



ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Εφηβική Κατάθλιψη και αυτοκτονία. Ο Ρόλος
του Νοσηλευτή.*



Επιβλέπων Καθηγήτρια:

Παναγιώτα Βάτσιου

Σπουδαστής:

Δημήτρης Μπάρτζης (7968)

ΠΑΤΡΑ 2016

*Αφιερωμένη στις
οικογένειες που έχασαν
τα παιδιά τους εξαιτίας
της εφηβικής κατάθλιψης
και Αυτοκτονικότητας..*

Ευχαριστήρια

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε παράλληλα με την ολοκλήρωση των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα ήθελα να ευχαριστήσω πρωτίστως όλα τα μέλη της οικογένειας μου για την αμέριστη συμπαράσταση και υπομονή που έδειξαν σε όλη την πορεία της φοίτησης μου. Χωρίς την οικογένεια μου και τα άτομα του στενού μου περιβάλλοντος αυτό το ταξίδι θα ήταν ακόμη πιο δύσκολο. Νιώθω δικαιωμένος που κατάφερα να ανταπεξέλθω σε δύσκολες εποχές με μεγάλα οικονομικά ζητήματα και να φτάσω ένα σκαλί πριν το πτυχίο που θα φέρει χαρά στους οικείους μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ βάθρων την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου για την βοήθεια που μου προσέφερε και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Με σεβασμό,

Δημήτρης Μπάρτζης

Περιεχόμενα

Ευχαριστήρια	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Κεφάλαιο 1 ^ο -Ανάλυση Εφηβείας.....	15
1.1. Εφηβεία-Ορισμοί.	15
1.2.Ανάπτυξη Προσωπικότητας.....	16
1.3.Στάδια Εφηβικής Ηλικίας.	18
1.4.Η επικοινωνία του εφήβου με τους γονείς.	20
Κεφάλαιο 2 ^ο -Κατάθλιψη.....	24
2.1.Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νόσων.	24
2.2.Κατάθλιψη-Μορφές.	26
2.3.Ταξινόμηση της Νόσου.....	27
2.4 επιδημιολογία της Νόσου	
2.5.Παράγοντες Ανάπτυξης.	29
Κεφάλαιο 3 ^ο -Εφηβική Κατάθλιψη.....	33
3.1.Κατάθλιψη-Διπολική Διαταραχή.	33
3.2.Έρευνα Φαινομένου στην Εφηβεία.....	34
3.3.Αίτια Εφηβικής Κατάθλιψης.....	38
3.4.Συμπτωματολογία.	41
3.5.Παράγοντες Κινδύνου για Κατάθλιψη στους Εφήβους.	42
Κεφάλαιο 4 ^ο -Αυτοκτονία στην Εφηβεία.....	45
4.1.Ορισμός Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς.	45
4.2.Εφηβεία και Αυτοκτονία.	46
4.3.Παράγοντες που οφείλεται η Εφηβική Αυτοκτονικότητα.	47

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

4.4 Σχέση κατάθλιψης με αυτοκτονία	
Κεφάλαιο 5 ^ο -Πρόληψη και Αντιμετώπιση.....	50
5.1.Πρόληψη Εφηβικής Κατάθλιψης.....	50
5.2.Αντιμετώπιση Κατάθλιψης.....	51
5.3.Πρόληψη Αυτοκτονικών Συμπεριφορών.....	53
5.4.Αντιμετώπιση Αυτοκτονίας.....	54
Κεφάλαιο 6 ^ο -Εφηβική Κατάθλιψη και Νοσηλευτής.....	57
6.1.Ο ρόλος νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.....	57
6.2.Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη.....	59
6.3.Νοσηλευτής και έφηβος.....	60
6.4.Νοσηλευτική Φροντίδα στην Κατάθλιψη.....	61
6.5. Νοσηλευτική Φροντίδα στον Αυτοκτονικό Ασθενή.....	64
6.6. Μέθοδος Νοσηλευτικής Διεργασίας σε Αυτοκτονικό ασθενή.....	65
6.6.1. Ολιστική-εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	65
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	75
Τηλέφωνα Έκτακτης Ανάγκης για Παιδιά και Εφήβους.....	80
Βιβλιογραφία.....	81

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα φαινόμενο με μεγάλη απήχηση σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η εφηβική και κατάθλιψη και η αυτοκτονία. Στην Ελλάδα τα φαινόμενα αυτά έχουν πάρει ανησυχητικές διαστάσεις, ιδιαίτερα στα πλαίσια της εφηβικής αυτοκτονίας. Τα νέα παιδιά συχνά «βουλιάζουν» στα οικογενειακά προβλήματα αλλά και σε άλλα ζητήματα που τους απασχολούν με αποτέλεσμα την κατάθλιψη και την επιθυμία να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η σημερινή νεολαία αντιμετωπίζει πιο άσχημες συνθήκες από τις προηγούμενες γενιές. Οι ειδικοί κάνουν λόγο πως 1 στα 4 παιδιά αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας.

Στη χώρα μας, η συχνότητα του προβλήματος είναι πολύ πιο χαμηλή συγκριτικά με άλλα κράτη του εξωτερικού. Παραδείγματος χάρη, στη Γαλλία καταγράφονται κάθε χρόνο περισσότερες από 700 αυτοκτονίες σε ηλικίες 15-21 ετών.

Ενώ, στις Η.Π.Α μεγάλος αριθμός μαθητών του λυκείου κάθε χρόνο πραγματοποιεί απόπειρα αυτοκτονίας, εξαιτίας:

- κατάθλιψης,
- κοινωνικής απομόνωσης,
- αλκοολισμού και
- χρήσης τοξικών ουσιών.

Στην Ευρώπη, αυξάνεται δραματικά το ποσοστό κατάθλιψης και αυτοκτονιών στις τρυφερές ηλικίες των 13-20 ετών. Σημαντικό στην αναφορά είναι ότι την δεκαετία το 1980-1990, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτοκτονιών και απόπειρας αυξήθηκε κατά 45%. Ακόμη, στη χώρα μας 3,8% των περιπτώσεων ανά 100.000 εφήβους διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας. Έρευνες στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταδεικνύουν ότι οι απόπειρες αυτές διαπράχθηκαν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 58% εξαιτίας:

- Άσχημων οικογενειακών καταστάσεων (όπως διαζύγιο, διάσταση γονέων, σύγκρουση γονιών-παιδιών),
- Προσωπικών απογοητεύσεων και
- Σχολικών αποτυχιών.

Η μεγαλύτερη μερίδα των Ελλήνων εφήβων που πάσχει από κατάθλιψη και συχνά αποπειράται να αυτοκτονήσει είναι υπερβολικά περιορισμένοι και οι γονείς δεν σέβονταν και

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

δεν στήριζαν την ανεξαρτησία και αυτονομία τους παιδιού τους. Το άσχημο αποτέλεσμα είναι οι λανθασμένη αντίδραση των περισσότερων γονιών καθώς θυμώνουν, τιμωρούν και ξυλοκοπούν τα παιδιά τους μετά από μία απόπειρα ή στην άλλη διάσταση υπάρχουν οι γονείς που δείχνουν ενοχές, κατάπληξη και σοκ. Αυτό συμβαίνει , γιατί το παιδί τούς «εκθέτει» και τους κάνει να φαίνονται κακοί γονείς. Στο 55% των περιπτώσεων απόπειρας αυτοκτονίας, τα παιδιά χρησιμοποιούν για το σκοπό τους φάρμακα των γονιών, π.χ. ασπιρίνες ή ψυχοφάρμακα ή και φυτοφάρμακα. Οι περισσότεροι γονείς αναφέρονται στην εφηβεία των παιδιών τους με άγχος και άσχημα συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας. Έχοντας λάβει γνώση τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν μεγάλη μερίδα των εφήβων και επηρεασμένοι από απόψεις άλλων γονιών και εκπομπών ή βιβλίων και συνεδρίων. Το θέμα αυτό, όπως και να έχει είναι πολύ σοβαρό και ταλανίζει πολλές κοινωνίες ανά την υφήλιο και μέσα σε αυτές τις κοινωνίες βρίσκεται και η δική μας ελληνική πραγματικότητα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή εργασία με τίτλο «Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή» πραγματοποιήθηκε στο τμήμα νοσηλευτικής με σκοπό την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών. Ο βασικότερος σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη μιας από τις μάστιγες της σημερινής εποχής της κατάθλιψης των έφηβων και στις αυτοκτονικές τάσεις που αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό τα τελευταία χρόνια. Ο στόχος για τον οποίο επιλέχθηκε αυτό το θέμα είναι η ενημέρωση των γονέων, των εκπαιδευτικών και των ίδιων των εφήβων.

Η εφηβική κατάθλιψη απασχολεί πολλούς επαγγελματίες υγείας καθώς όλο και περισσότερο τα κρούσματα αυξάνουν και αποδεικνύουν ένα πρόβλημα σοβαρό, με σημαντικές επιπτώσεις στο ίδιο το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του αλλά και των οικείων του. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι πολύπλευρή και να συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες που μπορούν να βελτιώσουν και να ανατρέψουν τα δεδομένα.

Στην εργασία, ακόμη, αναρτήθηκε και τονίστηκε ο ρόλος του νοσηλευτή στο τομέα της ψυχικής υγείας, πού αποσκοπεί και πόσο μπορεί καθοριστικά με τα μέσα και τις γνώσεις που διαθέτει να στηρίξει, να εκπαιδεύσει τα παιδιά αυτά και τις οικογένειες του. Ακόμη, όλη η νοσηλευτική φροντίδα σε έναν έφηβο που εισάγεται στο νοσοκομείο ύστερα από μια αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας. Οι χειρισμοί και ο τρόπος προσέγγισης ενός τέτοιου παιδιού είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για την εξέλιξη της ψυχικής του ασθένειας και της αντιμετώπισης αυτής.

Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, Παιδί, Ψυχιατρική νοσοκομειακή περίθαλψη, Νοσηλευτική φροντίδα

ABSTRACT

This current study, named as “Adolescent Depression and Suicide. The role of the nurse”, was conducted in order to complete my postgraduate studies in the nursing department of Technological Educational Institute of Patras. The main goal of the study was to present two of the modern society’s scourges, that of the teenage depression and the suicidal tendencies that are growing rapidly the recent years. It is aimed to stimulate and inform parents, teachers and adolescents about these critical issues.

Teenage depression concerns many healthcare professionals due to the fact that day after day the cases of adolescent depression are increasing rapidly, presenting a growing danger with serious implications about the child’s later life. The treatment of this rising problem must be multifaceted and it should involve the engagement of many specialties in order to be able to address it.

To conclude, this paper cites and highlights the valuable role of nursing staff in the challenging sector of mental health. Nurses with their specialized knowledge on the field are able to support and educate children and their parents to overcome these problems, especially an adolescent that is admitted to the hospital after a failed suicide attempt. A case like this must be treated with special care and attentive approach in order to facilitate the recovery process of the adolescent’s mental health.

Key words: Depression, Child, Psychiatric hospitalization, Nursing care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εφηβεία ορίζεται η περίοδος στη ζωή ενός ατόμου όπου περνάει στη μετάβαση από την παιδική ηλικία στη φάση της ωρίμανσης, σε αυτή την εποχή συμβαίνουν πολλές μεταβολές στο σώμα του παιδιού, με βασικότερη την ωρίμανση των γεννητικών οργάνων. Παρόλα αυτά όμως η εφηβεία δεν μπορεί να ταυτιστεί με την ήβη. Η ήβη αφορά τις βιοσωματικές διαδικασίες κατά την ανάπτυξη. Με τον όρο εφηβεία διαφαίνεται η ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού η οποία συσχετίζεται και με το βιολογικό φαινόμενο της ανάπτυξης. Είναι κοινώς αποδεκτό, ότι τα αγόρια μπαίνουν στην εφηβεία αργότερα σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ ακόμα και σε παιδιά της ίδιας φυλής η εφηβεία υπάρχει περίπτωση να διαφέρει. Η ήβη-εφηβεία ξεκινά περίπου στην ηλικία 10-11 χρόνων και ολοκληρώνεται στα 18-21, με την έναρξη της ενήλικης ζωής.¹

Στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του παιδιού, τα οποία θεωρούνται ως φυσιολογικά και μη ανησυχητικά. Συχνό χαρακτηριστικό της εφηβικής περιόδου αποτελεί η συναισθητική αστάθεια με τις απότομες αλλαγές, στις οποίες ο έφηβος τη μια στιγμή μπορεί να είναι ευτυχισμένος και να χαμογελά και την άλλη στιγμή να δείχνει ότι κάτι τον απασχολεί δείχνοντας δυσαρεστημένος, η εφηβεία σηματοδοτεί τις ψυχολογικές μεταπτώσεις. Βέβαια αυτές οι συμπεριφορές οφείλονται στις φυσιολογικές μεταβολές της γεννητικής ωρίμανσης των εφήβων. Παράλληλα μπορεί να σχετίζονται με κοινωνικά προβλήματα, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με φίλους και οικογένεια, πίεση για το σχολείο και άλλα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η προσαρμοστικότητα του εφήβου στις συναισθηματικές αλλαγές και στη σεξουαλική ωρίμανση, για το λόγο αυτό παρατηρείται κατά την όψιμη εφηβεία μεταβολή στάσης προς το αντίθετο φύλο. Η εφηβική ηλικία εκτός από μια μεταβατική περίοδο, θεωρείται η ηλικία, όπου πυροδοτούνται εξελικτικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται με συμπεριφορικές διαταραχές, αγχώδεις καταστάσεις, μαθησιακές δυσκολίες, άρνηση για το σχολείο. Μια από αυτές τις συχνές διαταραχές είναι και η κατάθλιψη, η οποία θεωρείται φυσιολογική έως ορισμένου σημείου στην εφηβεία.^{2,3}

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά εκτός του ότι είναι επώδυνα για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συνδέονται και με προβλήματα που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών της κατάθλιψης, των προβλημάτων στο σχολείο, των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και την αυτοκτονική συμπεριφορά.^{57,58} Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά και η θεραπευτική αντιμετώπισή της, δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικότερων

παρεμβάσεων πρόληψης στην παιδική ηλικία, αποφεύγοντας έτσι την εμφάνιση χρόνιας ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή.^{56,59,60} Επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη στα παιδιά, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη.⁶¹ Σ' αυτό συμβάλλει η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της παιδικής ηλικίας, που τον εμποδίζει να αποδεχθεί τα συμπτώματα απελπισίας και κατάθλιψης σ' ένα παιδί.⁶²

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που ταλανίζει τον 21ου αιώνα και αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να επηρεάσει άτομα από όλες τις ηλικίες, και την ηλικία της εφηβείας και των ατόμων που την εκπροσωπούν. Τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι τα εξής:

- το αίσθημα θλίψης που είναι διαρκές και επίμονο,
- η ευερεθιστικότητα και
- η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Ακόμη η κατάθλιψη επηρεάζει την όρεξη, τον ύπνο, τα επίπεδα δραστηριότητας και συγκέντρωσης, την αυτοπεποίθηση του παιδιού και τον πως βλέπει και αισθάνεται για τον εαυτό του. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου, αλλά πρόκειται για ψυχική διαταραχή που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αρνητικό αντίκτυπο στον πως αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται ένα άτομο. Όταν η ασθένεια αυτή, εφηβική ειδικά ηλικία δεν αντιμετωπιστεί δραστικά, με κατανόηση και υπομονή από την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον τότε μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και μπορεί να φτάσει μέχρι την αυτοκτονία..^{3,4}

Με τον όρο «αυτοκτονική συμπεριφορά» εννοείται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να βλάψει τον εαυτό του, με σκοπό να θέσει τέλος τη ζωή του. Περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει να τερματίσει τη ζωή του και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες με τις οποίες κάποιος φτάνει στο θάνατο.

