι υπόλοιποι συνεχίζουν να εμφανίζουν δυσκολίες στο σχετίζεσθαι ή και συναισθηματικές διαταραχές.

## **ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΙΔΨ)**

Περίπου στο 0.5% των εφήβων. Το 1/3 των ενηλίκων με ΙΨΔ εμφανίζει τα πρώτα συμπτώματα πριν την ηλικία των 15 χρόνων.

Σε αρκετά παιδιά ιδίως προσχολικής ηλικίας υπάρχουν εμμονές και τελετουργίες οι οποίες είναι όμως φυσιολογικές και δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινότητα τους.

### **Χαρακτηριστικά**

Οι πιο συχνοί καταναγκασμοί είναι: πλύσιμο, καθαρισμός, επανάληψη λέξεων ή φράσεων, έλεγχος. Οι πιο συχνές ιδεοληψίες είναι : φόβος μόλυνσης, φόβος καταστροφής και προσπάθεια συμμετρίας. Οι καταναγκασμοί μειώνουν το άγχος των ιδεοληψιών.

Σε αντίθεση με τους ενήλικες συχνά δεν υπάρχει προσπάθεια αντίστασης στους ιδεοψυχαναγκασμούς. Άγχος και κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν

### **Αιτιολογία**

Νευροαπεικονιστικές έρευνες κατευθύνουν προς βλάβη στην περιοχή των βασικών γαγγλίων. Όχι σπάνια υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ΙΨΔ ή διαταραχών τικ, παραπέμποντας σε μια πιθανόν κοινή γενετική βάση.

Πρόσφατα έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ οξείας έναρξης ΙΨΔ και στρεπτοκοκκικής λοίμωξης.

### **Διαχείριση**

1. Ψυχολογική: Θεραπεία Συμπεριφοράς με στόχο τη σταδιακή μείωση των Ιδεοψυχαναγκασμών. Θεραπεία οικογένειας, με στόχο οι γονείς να μην δίνουν «τροφή» στις ιδεοληψίες και να σταματήσουν να εμπλέκονται στην τέλεση των καταναγκασμών.
2. Φαρμακευτική: SSRI's με καλή αποτελεσματικότητα. Χλωμιπραμίνη, σε ανθεκτικές περιπτώσεις, αλλά είναι παλαιό φάρμακο με αρκετές παρενέργειες.

### **Πρόγνωση**

Μόνο μια μικρή μειοψηφία ιάται πλήρως. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια χρόνια πορεία, σε αντίθεση με τις συναισθηματικές διαταραχές.

## **ΔΙΑΧΥΤΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Συχνότητα 1:1000, αλλά πιθανόν και συχνότερο ανάλογα με το πόσο αυστηρά είναι τα κριτήρια. ( αυτιστικό φάσμα).

### **Χαρακτηριστικά**

Ποιοτικά ελλείμματα στην:

1. Κοινωνική διάδραση
2. Λόγο και επικοινωνία
3. Επαναλαμβανόμενη στερεοτυπική συμπεριφορά

Πρέπει να εμφανίζονται πριν την ηλικία των 3 χρόνων

### **Αιτιολογία**

Γενετικά ( περισσότερα των 2 γονιδίων)

Αυξημένη παρουσία σε σύνδρομα ( πχ Fragile X, νευροινωμάτωση)

Ακραίες συνθήκες παραμέλησης ( πχ ορφανοτροφεία στη Ρουμανία).

### **Διαχείριση**

Εκπαίδευση ( στο σπίτι , στο σχολείο, ταυτοποίηση ειδικών αναγκών)

Τα περισσότερα προγράμματα σήμερα στηρίζονται σε αρχές της συμπεριφερολογίας.

Φάρμακα μόνο ευκαιριακά και για αντιμετώπιση δευτερευόντων καταστάσεων ( πχ επιθετικότητα, υπερκινητικότητα, κατάθλιψη).

### **Πρόγνωση**

10-15% μόνο θα μπορέσουν να ζήσουν ανεξάρτητα ή ημι-ανεξάρτητα. Σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας: ανάπτυξη λόγου και IQ.