Ο βασικότερος στόχος της εργασίας είναι να διατυπωθούν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής που ονομάζεται κατάθλιψη, να δοθούν οι τρόποι διάγνωσης, ειδικά στα νεότερα σημεία και παρουσιαστεί ο τρόπος αντιμετώπισης. Ακόμη, στην εργασία δίνονται στοιχεία για την αυτοκτονία και όλα εκείνα τα σημεία για την δραστική μείωση του φαινομένου ειδικά τις νεαρές ηλικίες. Σημαντική θέση στην αντιμετώπιση της διαταραχής έχει ο νοσηλευτής για το λόγο αυτό δίνονται εμπεριστατωμένα στοιχεία για το έργο του και το ρόλο του. Το νοσηλευτικό λειτούργημα δρα καταλυτικά στην εξυγίανση του φαινομένου,

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

στην θεραπευτική αντιμετώπιση, στην συμβουλευτική διάστασή και στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου και την επάνοδό του στην καθημερινότητα.

Στην εργασία περιλαμβάνονται 6 κεφάλαια σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή και την αυτοκτονική διάθεση των εφήβων. Συγκεκριμένα στο 1^ο κεφάλαιο δίνονται γενικά στοιχεία για την εφηβική ηλικία, την μεταβατικότητα που την χαρακτηρίζει, την ανάπτυξη της σωματικής και συναισθηματικής προσωπικότητας αλλά και την επικοινωνία του έφηβου με τους γονείς και την οικογένεια.

Έπειτα, στο 2^ο κεφάλαιο δίνονται χρονολογικά στοιχεία της κατάθλιψης με την ιστορική αναδρομή της νόσου, ενώ στη συνέχεια αναφέρεται η ταξινόμηση των διαφόρων μερών συμπτωμάτων και παραγόντων ανάπτυξης της διαταραχής αυτής.

Στο 3^ο κεφάλαιο η κατάθλιψη γίνεται πιο συγκεκριμένη και εντοπίζεται στην εφηβική ηλικία βασιζόμενη σε στατιστικά στοιχεία της διαταραχής την αντιμετώπιση και την πρόληψη που απαιτείται για την εξυγίανσή της. Στην πορεία της εργασίας και στο 4^ο κεφάλαιο θίγεται το θέμα της αυτοκτονίας και στο 5^ο η πρόληψη και η αντιμετώπιση αυτής.

Τέλος στο 6^ο και τελευταίο μέρος της πτυχιακής γίνεται εκτενής αναφορά στο νοσηλευτικό καθήκον και έργο. Καθώς, πέρα από την προστασία της ζωής του καταθλιπτικού άτομου και την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων το ίδιο σημαντική είναι η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή με σκοπό να βελτιωθεί η νοητική του κατάσταση και να οδηγηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην ίαση της ψυχής του.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1^ο-Ανάλυση Εφηβείας

1.1. Εφηβεία-Ορισμοί.

Η εφηβεία, όπως προαναφέρθηκε είναι η μεταβατική περίοδος που συμβαίνει από την παιδική ηλικία στην ωριμότητα και έχει σαν κέντρο την ήβη. Με τον όρο περιγράφονται όλες εκείνες οι ψυχικές λειτουργίες που επιτελούνται στην εφηβεία με σκοπό το άτομο να μπορέσει να ενσωματώσει τις μεγάλες αλλαγές που επέρχονται από αυτήν. Τα χρονικά πλαίσια δεν μπορούν να δοθούν με ακρίβεια.⁵

Η εφηβεία μπορεί να θεωρηθεί σαν μια δεύτερη γέννηση του ατόμου που πραγματοποιείται σταδιακά. Στην εφηβεία το παιδί αφήνει σιγά σιγά την οικογενειακή προστασία και ζεστασιά για να βγει στην κοινωνία όπως και στην βιολογική του γέννηση αποχωρίστηκε το μητρικό πλακούντα, το πρώτο το σπίτι.

Στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας επιτελούνται μια σειρά από μεγάλες αλλαγές σε διάφορους τομείς όπως τον σωματικό, τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό και τον συναισθηματικό. Αυτές οι αλλαγές δημιουργούν εσωτερικές τριβές και εκρήξεις διαπροσωπικές. Η φύση δουλεύει με δικό της ρυθμό: το σώμα μεταβάλλεται, ωριμάζει και αποκτά ορμές και επιθυμίες. Σε πολλές περιπτώσεις ο έφηβος δεν μπορεί να αντιληφθεί αυτές τις επιθυμίες και αντιδρά με βία ή και απογοήτευση σε αυτό που θέλει και δεν μπορεί ακόμη να το πραγματοποιήσει.⁵

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της ηλικίας είναι η εναντίωση προς τους γονείς και του κηδεμόνες, η αποχή από το οικογενειακό περιβάλλον και η ενσωμάτωση και προσκόλληση με τους συνομηλίκους. Ακόμη, έχουν έντονες ψυχολογικές μεταπτώσεις, ευερεθιστικότητα, αμφιθυμία, αισθήματα θλίψης, άγχους, μοναξιάς, ντροπής, πλήξης, πολύ χαμηλή ή πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση και έντονου πειραματισμού. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά μαρτυρούν και συνθέτουν την εικόνα της ανωριμότητας του εφήβου αλλά και των γονέων.⁶

Ουσιαστικά, η εφηβική ηλικία είναι μια αναπροσαρμογή μια ανακατάταξη, καθώς οι μεταβολές που πραγματοποιούνται στο σώμα παρασύρουν και δημιουργούν αλλαγές και ως προς τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και όλη αυτή η διαδικασία καταλήγει στην δημιουργία της ταυτότητας του ατόμου που θα εισέλθει στην κόσμο της ενήλικης ζωής. Οπωσδήποτε, η διαδικασία δημιουργία ταυτότητας εμπεριέχει πολλές παραμέτρους κ εντάσεις. Οι έφηβοι ανακαλύπτουν την πραγματική ενηλικίωση απομυθοποιώντας ότι «μεγάλοι» έχουν πάντα δίκιο, ότι όλα είναι εφικτά και οι εκπρόσωποί τους παντοδύναμοι.

Παράλληλα, το σώμα όμως που μεταβάλλεται προδίδει ότι ίσως οι έφηβοι στο μέλλον να μπορούν να κάνουν ότι θέλουν.⁵

Για τους παραπάνω λόγους, συχνά στην εφηβεία υπάρχουν πολλές εκρήξεις και πειράματα. Οι έφηβοι αντιδρούν, πάνε κόντρα, φωνάζουν, κλείνουν με βίαιο τρόπο την πόρτα. Συχνά, κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ, κάνουν πράγματα χωρίς να σκέφτονται για να μετατοπίσουν το άγχος τους και τις δυνάμεις που πάλλονται μέσα τους.

Είναι γνωστό, ότι δεν μιλάνε όχι γιατί δεν έχουν κάτι να πουν ούτε επειδή δεν θέλουν σχέσεις με την οικογένεια τους αλλά επειδή όλα μέσα τους είναι τόσο μπερδεμένα. Νιώθουν μεγάλη ανασφάλεια για τις αλλαγές που βιώνουν, όπως πχ. Στα αγόρια αλλάζει η φωνή και παλεύουν να συνηθίσουν τη μεταβολή αυτή και να αναγνωρίσουν το νέο του εγώ. Ακόμη, έχουν διλλήματα ηθικά, αμφισβητούν τις αξίες και τις αρχές με τις οποίες μεγάλωσαν με σκοπό να επαναπροσδιορίσουν τους γονείς και να καταφέρουν να απογαλακτιστούν και να αντέξουν τον αποχωρισμό. Επιζητούν το ενδιαφέρον το ενηλίκων αλλά συχνά μέσα από αυτό το ενδιαφέρον βάλλονται.

Επιπροσθέτως, ένας ενήλικας που θα παίξει έναν «τρίτο γονέα», και ο οποίος θα ακούσει τον έφηβο χωρίς τον συναισθηματισμό και τον άγχος του πραγματικού γονιού είναι πάντα πολύ χρήσιμος, καθώς μια τρίτη οπτική γωνία απαλλαγμένη από αγωνία είναι μια πιο ξεκάθαρη άποψη.

Με τη λέξη «βγαίνω» ο έφηβος πυροδοτεί το μεγαλύτερο άγχος των γονιών του την βραδινή έξοδος καθώς ο γονέας όσο και να μεγαλώσει σωστά το παιδί του, όση εμπιστοσύνη και να θέλει να του δείξει πάντα αγωνιά για εκείνο. Επίσης, με το βγαίνω το παιδί κρύβει μια τυχόν ερωτική γνωριμία. Με το ρήμα βγαίνω το έφηβο παιδί φεύγει από τη φτερούγα προστασίας της οικογένειας. Σημαίνει ότι το παιδί μεταμορφώνεται δραματικά μια μεταμόρφωση πρωτόγνωρη και μοναδική γεμάτη χαρά και ερωτηματικά. Το παιδί προετοιμάζεται για την ενήλικη ζωή του έτοιμο να γράψει τη δική του ιστορία και αφήσει το δικό του στίγμα.

1.2.Ανάπτυξη Προσωπικότητας.

Ψυχαναλυτές κατά καιρούς υποστηρίζουν ότι η αναταραχή κατά την περίοδο της εφηβείας είναι ένδειξη φυσιολογικής ανάπτυξης. Η ανωριμότητα που δείχνουν οι έφηβοι είναι αποτέλεσμα της προσαρμοστικότητας που επιτελείται στο ψυχισμό του, η οποία είναι χρήσιμη και απαραίτητη για την αναπτυξιακή δραστηριότητα του παιδιού σε ενήλικα. Ο ψυχαναλυτής Winnicott υποστηρίζει ότι η ανωριμότητα της εφηβείας είναι απαραίτητη για

την μετέπειτα ενήλικη ωριμότητα. Ακόμη, αναφέρει ότι ο έφηβος που δείχνει ψεύτικη ωριμότητα στην πορεία της ενήλικης ζωής παραμένει ανώριμος. Ο ψυχισμός του ατόμου αναπτύσσεται και διαμορφώνεται σταδιακά. Κάθε στάδιο ορίζει συγκεκριμένες προκλήσεις μέσα από αναπτυξιακές κρίσεις. Η φυσιολογική και ουσιαστική επίλυση των αναπτυξιακών κρίσεων των προηγούμενων σταδίων είναι η σωστή για την επιτυχή αντιμετώπιση των κρίσεων στα επόμενα στάδια. Η αναπτυξιακή κρίση που δεν επιλύεται επανεμφανίζεται μέσα από επαναλαμβανόμενες δυσχέρειες στη πορεία της ζωής και δεν οδηγούν στην ουσιαστική ωριμότητα. Συγκεκριμένα, ο Erickson ανέφερε οκτώ στάδια εξέλιξης μέσα από τα οποία αναπτύσσεται ορθά η προσωπικότητα του παιδιού. Μάλιστα, θεωρεί ότι η εφηβική ηλικία είναι η βάση της κοινωνικής εξέλιξης και ο καθορισμός της προσωπικότητας του ατόμου.⁶

Η ορθή συνοχή του ατόμου, ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τα πράγματα, οι στόχοι, τα όνειρα και οι λύσεις που ανευρίσκει για την επίλυση των προβλημάτων της καθημερινής ζωής διαμορφώνει την προσωπικότητα. Η ευκολία με την οποία ο έφηβος διαμορφώνει την εικόνα του εαυτού του, είναι η συνένωση πολλών αιτιολογικών σημείων. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η παιδική ηλικία, ο τρόπος που μεγάλωσε το παιδί και η κοινωνία που προετοιμάζεται να εισέλθει. Η διαμόρφωση της ταυτότητας επηρεάζεται από ότι έχει ζήσει το παιδί τα πρώτα δέκα χρόνια της ζωής του.

Κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων το άτομο έρχεται σε επαφή με 4 εξελικτικές αναπτυξιακές κρίσεις. Αρχικά στη βρεφική ηλικία αντιμετωπίζει την κρίση της βασικής εμπιστοσύνης ή δυσπιστίας, κατά τη νηπιακή ηλικία έχει την κρίση αυτονομίας, αυτό πραγματοποιείται στο 2^ο και 3^ο έτος. Στη πορεία υπάρχει η κρίση πρωτοβουλίας ή ενοχής στο 4^ο και 5^ο έτος. Τέλος στη σχολική ηλικία υπάρχει η κρίση κατωτερότητας. Σε αυτή τη φάση ήδη το παιδί έχει ξεπεράσει αρκετές κρίσεις και μάχες για να είναι τελικά προετοιμασμένο σωστά να δεχτεί τις μεταβολές της εφηβείας. Μείζων ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου διαδραματίζουν οι γονείς και οι μεταξύ τους σχέσεις. Ιδανικοί γονείς θεωρούνται αυτοί που διαθέτουν τα εξής τρία σημεία:

- δείχνουν την αγάπη τους προς το παιδί,
- ενθαρρύνουν την αυτονομία και την ανεξαρτησία του παιδιού και
- απαιτούν από το παιδί ώριμη συμπεριφορά σταδιακά.

Τα παραπάνω βοηθούν τον έφηβο να ολοκληρώσει θετικά τη διαμόρφωση της ταυτότητάς του κατά τη διάρκεια της ηλικίας αυτής. Η ορθολογική διαδικασία δημιουργίας ολοκληρωμένης ταυτότητας, οφείλει να δίνει στον έφηβο ευκαιρίες να γνωρίσει και να

δοκιμάσει διάφορους κοινωνικούς ρόλους και στυλ ζωής, να γνωρίσει διαφορετικά πρόσωπα του ίδιου και του αντίθετου φύλου, να διαμορφώσει ολοκληρωμένη άποψη βλέποντας τα θετικά και τα αρνητικά πολλών τομέων όπως ο κοινωνικός, πολιτικός, οικονομικός, θρησκευτικός και άλλα. Αποκτώντας δική του ηθική και πολιτιστική ιδεολογία με εμπειριστατωμένη άποψη και ανοιχτούς ορίζοντες. Όλη αυτή η διαδικασία απαιτεί πολύ χρόνο, διαπροσωπικές επαφές και ανταλλαγή απόψεων. Ο έφηβος θα ολοκληρώσει σημαντικά αυτή την κατάσταση μετά το 16^ο-20^ο έτος της ζωής του. Στην κατακτημένη ταυτότητα η τελική επιλογή μοιάζει με την προτίμηση των γονέων, η επιλογή αυτή όμως έχει γίνει με τα κριτήρια έθεσε ο ίδιος ο έφηβος για τον εαυτό του και αφού σύγκρινε εναλλακτικές καταστάσεις. Το είδος αυτό της ταυτότητας είναι η ορθότερη μορφή ταυτότητας. Υπάρχουν και άλλες δύο μορφές ταυτότητας η δοτή ή αλλιώς η πρόωρα σχηματισμένη και το λεγόμενο παρατεταμένο μορατόριουμ. Στη δοτή ταυτότητα το άτομο έχει αφοσιωθεί σε στόχους και πεποιθήσεις που έχουν αποφασίσει τρίτοι και όχι το ίδιο το άτομο. Στο παρατεταμένο μορατόριουμ το άτομο έχει επιδοθεί σε μία συνεχιζόμενη προσπάθεια να αναζητεί και να εξετάζει δυνατότητες και εναλλακτικές λύσεις χωρίς να μπορεί ακόμη να απολήξει σε ένα ξεκάθαρο και ικανοποιητικό αποτέλεσμα αυτοπροσδιορισμού και να αποσαφηνίσει ένα σχέδιο ζωής.⁷

Είναι γνωστό και κοινώς παραδεκτό το συναισθηματικό μπέρδεμα που υπάρχει στην περίοδο της εφηβείας. Ακόμη, ο έφηβος καλείται να ανταπεξέλθει στις αλλαγές που συμβαίνουν στο σχολείο, να ανταποκριθεί στο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και φυσικά να πάρει αποφάσεις για τις σπουδές και την καριέρα του. Το συναισθηματικό μπέρδεμα εντείνεται και ο έφηβος αποπροσανατολίζεται μη ξέροντας να θέτει σωστά τις προτεραιότητες του. Ακόμη, των μπερδεύει η σχέση με το άλλο φύλο και οι διαμάχες με τους γονείς για την ανεξαρτησία του.

1.3.Στάδια Εφηβικής Ηλικίας.

Τα χαρακτηριστικά της πρώτης εφηβείας(11-14 ετών) είναι τα εξής:

- Μεγάλη σωματική ανάπτυξη,
- Τάση για απομόνωση από τους γονείς,
- Προσκόλληση προς τους φίλους συνομήλικους του ίδιου φύλου συνήθως,
- Ρομαντισμός και Υπέρμετρη αφοσίωση σε πρόσωπα και ιδέες,
- Συγκεκριμένη σκέψη,
- Δυσκολία στην αποδοχή αλλαγών.

Τα χαρακτηριστικά της μέσης εφηβείας(14-16 ετών) είναι τα εξής:

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

- Έναρξη ενδιαφέροντος για ετερόφυλες σχέσεις,
- Σεξουαλικός πειραματισμός,
- Πάθος και αδεξιότητες,
- Ικανότητα για αφηρημένη σκέψη
- Κρίνει, αναλύει, συγκρίνει και ονειρεύεται το μέλλον και το ρόλο του μέσα σε αυτό,
- Εκρήξεις οργής και εναλλαγή ευφορίας & καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα χαρακτηριστικά της τελικής εφηβείας (17-18 ετών) είναι τα εξής:

- Ολοκληρωμένη αφηρημένη σκέψη,
- Σαφής επιβράδυνση της ανάπτυξης,
- Εξοικείωση με τις σωματικές αλλαγές,
- Διεύρυνση του ιδεαλισμού,
- Σταδιακή ταύτιση με τις απόψεις των γονιών,
- Σοβαρότερες ποιοτικά σεξουαλικές σχέσεις.

Τα χαρακτηριστικά μετεφηβικής ηλικίας (>18 ετών) είναι τα εξής:

- Αβέβαιη επαγγελματική εξέλιξη και πορεία,
- Μακροχρόνιες σπουδές,
- Εξάρτηση κοινωνική και οικονομική από τους γονείς,
- Παρατεταμένη εφηβεία.

Η εφηβεία σε πολλές περιπτώσεις έχει περιγραφεί με όρους που ταιριάζουν με κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο. Κάνοντας λόγο για την εφηβική ηλικία χρησιμοποιούνται λέξεις όπως θυμός, λύπη, διέγερση. Πολλά λογοτεχνικά έργα που έχουν γραφεί αναφέρουν την περίοδο αυτή στη ζωή του ατόμου με απαισιοδοξία, θλίψη και χαμηλό αυτοσεβασμό που νιώθουν οι νέοι.

Είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι η εφηβεία αποτελεί μια δεύτερη ευκαιρία για την εξυγίανση ψυχοσυναισθηματικών δυσκολιών πραγματοποιήθηκαν σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης. Η επιτυχής συγκρότηση όλων των αναπτυξιακών δεξιοτήτων οδηγεί στην δημιουργία μιας υγιούς ταυτότητας. Μέσα στη διάρκεια της εφηβείας επιτυγχάνονται πολλοί στόχοι όπως η αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας, τη διαμόρφωση της σεξουαλικής ταυτότητας, την ανάδυση του ψυχοκοινωνικού εγώ και την συναισθηματική ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς και την εν δυνάμει προετοιμασία για την μελλοντική οικονομική ανεξαρτησία.⁷

1.4.Η επικοινωνία του εφήβου με τους γονείς.

Είναι συχνό φαινόμενο οι γονείς να έχουν αίσθημα προδοσίας από τα παιδιά τους όταν εκείνα βρίσκονται κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γονείς πιστεύουν ότι έχουν κάνει το καλύτερο δυνατό για τα παιδιά τους, στις περισσότερες περιπτώσεις μάλιστα θεωρούν ότι τα παιδιά τους είχαν ότι δεν απέκτησαν συναισθηματικά και υλικά οι ίδιοι από τη δική τους οικογένεια. Παράλληλα, στη διάρκεια της εφηβικής αναστάτωσης, λαμβάνουν τα ξεσπάσματα του παιδιού ως την έναρξη άσχημων εκβάσεων και προσπαθούν με κάθε τρόπο να τις αναστείλουν. Όλη αυτή η διαδικασία δρα αρνητικά προς τη ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού και μεγαλώνει το χάσμα ανάμεσα σε εκείνο και τους γονείς του, μάλιστα οι γονείς νιώθουν αχαριστία και αμφισβήτηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων σε μια ανυπακοή του εφήβου αντιδρούν με τιμωρίες, φωνές, επικριτική στάση, στον αντίλογο υπάρχουν οι πολύ προστατευτικοί γονείς με υποχωρητική στάση. Πολλοί γονείς εναλλάσσονται σε συμπεριφορές προσπαθώντας να ελέγξουν το παιδί τους, έτσι από τη μία πλευρά το τιμωρούν και από την άλλη δείχνουν ελαστικότητα με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν όρια και ρόλοι ευδιάκριτοι. Οι γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με τις παραχωρήσεις χαρακτηρίζονται από μια στάση αποδοχής προς το παιδί, και χτίζουν μαζί τους συνεργασία και δημοκρατικές σχέσεις και αποφάσεις. Οι γονείς που συνδυάζουν την απόρριψη και τον υπερβολικό έλεγχο γίνονται αυταρχικοί και απαιτητικοί, πολλές φορές ανταγωνίζονται τα παιδιά. Επιπροσθέτως, οι γονείς που χρησιμοποιούν σαν μέσο την απόρριψη και την παραχωρητικότητα είναι απόμακροι, αδιάφοροι και συνεπιφέρονται με περιφρόνηση ή ακόμη και εχθρικήτητα προς τα παιδιά τους.⁸

Όταν ένας γονέας είναι παραχωρητικός δεν σημαίνει ότι δεν ενδιαφέρεται για τα παιδιά και τα παραμελεί απλά προσπαθούν να μην χρησιμοποιούν την τιμωρία σαν μέσο δείχνοντας μια στάση αποδοχής απέναντι στις συμπεριφορές, τις εκρήξεις και τις ορμές των εφήβων παιδιών τους. Με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να κερδίσουν το προβάδισμα στην επικοινωνία με το παιδί και να το κάνουν να νιώσει εμπιστοσύνη, μέσα από διάλογο του επιτρέπουν να μην νιώθει καταπίεση και να επιλέγει σε ορισμένα πλαίσια αυτοβούλως, σε συνάρτηση με τους οικογενειακούς κανόνες.

Από την άλλη μεριά ο υπερπροστατευτικός γονέας εμφανίζει συνεχώς εναλλαγές στην προσωπικότητα του, προσπαθώντας είτε να κυριαρχήσει έναντι του παιδιού είτε να το υποτάξει. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε λανθασμένες εκβάσεις για την εξέλιξη και την προσωπικότητα του παιδιού. Ο έφηβος γίνεται εξαρτημένος και έχει παθητική στάση δεν παίρνει πρωτοβουλίες, δεν συνάπτει σχέσεις με συνομήλικους, δεν έχει αυθορμητισμό και δεν

επιδιώκει την ανεξαρτησία του. Ουσιαστικά, γίνεται υποτακτικός στην ίδια του την οικογένεια. Τα παιδιά αυτά γίνονται αδέξια και αναπτύσσουν πολλές φοβίες. Οι περιοριστικοί, αυταρχικοί γονείς επιθυμούν να ελέγχουν και να αξιολογούν τη συμπεριφορά και τις στάσεις του παιδιού σύμφωνα με έναν άκαμπτο κώδικα διαγωγής, που οι ίδιοι έχουν αποφασίσει για τα παιδιά τους. Τα παιδιά τέτοιων γονέων δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν με θάρρος και ρεαλιστικότητα τα προβλήματα τους και έχουν συχνά έλλειψη αυτοπεποίθησης, επίσης αργούν να αποδεχτούν τις ενήλικες υποχρεώσεις τους. Ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που αργεί να φύγει από την οικογένεια θεωρώντας δύσκολο ή ακατόρθωτο να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τις καταστάσεις.⁸

Στο αντίμετρο, βρίσκονται γονείς που δεν ενδιαφέρονται ούτε στο ελάχιστο για το παιδί τους προωθώντας φιλελεύθερες ιδέες χωρίς ίχνος ελέγχου και περιορισμού. Όταν το παιδί αισθανθεί ότι οι γονείς του δεν ενδιαφέρονται η ψυχολογική του ανεξαρτησία βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο. Το μεγαλύτερο μέρος των εφήβων αισθάνεται την απόρριψη ως παραμέληση και αδιαφορία και τραυματίζονται συναισθηματικά για τις ανάγκες οι γονείς δεν καλύπτουν. Ακόμη, αυτή οι αδιαφορία εισπράττεται από τον έφηβο ως ένδειξη ότι δεν αξίζει και η ύπαρξη του πληγώνει τους γονείς του. Ένας τέτοιος γονέας τιμωρεί ακόμη και την επιθυμία του παιδιού για ενδιαφέρον και συμπαράσταση. Όσο και αν οι απορριπτικοί γονείς δεν θέλουν να ασχοληθούν, εν τούτοις επιτυγχάνουν το εντελώς αντίθετο καθώς το παιδί που νιώθει αυτή τη συμπεριφορά προσκολλάται πολύ επάνω στο γονέα επιζητώντας προσοχή και καθοδήγηση.

Εν κατακλείδι, καμία οικογένεια οποιασδήποτε μορφής και κανένας γονιός δεν πρέπει να πιστέψει ότι θα αποφύγει τις κρίσεις και τις διαφωνίες κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αφού είναι ο αναμενόμενος αγώνας της ανεξαρτητοποίησης. Το παιδί στη διάρκεια της εφηβικής περιόδου δεν σκέφτεται πια όπως παλιά. Δεν είναι πλέον παιδί και διαμορφώνει άλλο τρόπο σκέψης και συμπεριφορά. Η διανοητική ανάπτυξη έχει εντελώς απότομη διαφοροποίηση στα πρώτα χρόνια της εφηβικής ηλικίας και στη συνέχεια πορεύεται με πιο μειωμένο ρυθμό μέχρι να πάρει τη τελική της μορφή γύρω στην ηλικία των 20 χρόνων. Η πιο σημαντική πρόοδος στις νοητικές ικανότητες κάνει την εμφάνιση της στην ηλικία των 12 ετών, που ονομάζεται ηλικία των λεγόμενων τυπικών νοητικών πράξεων, δηλαδή είναι η ικανότητα να σκέφτεται ο έφηβος υποθετικά, να φαντάζεται μια σειρά πιθανοτήτων και μελλοντικών γεγονότων και να σκέφτεται ο ίδιος συστηματικά σχετικά με τις δικές του διαδικασίες σκέψης. Με άλλα λόγια, οι έφηβοι έχουν την ικανότητα για άσκηση της λογικής και της αφαιρετικής σκέψης. Δεν μας ξαφνιάζει ότι οι νέοι άνθρωποι αρχίζουν να εξασκούν τους «διανοητικούς τους μύς»

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

κάνοντας χρήση νέων δυνάμενων της λογικής με στόχο της άσκηση κριτικής και την εκδήλωση του ενδιαφέροντος και του σκεπτικισμού τους απέναντι σε γενικές αξίες, απόψεις και κανόνες.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 2^ο-Κατάθλιψη.

2.1.Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νόσων.