## **ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Είναι λάθος να διαχωρίζουμε το σώμα από τη ψυχή ως δύο εντελώς διαφορετικές οντότητες. Η σύγχρονη τάση προτρέπει σε μια ολιστική προσέγγιση. Να μην σπεύδουμε να χαρακτηρίσουμε κάτι ως ψυχολογικό μόνο και μόνο επειδή η επιστήμη δεν μπορεί με τις σημερινές της γνώσεις να αποδώσει σαφή οργανική αιτία.

### **Ορισμένες βασικές διαπιστώσεις**

1. Το άγχος και η ένταση μπορούν να εκδηλωθούν με σωματικά συμπτώματα ( πονοκέφαλος, πονόκοιλος, ναυτία, διάρροια κλπ). Αν οι γονείς πανικοβληθούν από τα συμπτώματα του παιδιού τους, θα ανατροφοδοτήσουν μη συνειδητά το άγχος του και επομένως και τα σωματικά του συμπτώματα.

2. Ορισμένες οικογένειες δυσκολεύονται ή και αδυνατούν να συζητούν για ένα ψυχολογικό πρόβλημα ( πχ στεναχώρια). Αντίθετα τους είναι πιο αποδεκτό να μιλούν για ένα σωματικό πρόβλημα (πχ πονοκέφαλος). Κατά αυτόν τον τρόπο ένα παιδί μαθαίνει να τραβάει την προσοχή και την φροντίδα των μεγάλων όταν αναφέρεται πχ σε πονοκέφαλο παρά πχ σε κάτι που το στεναχώρησε στο σχολείο.

3. Το να είσαι υγιής είναι συνήθως πιο ελκυστικό από το να είσαι άρρωστος. Σε περιπτώσεις όμως όπου ένα παιδί είναι άρρωστο για πολύ καιρό μπορεί να έχει χάσει φίλους, χρονιά στο σχολείο, επαφή με δραστηριότητες. Τα οφέλη από το να παραμείνει άρρωστο μπορεί να είναι μεγαλύτερα από το να γίνει καλά ( φροντίδα και προσοχή των γονέων του). Έτσι, θεραπευτικές προσπάθειες μπορεί να συνοδεύονται με εντατικοποίηση των συμπτωμάτων.

### **Ορισμένες συνήθειες περιπτώσεις**

1. Υποτροπιάζοντες κοιλιακοί πόνοι. Στο 10-25% των παιδιών 3-9 χρόνων. Από αυτό το ποσοστό μόνο στο 10% τελικά αποδεικνύεται μια σοβαρή οργανική αιτία. Συνήθως τα παιδιά αυτά είναι ντροπαλά και υπέρ-ευσυνείδητα. Οι οικογένειες τους έχουν συνήθως υψηλές προσδοκίες, αλλά και ιατρικό ιστορικό σωματικών συμπτωμάτων.

2. Χρόνιο σύνδρομο κούρασης. Άγνωστης αιτιολογίας με πολλές διαφωνίες γύρω από αυτήν. Χαρακτηρίζεται από ψυχική κούραση και σωματικά συμπτώματα χωρίς εμφανή οργανική αιτία. Η ψυχολογική παρέμβαση στηρίζεται στο να υποστηριχτεί το παιδί να κάνει κάτι περισσότερο, έστω και λίγο κάθε μέρα. Η παρέμβαση αυτή έχει ένα βαθμό αποτελεσματικότητας, χωρίς όμως να αποδεικνύει και την ψυχολογική προέλευση του συνδρόμου.

3. Διαταραχή μετατροπής

Παρουσία συμπτωμάτων κυρίως από το κινητικό σύστημα ή τα αισθητήρια όργανα χωρίς ενδείξεις παρουσίας οργανικού υποστρώματος, ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν ενδείξεις ψυχολογικής αιτίασης. Υπάρχουν σοβαρότατες δυσκολίες για την τεκμηρίωση μιας αξιόπιστης τέτοιας διάγνωσης. Σε αρκετές περιπτώσεις, από μακροχρόνια παρακολούθηση

αποδεικνύεται τελικά κάποια οργανική βάση. Είναι σπάνια πριν την ηλικία των 5 χρόνων και πιο συχνή μετά την ηλικία των 10 χρόνων. Πιο συχνή σε αναπτυσσόμενες χώρες από ό,τι στις ανεπτυγμένες, όπου υπολογίζεται περίπου στο 1%. Θεραπευτικά, βραχυχρόνια ο στόχος είναι να κερδηθεί η εμπιστοσύνη και η συνεργασία της οικογένειας και του παιδιού. Μακροχρόνιος στόχος είναι να διδαχτούν στο παιδί πιο λειτουργικοί τρόποι να αντιμετωπίζει τις ψυχολογικές δυσκολίες.