Η αρχαιολογική σκαπάνη από διάφορες μεριές του πλανήτη σε Ευρώπη και Νότιο Αμερική ανέδειξε κρανία με οπές που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας χειρουργικής επέμβασης που γινόταν με σκοπό να απαλλάξουν το σώμα των ανθρώπων από το δαιμόνιο και τα κακά πνεύματα που οι πρωτόγονοι ενοχοποιούσαν για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Στη σημερινή εποχή συναντιούνται ακόμη τέτοιες αντιλήψεις μέσα από τη δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων. Αυτή η ίδια θεωρία που συμφωνεί με την επιστημονική θεωρία του Αριστοτέλη επικράτησε ως και την σύγχρονη εποχή στη Ευρώπη, με τραγικά αποτελέσματα για τους πολλούς ψυχιατρικούς ασθενείς που υπήρχαν ανά περιόδους.⁹

Εκείνη την εποχή, επικράτησε και ήταν κοινώς αποδεκτή η θεωρία του εξορκισμού όπου χρησιμοποιούνταν πολλές διαφορετικές μέθοδοι, άλλες πιο ήπιες και άλλες απάνθρωπες. Περιλάμβαναν, τη προσευχή, τους εκκωφαντικούς θορύβους και την κατάποση δυνατών βοτάνων και ποτών. Καταγεγραμμένες περιπτώσεις βίωναν βασανιστήρια καθώς για μέρες υποσιτίζονταν ή δεν τους παρεχόταν καθόλου τροφή, άλλες φορές του μαστίγωναν και τους βύθιζαν σε νερό με σκοπό να φύγει το δαιμόνιο. Όπως ήταν φυσικό πολλοί ψυχιατρικοί ασθενείς δεν υπέμεναν τα μαρτύρια και έχαναν τη ζωή τους βασανιστικά.¹⁰

Στις εβραϊκές κοινωνίες θεωρούσαν ότι η ψυχοπάθεια και η επιληψία είναι ασθένειες και όχι υπερφυσικές καταστάσεις και χρειάζονται θεραπεία από γιατρούς και όχι εκπροσώπους της θρησκείας. Στην Ινδία πάλι, διαχώριζαν σε κατηγορίες τους ψυχοπαθείς από τους διανοητικά καθυστερημένους και τους παράλυτους, τους θέραπευαν με τραγούδια και στην Κίνα με βελονισμό.¹

Σε πολλούς πολιτισμούς από αναφορές γνωρίζουμε την ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών ακόμη και στην ομηρική εποχή και στις αττικές τραγωδίες συναντώνται τέτοια στοιχεία. Ένα σημαντικό παράδειγμα είναι η μανιοκαταθλιπτική κρίση του Αίαντα και η διαταραχή του Ηρακλή. Στην Αρχαία Ελληνική μυθολογία τα κακά πνεύματα αντιπροσωπεύονταν από τη Θεά Λύσσα και τη Θεά Μανία.¹⁰

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών απέκτησε μια νέα προσέγγιση από τους Αρχαίους Έλληνες και τους Αρχαίους Κινέζους. Στην Αρχαία Ελλάδα, ο Πλάτωνας στην Πολιτεία αντιμετωπίζει με άσχημο τρόπο τους ψυχικά ασθενείς και θεωρεί ότι πρέπει να κρατιούνται μακριά από τους υπόλοιπους πολίτες ακόμη, προτείνει αν είναι δυνατόν να

φυλακιστούν ή ακόμη και να θανατωθούν με απόφαση του δικαστή. Ο Αριστοτέλης μελέτησε με ορθολογικό τρόπο με βάση εμπειρικές μεθόδους τη συμπεριφορά των ασθενών, ενώ παρατηρούσε ότι η χρήση της μουσικής και του κρασιού μπορούν να δράσουν θεραπευτικά προσφέροντας κατευνασμό στις ψυχές.

Συγκριμένα, ο πατέρας της Ιατρικής Επιστήμης ο Ιπποκράτης, ο οποίος θεωρήθηκε απόγονος του Θεού Ασκληπιού, και έζησε τον 4^ο αιώνα δεν ικανοποιήθηκε με την αντίληψη της εποχής για την ύπαρξη υπερφυσικών στοιχείων και προσπάθησε να αποδείξει ότι όλες οι ασθένειες σχετίζονται με την δυσλειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Σχετικά με την επιληψία και τις διαταραχές της, ο Ιπποκράτης είχε αναφέρει ένα σχόλιο ότι αν ανοίξεις το κεφάλι ενός επιληπτικού θα δεις στον εγκέφαλο ένα υγρό δύσοσμο και έτσι κάποιος καταλαβαίνει ότι δεν είναι κάτι που ήρθε από το θεό αλλά από κάποια αρρώστια. Ο Ιπποκράτης είχε καταφέρει πολλά καθώς παρατηρούσε συνεχώς και κατέγραφε αντικειμενικά τις συμπεριφορές των ψυχιατρικών αρρώστων. Επίσης, ανέπτυξε την πρώτη βιογενετική θεωρία όπου οι περισσότερες ψυχιατρικές ασθένειες οφείλονταν σε κάποια ανώμαλη έκκριση ή σύσταση του ανθρώπινου σώματος. Ακόμη προσδιόρισε την ανωμαλία των εκκρίσεων ανάμεσα σε τέσσερις τομείς το αίμα, τη λέμφο, τη κίτρινη χολή και τη μαύρη, όπου η καθεμία από αυτές επιτελούσε διάφορες αλλαγές στο χαρακτήρα του ατόμου.¹⁰

Ο Ιπποκράτης ονόμασε τη κατάθλιψη «μελαγχολία» επειδή θεωρούσε την ασκούσε την επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό. Διέγινωσε ότι κυριαρχεί το αίσθημα της λύπης, το άγχος και της ενοχής. Ακόμη περιλαμβάνει όλα τα αρνητικά συναισθήματα που δηλώνουν απαισιοδοξία. Έτσι, ταξινόμησε τις διανοητικές διαταραχές σε 3 διαφορετικές κατηγορίες:

- Μανία → ανώμαλος ενθουσιασμός.
- Μελαγχολία → ανώμαλη απόρριψη.
- Φρενίτιδα → πυρετός του εγκεφάλου.

Τέλος, όσων αναφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση πρότεινε την ανάπαυση, τη φυσική άσκηση, μουσική, ταξίδια, αφαιμάξεις, καθαρτικά, αντιεμετικά, αποχή από τη σεξουαλική ζωή και τη χρήση αλκοόλ καθώς και τη στήριξη των ψυχιατρικών ασθενών. Μετά, από τον Ιπποκράτη πολλοί άλλοι γιατροί ασχολήθηκαν με την ψυχιατρική όπως ο Γαληνός (130-200μ.Χ), ο οποίος ήταν ο πρώτος γιατρός που ασπάστηκε το Χριστιανισμό.¹⁰

2.2.Κατάθλιψη-Μορφές.

Στην καθημερινή ζωή συχνά χαρακτηρίζουμε ανθρώπους και καταστάσεις ανάλογα με τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά τους, οπότε είναι συνηθισμένο να ακούμε όρους όπως υστερία και σχιζοφρένεια στα πλαίσια περιγραφής μιας κατάστασης, αλλά ουσιαστικά δεν καταλαβαίνουμε αυτές τις έννοιες. Υπάρχει και η μερίδα των ατόμων που δεν αποδέχονται την ύπαρξη ψυχικών νοσημάτων, θεωρώντας όλα τα άτομα φυσιολογικά και τη κοινωνία που ζούμε άρρωστη. Όποτε φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ δύσκολο να ορίσουμε τι είναι φυσιολογικό και τι δεν είναι, για αυτό το λόγο η ψυχικές νόσοι χαρακτηρίζονται από πολυμορφία..^{11,12}

Σε πρώτο στάδιο, η ψυχική νόσος είναι μια ασθένεια ή καλύτερα μια λειτουργική ατέλεια που εκφέρεται στους ψυχικούς μηχανισμούς και διαφέρει από το τι θεωρεί η μάζα των ατόμων και η κοινωνία στο σύνολο της. Στη σημερινή εποχή, η ψυχική ασθένεια έχει διαχωριστεί σε τρεις μορφές. Η ιατρική προσέγγιση αναζητά την αιτιολογία σε οργανικούς παράγοντες, όπως στην ανατομία του κεντρικού νευρικού συστήματος, τη γενετική σύσταση και άλλα. Η δεύτερη προσέγγιση, αποσκοπεί στην άποψη ότι η ψυχική νόσος συνδέεται σε διαταραχές ενδοψυχικών αιτιών. Συγκεκριμένα, όταν ένα παιδί βρίσκεται στην ανάπτυξη ανάλογα με την παράλληλη σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη αν υπάρξουν τραυματικές εμπειρίες και αρνητικά ερεθίσματα τείνουν να δημιουργήσουν μια ψυχική ασθένεια.^{13,14}

Εν τέλει, στην κοινωνιογενετική προσέγγιση επικρατεί η άποψη ότι η ψυχική ασθένεια συνδέεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την προσωπικότητα ενός παιδιού στην ανάπτυξη. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό, ότι η ψυχολογία του παιδιού είναι σε μια συνεχή εξέλιξη με αποτέλεσμα να επηρεάζεται από τις συνθήκες στο περιβάλλον. Αυτό γίνεται πιο κατανοητό όταν πρόκειται για κατάθλιψη.

Όπως είναι φυσικό και κοινώς αποδεκτό κάθε άνθρωπος ξεχωριστά αποτελεί μια ολοκληρωμένη ψυχική και σωματική οντότητα, η οποία αποδίδει και τη συμπεριφορά του. Όταν μιλάμε όμως για την ψυχολογία ενός παιδιού, το ίδιο στοιχείο της προσωπικότητας μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά. Το συναίσθημα της κατάθλιψης εμφανίζεται συνήθως από το αίσθημα μιας απλής δυσφορίας και καταλήγει σε μια βαθιά μελαγχολία. Ένα βασικό χαρακτηριστικό είναι εύκολη κόπωση και η σωματική και ψυχική αδυναμία. Παράλληλα η κατάθλιψη μειώνει σημαντικά την ταχύτητα της σκέψης και αναταράσσει τα σωματικά συναισθήματα. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη χάνει κάθε ενδιαφέρον για ζωή και δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση. Ακόμη, είναι φανερό η ανικανότητα του να επιτελέσει της

επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, γνωρίζοντας ότι χρειάζεται στήριξη και βοήθεια.

Μία άλλη παράμετρος της καταθλιπτικής διαταραχής είναι η βαθιά μελαγχολία που συνοδεύεται από παραλήρημα εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων, προσωπικής ανικανότητας και άλλα. Μέσα σε αυτό το παραλήρημα υπάρχουν συσχετισμοί που αφορούν την αυτό πεποίθηση του ατόμου. Όταν η κατάθλιψη, βρίσκεται στη μελαγχολική φάση πολλές φορές εμφανίζονται και σωματικά συμπτώματα που επισκιάζουν τη συναισθηματική διαταραχή και μεταφράζονται λανθασμένα ως σωματική ασθένεια.¹⁴

Η κατάθλιψη, κατά καιρούς μεταφράζεται με διάφορους τρόπους και έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες που οι περισσότερες συνδέονται με το αίσθημα της απώλειας. Το συναίσθημα αυτό της απώλειας, δημιουργεί επιθετικότητα προς το ίδιο το άτομο αλλά και το αντικείμενο. Σε αυτό το σημείο δημιουργούνται ενοχές και προκαλείται και η κατάθλιψη.

Μια άλλη ερμηνεία της καταθλιπτικής διαταραχής συνδέεται με διαταραχές του μεταβολισμού χημικών ουσιών του οργανισμού ως αιτία της εμφάνισης. Ακόμη, υπάρχει η θεωρία της κληρονομικότητας, έχει συνδεθεί με την μεταβίβαση της προδιάθεσης στα παιδιά τους από άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη, είναι λογικό τα παιδιά από φυσιολογικούς να έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης. Βέβαια, η έννοια του φυσιολογικού και του μη φυσιολογικού βρίσκονται στα όρια μια λεπτής κλωστής.¹⁵

Η κατάθλιψη ανάλογα με την αιτιολογία της διαχωρίζεται σε δύο μορφές ή διαφορετικά είδη της νόσου. Το πρώτο ονομάζεται αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο γεγονός, παραδείγματος χάρη την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, που οδηγεί τον ασθενή να βουλιάζει σε αυτό και να μην τον αφήνει να κάνει μια φυσιολογική ζωή. Από την άλλη υπάρχει η δεύτερη κατηγορία που εμφανίζεται χωρίς σαφή αίτιο. Αυτό το είδος θεραπεύεται δυσκολότερα με αποτέλεσμα όσο περνάει ο καιρός να κατατρώει τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς και να του παίρνει τη θέληση για ζωή. Ο ασθενής δεν θέλει να γίνει καλά όλα του φαίνονται χωρίς σημασία, ακόμη και οι καθημερινές ανάγκες όπως να φάει και να κάνει μπάνιο.^{16,17}

2.3.Ταξινόμηση της Νόσου.

Η κατάθλιψη ταξινομείται και διαχωρίζεται σε διάφορους τύπους. Οι παρακάτω ταξινομήσεις είναι οι σημαντικότερες που σε πολλές περιπτώσεις η κλινική εικόνα μοιάζει και συμπίπτει.

Αρχικά, υπάρχει σε πιο ευρύτερο φάσμα η "κανονική", η "υποκλινική" και η "κλινική". Η κανονική αφορά κυρίως στις μεταβολές του συναισθήματος που βιώνει ένα άτομο και συνήθως εκφέρεται με το συναίσθημα της λύπης. Είναι συνώνυμη και με την κατάθλιψη η οποία αναφέρεται ως απλό σύμπτωμα, που πέρα από τη λήπη κανένα άλλο σημάδι δεν υπάρχει. Στην υποκλινική περίπτωση, η οποία είναι και πιο σοβαρή μορφή από την προηγούμενη έχει εκδηλώσεις πέρα από τη λύπη. Υπάρχει συνδυασμός διαφόρων συμπτωμάτων αλλά στο σύνολό τους δεν υπερβαίνει τα τρία ή τέσσερα. Αν όμως τα υπερβαίνει τότε κάνουμε λόγο για την κλινική κατάθλιψη. Στην υποκλινική κατάθλιψη δεν χρειάζεται, απαραίτητα, θεραπεία για να απαλλαγεί ο ασθενής από τα σημεία της νόσου, το άγχος και τις διαταραχές του. Στα πλαίσια όμως της κλινικής η οποία είναι η σοβαρότερη μορφή είναι οπωσδήποτε απαραίτητη η αντιμετώπιση καθώς αν τα σημεία παραμείνουν για περισσότερο από 2 εβδομάδες τότε ο ασθενής διατρέχει σοβαρό κίνδυνο. Σύμφωνα, με μία άλλη θεωρία για την διασαφήνιση των 3 μορφών της κατάθλιψης αφορά την ένταση των συμπτωμάτων που νιώθει ο ασθενής.¹⁸

Ένας από τους πιο κοινώς αποδεκτούς διαχωρισμούς στην κατάθλιψη είναι της διπολικής ή μονοπολικής κατάθλιψης. Στην περίπτωση της κλινικής κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάζεται ή η διπολική ή η μονοπολική μορφή όπου στην πρώτη υπάρχει εναλλαγή μανιακών με καταθλιπτικών επεισοδίων και ονομάζεται μανιοκαταθλιπτική νόσος, ενώ στην δεύτερη συνυπάρχουν μόνο καταθλιπτικές εκδηλώσεις.

Για να φτάσουμε στη διάγνωση της διπολικής κατάθλιψης αρκεί ένα και μόνο μανιακό επεισόδιο σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ατόμου αρκεί ακόμη να μην έχει εκδηλώσει ποτέ άλλοτε κατάθλιψη. Υπάρχει και μια άλλη μορφή κατάθλιψης ή διπολική κατάθλιψη II, όπου ο ασθενής βιώνει αισθήματα υπομανίας με εναλλαγές στην κατάθλιψη και θεωρείται μια μορφή μανίας. Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η μονοπολική μορφή συμβαίνει συνήθως σε μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τη διπολική και ότι η διπολική χαρακτηρίζεται κυρίως από μειωμένη επιθυμία και όρεξη για ύπνο στη φάση της μανίας ενώ τα άτομα που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη έχουν αϋπνία. Οι συγγενείς των ασθενών με διπολική κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από τη νόσο, σε σχέση με τους συγγενείς των μονοπολικών καταθλιπτικών ασθενών εύρημα το οποίο ενισχύει τη γενετική και βιολογική θεωρία.¹⁸ Πέρα από τις μορφές που προαναφέρθηκαν, στη ταξινόμηση υπάρχουν και οι παρακάτω:

- Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή, η διάγνωση γίνεται αν το άτομο εμφανίσει παραπάνω από 5 συμπτώματα.
- Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή, εμφανίζεται μεταξύ Οκτώβρη και Νοέμβρη και διαρκεί 60 περίπου ημέρες.
- Δυσθυμική Διαταραχή, θεωρείται ως η πιο ήπια μορφή κατάθλιψης.
- Κυκλοθυμία, διπολική κατάθλιψη είναι η αντίστοιχη της δυσθυμίας στη μονοπολική.
- Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη, εδώ αφορά στην απουσία ή παρουσία κάποιου αντικειμένου εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.
- Ψυχωτική και νευρωτική κατάθλιψη, όπου στην πρώτη περίπτωση υπάρχουν παραισθήσεις και στη δεύτερη απουσιάζουν.¹⁹

2.4. Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη αναδεικνύεται ως ένα από τα συχνότερα απαντημένα προβλήματα της εφηβείας. Η επίπτωση της ανέρχεται, ανάλογα με τις έρευνες σε 2,8- 8,3%. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους. Συμπεραίνεται ότι οι γονείς παρατηρούν και ανησυχούν περισσότερο για εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς κατά την διάρκεια της εφηβείας και ασχολούνται λιγότερο με το πώς νοιώθει ο έφηβος. Παράλληλα, υπάρχει μια δυσκολία εκ μέρους των εφήβων να μεταδώσουν τα υποκείμενα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης στους ενήλικους και προτιμούν να τα κρατήσουν για τον εαυτό τους ή να ζητήσουν βοήθεια από συνομηλίκους.³⁷

Ως προς το φύλο υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών που παρουσιάζουν κατάθλιψη.^{38,39} Μια πρόσφατη Σουηδική έρευνα⁴⁰ που έγινε σε 2300 μαθητές ηλικίας 16-17 ετών, αναφέρει επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8% και αναλογία φύλου 4 κορίτσια/1 αγόρι. Στην Ελλάδα, μια αντίστοιχη μελέτη⁴¹, που συμπεριέλαβε 1316 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών, έδειξε ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης(20,3%).

2.5. Παράγοντες Ανάπτυξης.

Για να γίνει ορθός διαχωρισμός και απολογισμός των αιτιών και των παραγόντων ύπαρξης και εξέλιξης κάποιας μορφής κατάθλιψης, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο εσωτερικά ανασυγκροτείται και διάφορα στοιχεία

συνυπάρχουν και αλληλοσυγκρούονται. Οι αιτιολογικοί παράγοντες ανάπτυξης της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου αναφέρονται παρακάτω.

- Βιολογικοί Παράγοντες: υπάρχουν πολλές αποδείξεις και ενδείξεις ότι η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε διαταραχές της λειτουργίας των νευροβιβαστών του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, τα άτομα με κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί ότι έχουν μειωμένη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών, όπως σεροτονίνη, νοραδρελίνη, γ-αμινοβουτυρικό οξύ και άλλα. Συγκεκριμένα, μία σαφής απόδειξη είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που δρουν στους νευροδιαβιβαστές αποτελεσματικά. Παράλληλα, και το σύστημα το ενδοκρινικό συμμετέχει στην κατάθλιψη. Ο υποθάλαμος, η υπόφυση και τα επινεφρίδια του ενδοκρινούς αδένου εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα στους καταθλιπτικούς. Ο άξονας αυτός επηρεάζει λειτουργίες όπως του ύπνου, τις εγρήγορσης και της έκκρισης ορμονών στο σώμα.
- Περιβαλλοντικοί Παράγοντες: έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί καταδεικνύουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να συσχετιστεί με την αλλαγή ενός περιβάλλοντος όπως του εργασιακού, την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, τα παιδικά τραύματα, τα οικονομικά ζητήματα και άλλα στρεσογόνα περιστατικά. Με βάση γνωστό μοντέλο αποδεικνύεται ότι βάση αυτών και σε συνάρτηση με τον επηρεασμό των νευροδιαβιβαστών μπορεί να προκληθεί σε άτομο με προδιάθεση να εμφανίσει τη νόσο.
- Ιατρικές Παθήσεις: άτομα που είναι μακροχρόνιοι ασθενείς είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη. Άτομα με καρκίνο, αιματολογικά προβλήματα, σακχαρώδη διαβήτη, νεφρολογικοί ασθενείς, υποθυρεοειδισμό, χρήση ουσιών και αλκοόλ.
- Γενετικοί Παράγοντες: είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη. Η γενετική προδιάθεση αλληλεπιδρά με περιβαλλοντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου. Γενετικές μελέτες αποδεικνύουν ότι αν κάποιος έχει κληρονομήσει μέσω των γονιδίων χαρακτηριστικά προσωπικότητας με προδιάθεση έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει σε κάποια στιγμή της ζωής του.
- Χημικοί-Βιολογικοί λόγοι: Μπορεί να υπάρχει διαταραχή της ισορροπίας σε χημικούς παράγοντες ουσίες που υπάρχουν στον εγκέφαλο και βοηθούν την επικοινωνία των νευρικών κυττάρων μεταξύ τους.
- Κατάχρηση ουσιών: έχει εκτιμηθεί ότι το 25% των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών πάσχουν από κατάθλιψη. Με τις ναρκωτικές ουσίες και το αλκοόλ τα άτομα

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

έχουν την αίσθηση ότι αποθεραπεύονται από τα ψυχικά προβλήματα που τους απασχολούν αλλά παράλληλα και η χρήση των ουσιών από μόνη της επιδεινώνει την κατάσταση.

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση: Άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που αισθάνονται απαισιοδοξία συνεχώς και δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό του κατακλύζονται από καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων συναρτούν τη καταθλιπτική διαταραχή. Τα επόμενα επεισόδια της κατάθλιψης μπορούν να προκύψουν από χαμηλότερης έντασης στρεσογόνα γεγονότα ακόμα και χωρίς σαφή αιτιολογία.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Κεφάλαιο 3^ο-Εφηβική Κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη όπως είναι γνωστό αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα ψυχικής νόσου που μπορεί να επηρεάσει εκπροσώπους από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Είναι ένα πρόβλημα που μαστιάζει παιδιά και εφήβους. Στο 3^ο κεφάλαιο θα αναλυθεί η εφηβική κατάθλιψη, η συχνότητα της νόσου και η συμπτωματολογία αυτής.

3.1.Κατάθλιψη-Διπολική Διαταραχή.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών αλλά και τα παιδιά και τους εφήβους. Το βασικότερο γνώρισμα της κατάθλιψης είναι το διαρκές συναίσθημα της λύπης, η ευερεθιστικότητα, η απουσία ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα. Αυτά τα στοιχεία συνοδεύονται και από άλλα συμπτώματα που επηρεάζουν τη συγκέντρωση και τα επίπεδά της, την όρεξη, τον ύπνο, την αυτοεκτίμηση του ατόμου και άλλα. Η κλινική μορφή της κατάθλιψης είναι πολύ διαφορετική από το αίσθημα της λύπης ή του πένθους. Η κατάθλιψη αυτή οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει την καθημερινότητα, και αυτό δημιουργεί διαστρέβλωση της πραγματικότητας, αφού έχει αντίκτυπο στο πως νιώθει και σκέφτεται το άτομο.

Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη αρνούνται να το αποδεχτούν, ακόμη και η οικογένεια και οι φίλοι αρνούνται να αποδεχτούν ότι ο άνθρωπος τους πάσχει από κατάθλιψη ακόμη και αν γνωρίζουν στοιχεία και συμπτωματολογία της νόσου. Η άρνηση αυτή δεν βοηθά την ίαση και την άμεση αντιμετώπιση του ζητήματος, την επιτυχή έκβαση της ψυχικής υγείας του ατόμου.²¹

Η κατάθλιψη μπορεί να ενταχθεί στα πλαίσια της διπολικής διαταραχής, να αποτελεί δηλαδή μέρος της μικτής εικόνας της μανιοκατάθλιψης. Ως και το 1970 η μανιοκατάθλιψη δεν αναγνωριζόταν ως ψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά και στους εφήβους. Τη σημερινή εποχή, είναι πολύ γνωστή η συνεχόμενη αύξηση συχνότητας της νόσου στην εφηβεία και συνεχίζεται στην ενηλικίωση του ατόμου. Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται στην προεφηβεία και συνεχίζεται με υπομανία ή μανία στην εφηβεία.²²

Η κλινική εικόνα της διπολικής διαταραχής εμφανίζει σημεία και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αναμειγμένα και εναλλάσσονται με τα ταχύτατους ρυθμούς σε σύντομο χρονικό διάστημα. Εμφανίζεται εξαιρετικά μεγάλη ερεθιστικότητα και πολλά ξεσπάσματα θυμού με εκρήξεις που έχουν

διάρκεια πολλές μέρες. Οι έφηβοι παύουν να ενδιαφέρονται για το σχολείο τους, η επίδοσή τους πέφτει και οι σχέσεις με άτομα της ίδιας ηλικίας караδοκεί πολύ μεγάλους κινδύνους με τη χρήση ουσιών και αλκοόλ ακόμη και την αυτοκτονία.

Η διπολική νόσος στην διάρκεια της εφηβικής ηλικίας έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο κακής εξέλιξης από αντίστοιχη νόσο σε μεγαλύτερα άτομα, επειδή παρεμβαίνει σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων του παιδιού και η προετοιμασία του για την ενήλικη ζωή, η απόκτηση ικανοτήτων και η επίτευξη στόχων και η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων.²³

3.2. Έρευνα Φαινομένου στην Εφηβεία.

Η κατάθλιψη κάνει την εμφάνισή της σε όλες τις ηλικίες, και όπως όλες οι ασθένειες «χτυπάει» τους πιο αδύναμους και ευάλωτους. Οι ψυχοσωματικές διακυμάνσεις των εφήβων είναι πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Ακόμη, τείνει να είναι δύσκολη η διάγνωση της νόσου σε αυτά τα άτομα. Ο θυμός, ο εκνευρισμός, η θλίψη μπορεί να είναι μέρος της καθημερινότητας ενός εφήβου αλλά μπορεί, να είναι ενδείξεις και της κατάθλιψης. Η φυσική ενεργητικότητα των νέων μπορεί να αποκρύψει την κόπωση και των λήθαργο της κατάθλιψης, τα οποία είναι πιο εμφανή στους μεγάλους.

Τα σύγχρονα ψυχιατρικά συστήματα τοποθετούν την κατάθλιψη των ενηλίκων πλησίον με αυτή των νέων, διασαφηνίζοντας κάποιες ουσιαστικές διαφορές, έτσι ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων διαχωρίζονται σε δύο κλινικές εικόνες, τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή που είναι και η πιο βαριά μορφή και η δυσθυμία που είναι η πιο ήπια μορφή.²⁴

Αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν ότι το παιδί είναι ευτυχισμένο ούτως ή άλλως. Παρόλα αυτά, ένας έφηβος που κλείνεται στο δωμάτιο μόνος του πολλές ώρες και δεν θέλει να συναναστρέφεται με κόσμο είναι πολύ συνηθισμένη. Ο περίγυρος φυσικά δεν το ερμηνεύει ορθά πιστεύοντας ότι είναι κάτι περαστικό της εφηβείας. Έτσι, η οικογένεια αγνοεί ότι η κατάθλιψη στους εφήβους έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις.

Κατά την διάρκεια της εφηβείας πραγματοποιούνται μια σειρά από σημαντικές αλλαγές σωματικές, ορμονικές και κυρίως ψυχολογικές καθιστώντας τον έφηβο ψυχικά ευάλωτο. Στο δρόμο προς την ενήλικη ζωή αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι παιδί αλλά ούτε και ενήλικος, για αυτό και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθητικές εξάρσεις, από έντονη χαρά, έντονη λύπη ή αλλά και επιθετικές διαθέσεις.²⁵

Αυτό που ενδιαφέρει κυρίως τον έφηβο είναι η άποψη που έχουν οι άλλοι για αυτόν. που έχουν οι άλλοι για αυτόν. Όταν νιώσει εσωτερικά ότι οι άλλοι τον κρίνουν αρνητικά για το οτιδήποτε μπαίνει σε μια διαδικασία θλίψης, ενοχής και μη παραδοχής του εαυτού του. Με αυτό τον τρόπο οδηγείται στην κατάθλιψη. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι στεναχωρημένα, ενώ σε γενικές πλαίσια ζουν την νόσο με ανάλογο τρόπο με τα άτομα ενήλικα. Η κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά και δραστικά μπορεί να έχει σαν επακόλουθο την αποτυχία στο σχολείο, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, ακόμη και την αυτοκτονία.

Πολλές φορές η εφηβική κατάθλιψη έχει ρίζες στην προκατάληψη για το γυναικείο φύλο. Γι αυτό και βάση ερευνών η συγκεκριμένη νόσος θεωρείται γένους θηλυκού αφού 2 στους 3 ασθενείς είναι γυναίκες. Τα αποτελέσματα, βέβαια, αυτά αφορούν διαγνωσμένες καταστάσεις από ειδικούς και όχι πραγματικά δεδομένα. Η άποψη ότι οι γυναίκες τείνουν να εμφανίζουν περισσότερο τη νόσο από τους εκπροσώπους του αντίθετου φύλου είναι αληθοφανής, για τι οι γυναίκες ζητούν συχνά βοήθεια από τους άνδρες και παραδέχονται τα αισθήματα τους ενώ οι άνδρες όχι. Αυτό αποδεικνύει σίγουρα είναι ότι ο διπλάσιος αριθμός γυναικών από τους άνδρες βρίσκεται σε θεραπεία, αλλά δεν αποδεικνύει ότι έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη.