## **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Οι διαταραχές διατροφής είναι κυρίως διαταραχές της εφηβικής ηλικίας.

### **1. Ψυχογενής Ανορεξία**

Σπάνια πριν την ηλικία των 11 χρόνων. Συχνότερη περίοδος έναρξης είναι η μέση εφηβεία. Συχνότητα στην ηλικία 16-18 χρόνων περίπου 1%. Αναλογία γυναίκες : άνδρες = 10:1, αλλά νεότερα δεδομένα αναφέρουν αύξηση στους άνδρες.

#### **Χαρακτηριστικά**

Σωματικό βάρος κάτω από το 15% του φυσιολογικού ή BMI<17.5. Προκαλείται από σοβαρότατο, συνειδητό περιορισμό της λήψης τροφής. Η έφηβη έχει ένα νοσηρό φόβο μήπως παχύνει και συνήθως αισθάνεται υπέρβαρα, παρά το γεγονός ότι είναι λιποβαρής. Υπάρχουν συνοδά σωματικά συμπτώματα όπως διαταραχή στην έμμηνο ρύση ή καθυστέρηση έναρξης της.

#### **Αιτιολογία**

Κοινωνικοί παράγοντες. Νόσος κυρίως του ανεπτυγμένου, δυτικού πολιτισμού και ορισμένων επαγγελματιών όπως μόντελινγκ, χορός κλπ ( κοινωνικά πρότυπα για το τι είναι «όμορφο»);).

Βιολογικοί παράγοντες. Ελαφρά αυξημένα ποσοστά μεταξύ μονογενών διδύμων.

Ψυχολογικοί παράγοντες: διαταραχή στον τρόπο σχετίζεσθαι και επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, έφηβες με υπερβολικά υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό τους.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μια δίαιτα που αρχίζει με «καλές» προθέσεις, αλλά στη συνέχεια ξεφεύγει από τον έλεγχο της έφηβης και παίρνει μια αυτόνομη πορεία προς την ανορεξία.

#### **Διαχείριση**

Συνιστάται η θεραπεία να γίνεται σε βάση εξωτερικού ασθενή και να αποτρέπεται η νοσηλεία εκτός και αν κινδυνεύει άμεσα η υγεία του έφηβου.

Ψυχολογική θεραπεία: Συνδυασμός ατομικής θεραπείας και θεραπείας οικογένειας. Πρόσφατες έρευνες όπου στις συνεδρίες λαμβάνουν μέρος αρκετές οικογένειες μαζί έχουν δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

#### **Πρόγνωση**

Η θνησιμότητα είναι υψηλή και κυμαίνεται από 5-10%. Περίπου το 50% θεραπεύονται και το υπόλοιπο ακολουθεί μια χρόνια πορεία.

### **2. Ψυχογενής Βουλιμία**

Έναρξη συνήθως προς το τέλος της εφηβείας, είναι πιο συχνή στις γυναίκες και εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 2-4%.

#### **Χαρακτηριστικά**

Χαρακτηρίζεται από ένα κύκλο συμπεριφορών, που ξεκινούν με επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής πρόσληψης τροφής, πλούσιες θερμιδικά σε σύντομο χρόνο. Αμέσως μετά, η έφηβη κυριεύεται από συναισθήματα ενοχών και ξεκινά

ορισμένα μέτρα αντιμετώπισης όπως εντατική γυμναστική, προκλητός εμετός, χρήση φαρμάκων όπως διουρητικά και καθαρτικά, τα οποία προσπαθεί να τα κρατήσει κρυφά. Το βάρος του ατόμου παραμένει συνήθως στα ευρέως φυσιολογικά όρια.

### **Διαχείριση**

Ψυχολογική: καλά αποτελέσματα με ψυχοθεραπεία γνωσιακού συμπεριφερολογικού τύπου. Θεραπεία με φάρμακα δεν έχει αποδειχτεί να προσφέρει κλινικά σημαντική βοήθεια.