Είναι πολύ σημαντικό να αξιολογηθεί η κατάθλιψη σε πληθυσμό νεαρών ηλικιών. Είναι γνωστό, ότι η αυτοκτονία είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου σε νέους άνδρες ύστερα από τα τροχαία. Επίσης, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η κατάθλιψη είναι η βασικότερη και κυριότερη αιτία της αυτοκτονίας. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν βλέπουμε την διαταραχή που βιώνουν οι άνδρες, και βλέπουμε μόνο αυτή που βιώνουν οι γυναίκες. Κάποιοι προσπαθούν να δείχνουν δυνατοί αλλά έχουν πέσει στον όλεθρο της κατάθλιψης.

Όταν, λοιπόν, οι νέοι φύγουν από το σπίτι τους, δεν αντιμετωπίζουν απλά νέες δοκιμασίες που μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογική πίεση. Κατ ουσία ξεκινούν από το μηδέν, βρίσκονται μεταξύ ξένων. Στις περισσότερες περιπτώσεις κανείς δεν τους γνωρίζει πραγματικά, πως νιώθουν, πως είναι και ποιο χαρακτήρα έχουν. Έτσι προσπαθούν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες και να αποκτήσουν νέο χαρακτήρα.

Ένα βασικό ζήτημα για αναφορά είναι η σχολική επίδοση των εφήβων με κατάθλιψη. Οι φοιτητές με κατάθλιψη συνήθως έχουν κακές επιδόσεις στη σχολή και στη μελέτη. Όταν οι καθηγητές προσπαθούν να ενισχύσουν τους φοιτητές με κακή επίδοση, δεν πρέπει απλά να προτείνουν βοηθητικά μαθήματα. Πρέπει να αναζητούν συμπτώματα κατάθλιψης, ειδικά στα

παιδιά που η επίδοσή τους είναι χαμηλότερη των πραγματικών δυνατοτήτων τους. Τον ουσιαστικότερο ρόλο διαδραματίζουν οι γονείς, καθώς ακόμη και αν το έφηβο παιδί του έχει φύγει για σπουδές οφείλουν να ανακαλύψουν τα συμπτώματα και τις ενδείξεις της κατάθλιψης με σκοπό να αντιμετωπιστεί έγκαιρα θεραπευτικά η διαταραχή αυτή.²⁶

Έτσι, όλοι εμείς πριν βιαστούμε να κρίνουμε ότι το παιδί, ο έφηβος, ο φοιτητής τεμπελιάζει για αυτό και δεν αποδίδει στις υποχρεώσεις του καλό θα ήταν εξετάσουμε τα σημεία. Η κατάθλιψη είναι υπαρκτή και κερδίζει έδαφος στη νεολαία. Μπορεί να συμβεί στον οποιοδήποτε. Στη καθημερινότητα υπάρχουν πολλά παραδείγματα εφήβων που ζουν απομονωμένοι πίσω από την κλειστή πόρτα του δωματίου τους, χωρίς την φυσιολογική δραστηριότητα της ηλικίας, με θλιμμένες όψεις, και έντονα ξεσπάσματα. Αν κάποια στιγμή, θελήσουν αν ανοιχτούν και να μιλήσουν θα εντοπιστούν αισθήματα ενοχής, χαμηλής αυτοπεποίθησης, απογοήτευσης σε συνδυασμό με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας.

Η συχνή και απότομη εναλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό και κοινό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά στην πλειοψηφία τους οι έφηβοι παρουσιάζουν συνεχώς σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί έντονο προβληματισμό για το αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή μπορεί να ενταχθεί στο πλαίσιο του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.

Σε περίπτωση όπου η εφηβική κατάθλιψη θεωρηθεί χρόνια και υποτροπιάζουσα διαταραχή, τότε θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας. Είναι κοινώς παραδεκτό ότι για την υγιή εξέλιξη της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του παιδιού δεν πρέπει να γίνονται πρόωροι αποχωρισμοί δηλαδή να λείπει για ένα μεγάλο διάστημα ένας από τους δύο γονείς, ένα πρόβλημα υγείας και άλλα.²⁶

Οι έφηβοι που εμφανίζουν δυσθυμία παρουσιάζουν το πρώτο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης 2-3 χρόνια αφού ξεκίνησε η διαταραχή της δυσθυμίας. Τα παιδιά αυτά βρίσκονται σε κατάσταση υψηλού κινδύνου και απαιτείται η πρόληψη και έγκαιρη επέμβαση ειδικού. Προληπτικές μέθοδοι μπορούν να μειώσουν την συνύπαρξη και άλλων διαταραχών. Η μείζων κατάθλιψη, συνήθως εμφανίζεται πριν τη χρήση ουσιών και η θεραπεία της δρα προληπτικά για την ουσιοεξάρτηση.

Βασική προληπτική αντιμετώπιση είναι ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειας με σκοπό από κοινού να εξουδετερώσουν το τέρας της κατάθλιψης. Πρέπει τόσο οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί όσο και τα ίδια τα παιδιά να δεχτούν διδασκαλία σχετικά με

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

την αναγνώριση των σημείων της κατάθλιψης. Ακόμη, μπορούν να ζητήσουν βοήθεια και να επιδείξουν καλύτερη θεραπευτική συμμόρφωση. Η πρόωμη ανίχνευση της νόσου προστατεύει εγκαίρως το παιδί από τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της κατάθλιψης, οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στις σχολικές δραστηριότητες, επηρεάζουν τις σχέσεις με τους γονείς, την οικογένεια και άλλους εκπρόσωπους της ηλικίας τους. Με αυτόματη εξέλιξη την αύξηση του ποσοστού παιδικής αυτοκτονίας.²⁴

Συμπερασματικά, αυτό που πολλές έρευνες καταδεικνύουν, όταν ένας άνθρωπος έχει τον έλεγχο στη ζωή του και μπορεί αναπτύσσοντας με ορθό τρόπο της προσωπικότητα και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης να αναστείλει τα αρνητικά ερεθίσματα που οδηγούν σε ψυχική νόσο. Βάση της καταθλιπτικής νόσου αποτελεί η κρίση αυτοπεποίθησης, που φυσικά δεν εμφανίζεται τυχαία και ξαφνικά. Εδραιώνεται από τα πρώιμα στάδια της ζωής ενός παιδιού και καθορίζεται από τη σχέση με τους γονείς του. Ο τρόπος που οι γονείς συμπεριφέρονται και αντιδρούν στα παιδικά χρόνια, επηρεάζει την αυτοεκτίμηση που θα διατηρήσει το παιδί και στη ενήλικη ζωή του. Λόγω των πολλών συγκρούσεων κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου είναι πιθανό να επιβαρυνθεί ή να προωθηθεί μια καταθλιπτική κατάσταση. Οι γονείς θα πρέπει να είναι πιο συζητήσιμοι και ανεκτικοί με το παιδί τους και να προσπαθούν αν διατηρούν επικοινωνία με φιλική διάθεση, δείχνοντας με κάθε τρόπο ότι είναι δίπλα του σε κάθε αγώνα, αναποδιά ή πρόβλημα. Κλείνοντας τη πόρτα σε έναν έφηβο είναι σαν να τον εγκαταλείπεις στο τέλμα της κατάθλιψης και των ήδη φορτισμένων ψυχοσωματικών εξάρσεων.



Εικόνα 1: Εφηβική Απομόνωση. Προσπελάστηκε: <http://www.boro.gr> στις 22-8-2016.

3.3. Αίτια Εφηβικής Κατάθλιψης.

Τα αίτια της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης μπορεί να είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων πολλών διαφορετικών παραγόντων που σχετίζονται, με παιδικά τραύματα, προδιαθεσικούς παράγοντες και ψυχολογικών στρεσογόνων καταστάσεων που προωθούν τη διαταραχή.

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες σε οικογένειες που δείχνουν έντονη κληρονομικότητα της νόσου μεταξύ των συγγενών, αλλά έρχονται σε αντιπαράθεση με έρευνες ανάμεσα σε διδύμους που υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης δεν μεταβιβάζονται και είναι λίγες οι ενδείξεις. Παρόλα αυτά, η σταθερότητα των συμπτωμάτων αποδίδεται και σε γενετικούς παράγοντες. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι γενετικοί παράγοντες αυξάνουν την ευαισθησία σε αρνητικές εμπειρίες ζωής, ενώ σε άλλες αυξάνουν την τάση για αρνητικές εμπειρίες.²⁷

Οι συναισθηματικές διαταραχές ερευνώνται περισσότερο σε παιδιά που προέρχονται από καταθλιπτικούς γονείς. Η κατάθλιψη των παιδιών έχει αποδειχτεί στις περισσότερες έρευνες:

- κληρονομικότητα 13-70 % στην καταθλιπτική διαταραχή,
- απόπειρες αυτοκτονίας με ποσοστό 7,8% στα παιδιά από καταθλιπτικούς γονείς,
- και ποσοστό 1,4 % στα παιδιά μη καταθλιπτικών γονέων.^{27,46}

Διαφαίνεται λοιπόν ότι η γονική κατάθλιψη διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο. Η ύπαρξη διπολικής διαταραχής, η πρώιμη ηλικία έναρξης και οι υποτροπές των γονέων συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης στα παιδιά. Επίσης, ακόμη υψηλότερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά που και οι δύο γονείς είναι καταθλιπτικοί, αυτό έχει να κάνει και με την κατάσταση που επικρατεί μέσα στο σπίτι με τέτοιους γονείς που δεν μπορούν οι ίδιοι να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους. Σε αυτές τις οικογένειες δεν υπάρχει επικοινωνία, στήριξη ενώ ευδοκμούν οι μεγάλες συγκρούσεις και ακόμη και η παιδική κακοποίηση. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ενδείξεις γενετικής και περιβαλλοντολογικής αιτιολογίας, καθώς η σχέση του παιδιού με τη μητέρα κατά τα πρώιμα στάδια της ζωής είναι καθοριστική. Η αιτιολογία δεν είναι ακριβής και σαφής αλλά παραμένει.²⁴

Συχνά οι γονείς μαθαίνουν στα παιδιά τους να αποσύρονται όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα και δεν τα διδάσκουν τρόπους για τη ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων. Η παιδική κατάθλιψη έχει συνδεθεί με αρνητικά συμβάντα της καθημερινής ζωής, όπως:

- παραμέληση,
- συναισθηματική αποστέρηση,
- απώλειες,
- θάνατο,
- άσκηση βίας,
- Bullying
- αυτοκτονία,
- διαζύγιο και γεγονότα που πυροδοτούν την κατάθλιψη.

Από τις ψυχαναλύσεις που έχουν γίνει σε ενήλικες καταθλιπτικούς φαίνεται να υπάρχει σχεδόν πάντα μια πρώιμη εμπειρία απώλειας, είτε αυτή είναι πραγματική είτε φαντασική. Η περιγραφή της κατάθλιψης στη βρεφική ηλικία τοποθέτησε την απώλεια της μητέρας ως κεντρικό πυρήνα και στόχο του κάθε παιδιού. Η έννοια της απώλειας δεν αφορά μόνο φυσική απουσία της μητέρας, αλλά κάθε κατάσταση απαραίτητη για την φυσιολογική ψυχολογία του παιδιού.²⁴

Έχει τονιστεί στην διεθνή βιβλιογραφία ότι η απώλεια του αντικείμενου αγάπης δεν δημιουργεί την απώλεια ως καθεαυτή αλλά την έννοια στοργής και ασφάλειας που εκπροσωπούσε για το παιδί το αντικείμενο αυτό. Αξιοσημείωτο είναι ότι η απώλεια του αντικείμενου βιώνεται σαν ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα. Το πώς θα εξελιχθεί η ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από το αν θα υπάρξει κάποιο υποκατάστατο προτύπου γονικού για το παιδί, το οποίο πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού σε ικανοποιητικό βαθμό. Αν το παιδί αντιδράσει φυσιολογικά, ύστερα από μια περίοδο θλίψης, τότε μπορούμε να πούμε ότι δε βιώνει κατάθλιψη.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι όταν το παιδί βιώνει απειλή συνεχόμενα, χωρισμούς και προειδοποιήσεις για το αντικείμενο αγάπης που έχει σαν κέντρο τότε η ψυχολογία του φθείρεται και δημιουργούνται διαταραχές. Όταν η μητέρα δεν είναι πουθενά, δεν συμμετέχει ενεργά στη ζωή του παιδιού, τότε εκείνο βιώνει μια κατάσταση πένθους με σταδιοποίηση:

- αποχωρισμός,
- άγχος,
- εναλλαγή συμπεριφορών και συναισθημάτων,
- αποθάρρυνση και
- αποδέσμευση, όπου εγκαταλείπει την διεκδίκηση.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Οι λόγοι που σπάνια στα παιδιά εμφανίζεται η γνήσια μελαγχολία εξηγείται από ψυχοδυναμική πλευρά. Στις ψυχαναλυτικές θεωρίες για τη έναρξη μμελαγχολίας είναι αναγκαία τα εξής:

- Η ύπαρξη ενός αυστηρού και αμετακίνητου υπερεγώ.
- Και τα αμφιθυμικά συναισθήματα του υπερεγώ προς το εγώ.

Η γένεση του Υπερεγώ σύμφωνα με τις σύγχρονες γνώμες της ψυχανάλυσης δεν πρέπει να θεωρείται ως αποτέλεσμα ενός περιορισμένου ψυχικού σταδίου, αφού δεχόμαστε σήμερα προμηνύματα του υπερεγώ από τα προγεννητικά, κιάλας στάδια, εντούτοις το υπερεγώ οριστικοποιείται κατά τη λανθάνουσα ηλικία δηλαδή το 6ο έως 12ο έτος της ζωής ενός παιδιού.

Συχνά οι έφηβοι περνούν δύσκολες στιγμές, έχοντας άσχημα ψυχολογικά εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, όπως:

- Οι βεβαρυμμένες σχολικές υποχρεώσεις,
- οι πολλές φορές υπερβολικές προσδοκίες των γονιών τους,
- οι σχέσεις με άτομα ίδιας ηλικίας.²⁴
- Ο εκφοβισμός(bullying)⁴⁷

Βασικό γεγονός που πυροδοτεί στρεσογόνους παράγοντες στους εφήβους είναι η ταχύτητα και οι ρυθμοί της σημερινής κοινωνίας. Τα ΜΜΕ βομβαρδίζουν τους νέους με συνεχόμενες και αλληπάλληλες αντικρουόμενες πληροφορίες για την υγεία, το μέλλον, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, τις σεξουαλικές σχέσεις, το κάπνισμα και τις αμέτρητες υποχρεώσεις που θα κληθούν να ανταπεξέλθουν στην ενηλικίωση. Δεν είναι λοιπόν, παράξενο οι έφηβοι να αντιδρούν με αυτό τον τρόπο σε αυτή την ιδιόρρυθμη φάση της ζωής τους και να είναι τόσο ευάλωτοι ώστε να εμφανιστεί η κατάθλιψη.