### **Πρόγνωση**

Η βουλιμία ακολουθεί συνήθως μια χρόνια πορεία με εξάρσεις και υφέσεις. Μακροπρόθεσμα, τα περισσότερα άτομα έχουν διαταραγμένες διαιτητικές συνήθειες και τα επεισόδια κατάθλιψης είναι συχνά.

### **3. Επεισοδιακή υπερφαγία ( binge eating).**

#### **4.**

Η κατάσταση αυτή σχετικά πρόσφατα αναγνωρίστηκε ως μια ξεχωριστή κατηγορία. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα είδος παχυσαρκίας, που χαρακτηρίζεται από επεισόδια ανεξέλεγκτης και παρορμητικής υπερφαγίας (binging), πέρα από το σημείο του να αισθανθείς «ικανοποιητικά χορτάτος». Όχι σπάνια, τα επεισόδια αυτά συνοδεύονται από ενοχές και δυσαρέσκεια για το γεγονός. Διαφέρει όμως από τη ψυχογενή βουλιμία στο ότι δεν υπάρχουν επεισόδια προκλητού εμετού. Υπάρχουν όμως περίοδοι επαναλαμβανόμενων διαιτών, για αυτό και σε κάποιες περιπτώσεις το βάρος αυτών των ανθρώπων μπορεί να παρουσιάζει υπερβολική διακύμανση.

### **Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης**

Συνήθης έναρξη είναι η περίοδος προς το τέλος της εφηβείας 16-18 χρόνων. Είναι σπάνια νωρίτερα, αλλά έχει παρατηρηθεί και σε παιδιά 7 ετών.

#### **Αιτιολογία**

Θεωρείται νευροαναπτυξιακή διαταραχή με σημαντική γενετική επιβάρυνση.

#### **Χαρακτηριστικά**

Η σχιζοφρένεια στην παιδική ή εφηβική ηλικία έχει την ίδια συμπτωματολογία με την σχιζοφρένεια των ενηλίκων. Πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ φυσιολογικών φόβων ή φαντασίας στα μικρά παιδιά και ψυχωσικών συμπτωμάτων. Ο αυτισμός είναι διαφορετική ασθένεια από τη σχιζοφρένεια. Σε περιπτώσεις όμως πολύ πρώιμης έναρξης σχιζοφρένειας ( δηλαδή πριν την ηλικία των 12 χρόνων) μπορεί να συνυπάρχουν αναπτυξιακές ανωμαλίες στην επικοινωνία και στην κοινωνική συμπεριφορά. Για τους παραπάνω λόγους είναι σημαντική η εξέταση από ειδικό παιδοψυχίατρο

#### **Διαχείριση**

Φαρμακευτική αντιμετώπιση με αντιψυχωσικά φάρμακα νεότερης γενιάς. Θεραπεία οικογένειας. Η μείωση της επικριτικότητας και η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών βοηθάει στον περιορισμό των υποτροπών.

Συνεχιζόμενη και διαρκή εκπαίδευση ( μαθησιακή και κοινωνική) στον έφηβο προκειμένου να περιοριστούν τα ελλείμματα από την προσβολή της ασθένειας.

### **Πρόγνωση**

Πρώιμη έναρξη στην εφηβική ή παιδική ηλικία, συνήθως συνοδεύεται με κακή πρόγνωση και χρονιότητα της νόσου. Σημαντικό θετικό προγνωστικό στοιχείο είναι η καλή προνοσηρή λειτουργία του εφήβου και η πλήρης ανάρρωση του μετά το πρώτο επεισόδιο.

### **ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ**

Το 10-12% των παιδιών εμφανίζουν κάποιο χρόνιο νόσημα. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων. Το μοντέλο ότι συγκεκριμένες ασθένειες συνδυάζονται με συγκεκριμένο ψυχολογικό προφίλ έχει χαρακτηριστεί ως περιοριστικό και έτις έχει υιοθετηθεί το μοντέλο της μελέτης των επιμέρους ψυχοκοινωνικών ελλειμμάτων που προκαλεί η συγκεκριμένη ασθένεια.