Επίσης τα παιδιά με χρόνια νόσο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Για παράδειγμα τα παιδιά με διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη⁴⁸, φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, νόσος του Crohn, ελκώδη κολίτιδα και ημικρανίες^{49,50} έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Επισημαίνεται ακόμη ότι και τα επιληπτικά παιδιά εμφανίζουν κατάθλιψη, ωστόσο τις περισσότερες φορές αυτή μένει αδιάγνωστη⁵¹.

Τα παιδιά που μεταναστεύουν σύμφωνα με μελέτες μπορεί να είναι επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης ειδικά εάν είχαν εκτεθεί σε βία πριν ή κατά την προσπάθεια της μετανάστευσης⁵².

Σημαντικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι έφηβοι προσβάλλονται ευκολότερα από καταθλιπτικές διαταραχές εξαιτίας της υπερέκκρισης ορμονών κατά τη διάρκεια των ψυχοσωματικών αλλαγών που επιτελούνται σε αυτή τη φάση της ζωής τους. Άλλοι επιμένουν ότι η κατάθλιψη αναπτύσσεται εξαιτίας προϋπαρχόντων άσχημων εμπειριών που βίωσε το παιδί. Από την άλλη η μελέτη της γνωσιακής λειτουργίας καταθλιπτικών εφήβων έδειξε ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν σημεία όπως:

- χαμηλή αυτοκριτική,
- σημαντικές γνωσιακές διαστρεβλώσεις και
- αίσθημα έλλειψης ελέγχου σε αρνητικά γεγονότα.²⁴

3.4.Συμπτωματολογία.

Το Αμερικάνικο ταξινομικό σύστημα ψυχικών διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα. Στην κλινική πράξη όμως πράξη η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία.⁵⁴ Όπως έχει προαναφερθεί τα περισσότερα από τα κοινά χαρακτηριστικά της εφηβείας μοιάζουν με αυτά της καταθλιπτικής διαταραχής με αποτέλεσμα, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και το οικείο περιβάλλον να τα συγχέουν λέγοντας το απλά το παιδί είναι κλειστό ή ακόμη και ντροπαλό. Στην πραγματικότητα όμως αυτά τα δείγματα μπορεί να είναι σημεία που αποδεικνύουν την ύπαρξη κατάθλιψης στον έφηβο. Το παιδί αδυνατεί να εκφράσει αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης ωστόσο μπορεί να εκφράσει επίμονες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και το μέλλον του, να κλαίει εύκολα και να έχει καταθλιπτική έκφραση⁵⁵. Αν τα συμπτώματα αυτά ξεπεράσουν τις δύο εβδομάδες σε διάρκεια τότε πρέπει να γίνει διάγνωση στο παιδί. Μερικά συμπτώματα ενός εφήβου με τα κατάθλιψη είναι τα εξής:

- Απελπισία και θλίψη, το παιδί είναι μόνιμα για μέρες στενοχωρημένο, κλαίει χωρίς εμφανή αίτιο.
- Ευερεθιστικότητα.
- Συνεχής εκνευρισμός και θυμός.
- Απομόνωση.
- Απομάκρυνση από τους φίλους δεν τους επισκέπτεται όπως παλιά.

- Υπερβολικά συναισθήματα ενοχής και χαμηλής αυτοεκτίμησης.
- Απουσίες από το σχολείο.
- Χαμηλή επίδοση στα μαθήματα.
- Αναποφασιστικότητα.
- Αλλαγή στο σωματικό είδωλο και στις διατροφικές συνήθειες.
- Παράπονα σε μεγάλη συχνότητα για πονοκεφάλους και κοιλιακούς πόνους,
- Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών.
- Εύκολη κόπωση.
- Υπνηλία.
- Έλλειψη ύπνου.
- Σκέψεις αρνητικές ακόμη και την αυτοκτονία.²¹

Οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν ευτυχώς περιστασιακά μερικά συμπτώματα ψυχικής αναταραχής, τα οποία στη συνέχεια ξεπερνούν εγκαίρως. Όμως ένα σημαντικό ποσοστό, χρειάζεται απαραίτητα βοήθεια με σκοπό να αποφύγει την κατάθλιψη. Μερικοί έφηβοι διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο από άλλους.

3.5.Παράγοντες Κινδύνου για Κατάθλιψη στους Εφήβους.

Κρίνεται απαραίτητο, οι γονείς να έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τα σημεία της κατάθλιψης και να μπορούν να τα διαχωρίζουν από τα συμπτώματα της φυσιολογικής εφηβικής ηλικίας. Σε περίπτωση που το παιδί ζητήσει βοήθεια από τον ίδιο το γονιό ή από κάποιο ειδικό τότε πρέπει χωρίς δεύτερη σκέψη να του προσφέρουν άμεσα. Αν απειλήσει το παιδί ότι θέλει να θέσει τέλος στη ζωή τότε οι γονείς πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπόψιν τους και να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό, να μην παραβλέψουν την απειλή ως ένα καπρίτσιο του παιδιού τους που το εκτόξευσε σε μια στιγμή θυμού.

Υπάρχουν κάποιοι σοβαροί παράγοντες κινδύνου που πρέπει όλοι οι γονείς και οι κηδεμόνες να λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους σε σχέση με την εμφάνιση κατάθλιψης, οι παρακάτω:

- Τα παιδιά με έντονο στρες και άγχος, που έχουν βιώσει μια πολύ σημαντική απώλεια αγαπημένου προσώπου.
- Παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες.
- Παιδιά που βίωσαν πρόσφατα το διαζύγιο των γονιών τους.
- Η εφηβεία είναι η ηλικία που έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της κατάθλιψης.
- Παιδιά με ιστορικό στην οικογένεια με καταθλιπτικούς συγγενείς.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ορισμένες επιπτώσεις που έχουν τα παιδιά με κατάθλιψη:

- Η κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.
- Τα παιδιά που έχουν εμφανίσει ένα επεισόδιο κατάθλιψης δύναται να επανεμφανίσουν μέσα στο διάστημα μιας 5ετίας.
- η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία μπορεί να προμηνύει σοβαρότερες εκβάσεις κατά την ενήλικιώση.²²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Κεφάλαιο 4^ο-Αυτοκτονία στην Εφηβεία.

4.1.Ορισμός Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς.

Οι άνθρωποι που σκέφτονται να βάλουν τέλος στη ζωή τους, είναι εκείνοι που θεωρούν πως δεν υπάρχει άλλη λύση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και στο ψυχικό βάρος που νιώθουν. Περίπου το 70% των εφήβων πριν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας δείχνει κάποια σημάδια γι αυτό που πρόκειται να συμβεί. Σε γενικές γραμμές όταν ένα άτομα δείχνει απελπισμένο, με ενδείξεις απέραντης μοναξιάς και αισθήματα κατάθλιψης δηλώνουν τάσεις αυτοκτονίας.²⁸

Ανά τα χρόνια έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί που περιγράφουν τι είναι αυτοκτονία, πολλοί όμως δεν έχουν αντιληφθεί την έννοια του θανάτου χάνοντας έτσι την ουσιαστική πραγματικότητα της έννοιας. Η πρόθεση ενός ατόμου να πεθάνει δεν καλύπτει από όλες τις πλευρές στο τι σημαίνει ο όρος αυτοκτονία. Ακόμη, και η αυτοκτονία που το άτομο προσποιείται ότι θα διαπράξει δηλώνει μια βαθιά παθολογική προσαρμογή. Η ομολογία κάποιου ότι προσποιείται αυτοκτονικές τάσεις υποδηλώνει μιας μορφής ψυχικής διαταραχής. Κάποιοι απλά το ονομάζουν φυσιολογικό στα πλαίσια της άμυνας.²⁸

Κάποιοι θάνατοι που προήλθαν με βίαιο τρόπο ή και από ατύχημα αποτελούν παρόμοια κατάσταση με την αυτοκτονία. Η συχνότητα των αυτοκτονιών, των ατυχημάτων και των ανθρωποκτονιών ποικίλει στην εφηβική ηλικία. Πιθανότατα, ένα ατύχημα να προκληθεί από την επιθυμία την εσκεμμένη να προέλθει ο θάνατος. Η αυτοκτονία και τα ισοδύναμα της δεν περιορίζονται μόνο σε οξείες εκδηλώσεις αλλά σε συμπεριφορές που μαρτυρούν διάρκεια.

Τη σημερινή εποχή είναι αποδεκτή η αυτοκτονική διάθεση ενός τοξικομανούς αφού γνωρίζει το κάνει κακό στον εαυτό του και μπορεί να χάσει τη ζωή του αλλά συνεχίζει να το κάνει. Ακόμη μερικές διαταραχές της συμπεριφοράς έχουν σαν άμεση συνέπεια την απομόνωση, την αποτυχία της κοινωνικής ζωής. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα που επιχειρούν τον προσωπικό τους εξοστρακισμό από τις κοινωνικές επαφές και το κοινωνικό σύνολο σαν είναι μια έμφυτη επιθυμία να αποτυγχάνουν στο οτιδήποτε και να μη έχουν κανέναν δίπλα τους με σκοπό να θεωρούν ότι δεν είναι ικανοί, δηλαδή έχουν αυτοκαταστροφική τάση που οδηγεί στην κατάθλιψη και στην αυτοκτονική διάθεση.

Ακόμη, η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με την έννοια της άρνησης της ζωής, έτσι μερικοί έφηβοι μέσα από καταθλιπτικές συμπεριφορές αποφεύγουν κάθε ικανοποίηση και χαρά της ζωής, ο κοινωνικός θάνατος αποτελεί για εκείνους τρόπο ζωής.²⁸

4.2.Εφηβεία και Αυτοκτονία.

Ένα από τα πιο συνηθισμένα και επείγοντα περιστατικά στην εφηβική ηλικία αποτελεί η απόπειρα αυτοκτονίας. Τη σημερινή εποχή έχει πάρει το φαινόμενο αυτό ανησυχητικές διαστάσεις γι αυτό και έχει γίνει σημείο μελέτης και αναφοράς. Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε εφήβους έχει πολύ υψηλά ποσοστά. Συγκεκριμένα, στη χώρας μας το ποσοστό της εφηβικής κατάθλιψης, σύμφωνα με επίσημα σημεία ανέρχεται σε 20,3%, εξ αυτών πολλά παιδιά έχει αποπειραθεί να βάλει τέλος στη ζωή του.

Τα παιδιά, στην προεφηβική ηλικία δηλαδή κάτω των 12 ετών δεν απειλούν με απόπειρα αυτοκτονίας και όσα προσπαθούν δεν έχουν επιτυχία. Η αυτοκτονία αυξάνεται κυρίως από την ηλικία των 15 ετών για να φτάσει στο ζενίθ μέχρι το 23^ο έτος του ενήλικου πλέον εφήβου. Η αναλογία των προσπαθειών για να θέσουν οι έφηβοι τέλος στη ζωή τους σε σχέση με της επιτυχής προσπάθειες είναι 120 προς 1. Συγκεκριμένα, τα αγόρια 12-19 ετών ολοκληρώνουν πιο συχνά μια απόπειρα σε σχέση με τα κορίτσια που έχουν τις περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες.²⁴

Στην παιδική και εφηβική ηλικία, η αυτοκτονία αναφέρεται ως η 2^η ή 3^η αιτία θανάτου στις ηλικίες 14-18 ετών. Στην χώρα μας, αξιοσημείωτη είναι η αύξηση για αυτοδηλητηριάση σε μεγάλη συχνότητα των εφήβων. Ακόμη, στις ΗΠΑ 12000 έφηβοι και παιδιά νοσηλεύονται στα νοσοκομεία λόγω απόπειρας αυτοκτονίας.²⁹

Η αυτοκτονική τάση εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες., όταν όμως συνυπάρχει και καταθλιπτική διαταραχή τότε η συχνότητα αυξάνεται. Στην εφηβική ηλικία η απόφαση για αυτοκτονία διαφέρει από ότι σε έναν ενήλικα, καθώς ένας ενήλικας θα σκεφτεί πού σοβαρά τι θέλει να διαπράξει, σε αντίθεση με το παιδί που δρα λόγω ηλικίας πιο παρορμητικά, χωρίς να σκεφτεί ουσιαστικά τις συνέπειες των πράξεων του.

Στοιχεία για την απόπειρα αυτοκτονίας:

- Τα 2/3 των επιτυχών αυτοκτονιών στα αγόρια γίνεται πολυβόλο όπλο.
- Περίπου στο μισό ποσοστό της ίδιας μεθόδου χρησιμοποιούν τα κορίτσια.
- Αμέσως, επόμενη μέθοδος είναι ο απαγχονισμός.
- Το ¼ των κοριτσιών αποπειράται να αυτοκτονήσει με κατάποση τοξικών ουσιών.
- Τα αγόρια, τέλος, αυτοκτονούν ακόμη με μονοξείδιο του άνθρακα.²⁹

4.3. Παράγοντες που οφείλεται η Εφηβική Αυτοκτονικότητα.

Οι κυριότερες παράγοντες που βρίσκονται υπό έρευνα σε σχέση με την ανάπτυξη αυτοκτονίας και αποπειρών είναι προσωπικοί, δημογραφικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί.