### **Σημαντικότεροι μηχανισμοί ελλειμμάτων**

Για την οικογένεια : Αυξημένο κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος για όλους ( γονείς αδέρφια, αλλά κυρίως μητέρα )

Για το παιδί: Δυσκολίες σε συνεπή και συνεχή εκπαίδευση. Περιορισμός των δραστηριοτήτων ( συνέπειες στην εικόνα εαυτού και στην κοινωνικοποίηση). Εξάρτηση από άλλους ( γονείς κα υπηρεσίες) σε σημαντικά μεγάλο βαθμό.

### **Συχνές προκλήσεις**

Ενημέρωση της οικογένειας και του ίδιου του παιδιού για την ασθένεια.

Ενδυνάμωση του παιδιού και εκπαίδευση του ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται μόνο του ένα μεγάλο μέρος της θεραπείας και να νιώθει ανεξάρτητο.

### **Διαχείριση**

Αρκετοί παιδίατροι γνωρίζουν το πώς να χειρίζονται μια τέτοια κατάσταση. Σε περίπτωση όμως που αυτό δεν συμβαίνει θα πρέπει να κάνουν χρήση της διασυνδεδετικής παιδοψυχιατρικής νωρίς, χωρίς να καθυστερούν την παραπομπή μέχρι τα τελικά στάδια μιας ασθένειας ή μέχρι να συμβεί μια κρίση.

Διασύνδεση με το σχολείο (για μαθησιακή υποστήριξη και κοινωνική προστασία πχ κοροϊδία).

Υποστήριξη στην οικογένεια (οι πιο επιτυχημένες οικογένειες είναι αυτές που αναγνωρίζουν την ανάγκη του παιδιού τους για αυτονομία).

Τα παραπάνω πρέπει να προσαρμόζονται κάθε φορά με την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού.

## **ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Τέσσερις κατηγορίες: σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική και παραμέληση

### **Σεξουαλική κακοποίηση**

Η εμπλοκή ενός εξαρτώμενου, αναπτυσσόμενου παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα την οποία δεν μπορεί να κατανοήσει και να βιώσει ως τέτοια και η οποία αντιτίθεται στα ήθη, έθιμα και κανόνες της κοινωνίας.

10% των παιδιών αλλά πιθανότατα μόνο το 1% περιλαμβάνει σωματική επαφή κορίτσια: αγόρια 3:1

θύτης: ( συνήθως ) άνδρας συγγενής ή σχετιζόμενος με μητέρα.

Κατάχρηση δύναμης, εμπιστοσύνης και επιβολή με στόχο τη σεξουαλική ικανοποίηση.

Στάδια : στόχευση, ανάπτυξη οικειότητας, δοκιμή, μυστικό παιχνίδι, εκφοβισμός.

Ο κύκλος της κακοποίησης ( άρρενες θύματα γίνονται άρρενες θύτες)

Στο 10-20% των περιπτώσεων μόνο υπάρχουν ιατρικά ευρήματα

Τα περισσότερα παιδιά δεν αναπτύσσουν σοβαρή παθολογική συμπεριφορά.

Η μαρτυρία του παιδιού πιθανόν αξιόπιστη αν σταθερή, συνεπής, περιέχει

λεπτομέρειες, με κατάλληλη έκφραση συναισθήματος

Μακροπρόθεσμες ψυχιατρικές επιπλοκές: άγχος , κατάθλιψη, διαταραχές διατροφής, μετατρεπτικά σύμπτωμα, κατάχρηση ουσιών, αυτοτραυματισμός, μετατραυματική διαταραχή άγχους, προβλήματα σχέσεων, διαταραχή προσωπικότητας οριακού τύπου.

Ψευδείς καταγγελίες συχνά στο πλαίσιο γονικής αποξένωσης.

### **Θεραπεία**

Όχι ψυχιατρική διαταραχή, αλλά ανάγκη θεραπείας ψυχολογικών επιπλοκών και προδιαθεσικών παραγόντων.

Πρώτο και επείγον μέλημα η προστασία του παιδιού.

Ψυχολογική: Οικογενειακή θεραπεία για όρια και ρόλους

Ατομική θεραπεία για νοηματοδότηση της εμπειρίας, μείωση της ενοχής και βελτίωση εικόνας εαυτού.