Πιο συγκεκριμένα οι παράγοντες της εφηβικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι οι εξής:

- Παράγοντες σχετικά με το άτομο: ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, σοβαρά προβλήματα προσωπικότητας, χρήση ναρκωτικών ουσιών, σχιζοφρενική διαταραχή. Ακόμη, ενοχοποιούνται και άλλοι προσωπικοί παράγοντες όπως χαμηλές σχολικές επιδόσεις, οι οποίες συνοδεύονται από αισθήματα απόγνωσης και έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Επίσης, η ύπαρξη μακροχρόνιας νόσου οδηγεί το άτομο σε αυτοκτονία. Στο νεαρό άτομο γίνεται να αισθάνεται εγκλωβισμένο σε αδιέξοδο και να επιθυμεί την αυτοκτονία χωρίς να συνυπάρχει ψυχική διαταραχή.
- Παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον: η άσχημη οικογενειακή κατάσταση, η ανεργία, τα οικονομικά προβλήματα, η μετανάστευση, ο αποχωρισμός, οι άσχημες εργασιακές συνθήκες, η απόρριψη των αγαπημένων ατόμων είναι στρεσογόνοι παράγοντες που ευδοκιμούν οι αυτοκτονικές συμπεριφορές.
- Παράγοντες σχετικά με την οικογένεια: Στους παράγοντες αυτούς ανήκει η κακοποίηση του παιδιού από μέλη της οικογένειας ή η έντονη παραμέληση, η ύπαρξη ανθρώπων του οικογενειακού περιβάλλοντος έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας ή έχουν αυτοκτονήσει και η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου στους γονείς και στους πρώτους συγγενείς. Η χρήση ουσιών και αλκοόλ στην οικογένεια. Άλλοι παράγοντες είναι η μεγάλη αποδιοργάνωση και τσακωμοί στην οικογένεια, η απώλεια της μητέρας ή του πατέρα επειδή 'έφυγε' από τη ζωή, η έλλειψη οικογενειακής ζεστασιάς, και εχθρική απορριπτική στάση προς το νεαρό άτομο.²⁸
- Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας είναι το φύλο. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στη κατάθλιψη, στις αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρα αυτοκτονίας από ό, τι είναι οι άνδρες. Περίπου 1 στα 10 κορίτσια έχουν εκτεθεί σε κάποια μορφή της αυτοκτονίας, ενώ η αναλογία στα αγόρια είναι 1 στα 25. Η σεξουαλική, η σωματική κακοποίηση και άλλες μορφές παιδικού τραύματος συμβάλλουν επίσης στην αυξημένη τάση αυτοκτονικών συμπεριφορών. Η κατανάλωση αλκοόλ, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα βρέθηκαν να αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες κατάθλιψης, σκέψεων αυτοκτονίας και της αυτοκτονίας, αλλά και η εικόνα των ατόμων για το σώμα τους έχει σχέση με την αυτοκτονικότητα.³⁵

Η πλειοψηφία των ατόμων που πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας, δεν έχουν λάβει ποτέ οποιαδήποτε ψυχιατρική θεραπεία ή δεν ήταν ποτέ σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας. Οι σκέψεις αυτοκτονίας ή θανάτου συνδέονται συνήθως με ψυχοπαθολογία και ιδιαίτερα της κατάθλιψης που αποτελεί το πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία.³⁶ Επίσης οι έφηβοι που έχουν αποπειραθεί για αυτοκτονία και έχουν καταθλιπτική συμπεριφορά είναι πιο ευάλωτοι στο να οδηγηθούν σε μια δεύτερη απόπειρα.³⁵

4.4 Σχέση κατάθλιψης με αυτοκτονία

Η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους αναφέρεται ως μία διαρκής αλλαγή διάθεσης , με αλλαγές σε σημαντικές πτυχές της καθημερινότητας , όπως η προσοχή , η όρεξη , και ο ύπνος. Η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί ένα σύμπτωμα και όχι διάγνωση που συνδέεται με την κατάθλιψη, ενώ η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση με πολλαπλούς αιτιολογικούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους μπορούν να περιλαμβάνονται σε ένα διαδραστικό μοντέλο.³³ Η κατάθλιψη και οι αυτοκτονίες συνδέονται συνήθως . Η κατάθλιψη είναι από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που οδηγούν στην αυτοκτονία αυξάνοντας σημαντικά τους παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερους εφήβους.³³ Η εφηβική αυτοκτονία συμβαίνει μερικές φορές χωρίς καμία προηγούμενη προειδοποίηση, αλλά πιο συχνά αποτελεί τελεσίγραφο στην επίλυση χρόνιων προβλημάτων.³⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Κεφάλαιο 5^ο-Πρόληψη και Αντιμετώπιση.

5.1.Πρόληψη Εφηβικής Κατάθλιψης.

Είναι σε γενικές γραμμές κοινώς αποδεκτό ότι η θεραπεία οποιασδήποτε ασθένειας είναι η πρόληψη. Ακόμη, η έγκαιρη αντιμετώπιση στην περίπτωση της καταθλιπτικής διαταραχής σε συνδυασμό με τη συνεχόμενη ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική βοήθεια δρα καταλυτικά για την οριστική θεραπεία της νόσου. Οι έφηβοι που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο είναι αυτοί που προέρχονται από οικογένειες καταθλιπτικών γονιών και είναι αυτοί που εφόσον προϋπήρχε το πρόβλημα μέσα στο σπίτι μπορούν να παρακολουθούν εγκαίρως προληπτικά προγράμματα. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι πρέπει να προσεγγίζονται μαθητές γυμνασίου και λυκείου πρέπει να προσεγγίζονται γνωστικά και θεραπευτικά μειώνοντας έτσι την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Το βασικότερο σημείο της πρόληψης στην εφηβική κατάθλιψη είναι η αναγνώριση και η γενική παραδοχή του προβλήματος από τους μαθητές, τις οικογένειες τους, όλους τους γονείς, την κοινότητα αλλά και τους εκπαιδευτικούς των σχολείων και των φροντιστηρίων. Με αυτό τον τρόπο οι γονείς και οι καθηγητές μέσα από τα προληπτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα αντιλαμβάνονται το πρόβλημα και ζητούν πιο εύκολα βοήθεια.²⁴

Η έγκαιρη και άμεση αναγνώριση της προαυτοκτονικής φάσης από τους γονείς, τους καθηγητές και τους δασκάλους αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, λόγω των διαγνωστικών και δεοντολογικών προβλημάτων που παραθέτονται.

Συνοπτικά, η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί μια διακριτή ψυχική διαταραχή που μπορεί μέσα από την συμπτωματολογία της να διαγνωστεί σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, αν και έχει αποδειχθεί ότι συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή του παιδιού. Παράγοντες που την ενοχοποιούν όπως έχουν προαναφερθεί είναι οι εξής:

- Βιολογικοί,
- ψυχοκοινωνικοί
- και διαπροσωπικοί παράγοντες.

Η καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται άμεσα με την αυτοκτονική συμπεριφορά του έφηβου παιδιού και την φτωχή κοινωνική και ακαδημαϊκή ένταξη. Ακόμη, επιζητά πολλαπλούς θεραπευτικούς τρόπους αντιμετώπισης:

- φαρμακολογική,

- ψυχοθεραπευτική,
- συμμετοχή γονέων και
- μακροχρόνια παρακολούθηση.

Η ανάπτυξη των προληπτικών μέτρων και στρατηγικών θα βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και την άμεση θεραπεία της νόσου στην εφηβεία, που έχει ως επακόλουθο την ομαλή ενηλικίωση του παιδιού.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους εφήβους είναι προαπαιτούμενη η εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. Οι έφηβοι χρειάζονται στήριξη ώστε να αντιμετωπίσουν όσο δυνατό καλύτερα τις προκλήσεις της εφηβείας. Η αναγνώριση των δυσκολιών τους και η παροχή προσεκτικής βοήθειας μπορεί να τους επιτρέψει να περάσουν πιο ανώδυνα το δύσκολο αυτό στάδιο της ζωής τους.²¹

5.2. Αντιμετώπιση Κατάθλιψης.

Η θεραπεία έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον έφηβο να κατανοήσει για ποιο λόγο νιώθει να έχει κατάθλιψη ενώ παράλληλα, τον μαθαίνει να αντιμετωπίζει στρεσογόνους παράγοντες. Ανάλογα με την περίπτωση, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ατομική, ομαδική ή οικογενειακή ή συμβουλευτική παρέμβαση. Τα φάρμακα επίσης που, ενδεχομένως να προτείνει ο ψυχίατρος, μπορεί να είναι απαραίτητα, ώστε να βοηθηθεί ο έφηβος και να νιώσει καλύτερα.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης μπορούν να εφαρμοστούν σε νοσοκομείο, σε εξωνοσομειακές δομές, σε ξενώνες σε κέντρα ημέρας, σε σχολικά προγράμματα και στο σπίτι του παιδιού. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης του εφήβου και του παιδιού:

- Οικογενειακή θεραπεία: τα προηγούμενα χρόνια υπήρχε η τάση να απομονώνεται ο έφηβος από την οικογένεια με σκοπό να γίνει η συνεδρία, τώρα επικρατεί η άποψη της συμμετοχής των γονιών που έχει αποδειχτεί ότι βοηθούν πολύ στη θεραπεία.
- Ομαδική θεραπεία: μέσα από αυτή τη μορφή θεραπείας τα παιδιά μικρότερης ηλικίας μαθαίνουν και συζητούν μέσα από το παιχνίδι ενώ τα πιο μεγάλα παιδιά μέσα από τη συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων. Στα πλαίσια της εφηβικής ηλικίας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι μια ομάδα αλληλεπίδρασης με άλλα παιδιά ίδιας ηλικίας. Μέσα από τη διασκέδαση του παιδιού επιτυγχάνεται ο θεραπευτικός στόχος. Μερικά τέτοια μέσα είναι:

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

1. Θεραπευτικό παιχνίδι.
 2. Παιγνιοθεραπεία.
 3. Βιβλιοθεραπεία.
 4. Θεραπευτικό σχέδιο.
- Συμπεριφορική θεραπεία: Η συμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στην εξαρτημένη μάθηση λαμβάνει κατά κύριο λόγο τη μορφή τεχνικών ενίσχυσης της επιθυμητής συμπεριφοράς, όπως παραδείγματος χάρη :το σύστημα των βαθμών και επιπέδων. Ο έφηβος επιβραβεύεται κάθε φορά που εμφανίζει μια επιθυμητή συμπεριφορά, μια πολύ καλή μέθοδος για την ανάταση της ψυχολογίας του παιδιού και της αυτοπεποίθησης του.
 - Θεραπεία περιβάλλοντος: η συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδος λαμβάνει χώρα κατά τη νοσηλεία του εφήβου σε μονάδα νοσηλείας ή σε πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας. Ετοιμάζεται ο κατάλληλος τόπος για την απομόνωση αλλά και την κοινωνικοποίηση του παιδιού ανάλογα με το χρειάζεται θεραπευτικά εκείνη τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ως χώροι απομόνωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υπνοδωμάτιο με σκοπό την ανάπαυση και το θεραπευτικό κράτημα.
 - Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Στόχος είναι να μειώσει και να εξαλείψει τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές μέσω αλλαγών στη συμπεριφορική και γνωσιακή διαδικασία.²⁴

Εκτός από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της θεραπείας υπάρχει και η φαρμακευτική αγωγή ως μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Οι περισσότεροι στηρίζουν την ψυχοθεραπεία ως πληρέστερη και καλύτερη για ένα παιδί αλλά άλλοι υποστηρίζουν και την φαρμακευτική αγωγή. Σε σχέση με τα φάρμακα υπάρχουν πολλές διαφωνίες, εντούτοις ανακουφίζουν από κάποια συμπτώματα της κατάθλιψης. Η κατανάλωση αντικαταθλιπτικών χαπιών από τα παιδιά τα κάνει να δείχνουν άρρωστα χωρίς όρεξη και τη παρόρμηση της ηλικίας.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών στα παιδιά δεν δικαιολογείται σε καμία περίπτωση, καθώς οι κύριες συναισθηματικές διαταραχές, που αποτελούν τη μοναδική ένδειξη για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων, δεν παρουσιάζονται κλινικά παρά στο τέλος της εφηβείας.²⁴

5.3. Πρόληψη Αυτοκτονικών Συμπεριφορών.

Οι δρόμοι προς την αυτοκτονία είναι πολλοί αλλά σχεδόν όλα τα άτομα που την πλησιάζουν έχουν φτάσει σε ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης. Ο θυμός, η ήττα, η απελπισία και η ανημποριά που συναντά κανείς σε αυτούς τους ανθρώπους συχνά είναι τρομακτική. Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις προκαλούν έντονα συναισθήματα στους ανθρώπους που βρίσκονται δίπλα τους. Οι οικογένειες και οι φίλοι μπορεί να αντιδράσουν στις απειλές αυτοκτονίας με συμπάθεια, άγχος ή επιθετικότητα. Μπορεί να αισθάνονται ανήμποροι και ανίκανοι να βοηθήσουν.

Η αυτοκτονία είναι ανάμεσα στις 20 πρώτες αιτίες θανάτου στον κόσμο σε όλες τις ηλικίες. Περίπου 1 εκατ. άνθρωποι κάθε χρόνο αυτοκτονούν ή 16 άτομα ανά 100.000 άτομα ή μία αυτοκτονία ανά 40 δευτερόλεπτα (πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Τα στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα είχε το 2009, 391 αυτοκτονίες με το 2010 να αυξάνονται κατά 20% και το 2011 ακόμα 20%, με το συνολικό ποσοστό να φτάνει το 40%.

Η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια αρκετά δύσκολη υπόθεση. Ορισμένες μη συνηθισμένες μεταβολές στην συμπεριφορά που δεν περιγράφεται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια θα μπορούσε να προλάβει τα πρώτα προειδοποιητικά σημάδια του αυτόχειρα. Μερικά τέτοια σημάδια είναι τα παρακάτω:

- απώλεια ενδιαφέροντος.
- χαρίζει στους άλλους δικά του αντικείμενα, τα οποία αγαπούσε ιδιαίτερα.
- απώλεια ενδιαφέροντος για το ντύσιμο και την εμφάνιση.
- μια απότομη αλλαγή στο βάρος.
- ξαφνικές στην προσωπικότητα.
- αποφεύγει τις κοινωνικές δραστηριότητες.
- συμπεριφορά αυτοτραυματισμού.²⁶

Περίπου 80% των νέων που αυτοκτόνησαν, είχαν εκμυστηρευτεί σε κάποιον την επιθυμία να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Το στρες μπορεί να προκαλέσει στην αυτοκτονία. Ένας νέος μπορεί να υποβληθεί σε μια κατάσταση άμεσου στρες το οποίο υπερβαίνει τις δυνάμεις του ή τον καταβάλλει. Τα γεγονότα που συνοδεύονται από έντονο στρες μπορεί να ωθήσουν σε αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα είναι τα ακόλουθα :

- Απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου.
- Διαζύγιο γονιών.
- Η πρόσφατη αυτοκτονία κάποιου φίλου ή συγγενή ή ακόμη η επέτειος αυτοκτονίας κάποιου ατόμου του στενού περιβάλλοντος.
- Η αποτυχία στο σχολείο.
- Χωρισμός από ένα σύντροφο.
- Κακοποίηση στην οικογένεια.
- Φαινόμενο bullying.
- Η αποτυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα.

Η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η πρόληψη, καθώς όπως έλεγαν και πρόγονοι μας καλύτερο το «προλαμβάνειν από το θεραπεύειν». ²⁶

5.4. Αντιμετώπιση Αυτοκτονίας.

Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας ή απόπειρας είναι απαραίτητο να ζητηθεί η άμεσα η βοήθεια από κάποιον ειδικό για το νεαρό άτομο αλλά συχνά και στις περισσότερες περιπτώσεις και στους γονείς. Οι σκέψεις αυτοκτονίας και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας δηλώνουν ότι το άτομο βρίσκεται σε αδιέξοδο και η απόπειρα είναι έκκληση για βοήθεια.

Τρόποι βοήθειας του ατόμου με αυτοκτονικές τάσεις και αντιμετώπιση:

- Ακούμε προσεκτικά και ενθαρρύνου τον έφηβο νέο να μας μιλήσει.
- Είναι σημαντικό, να δείχνουμε ότι συμμεριζόμαστε τις ανησυχίες του.
- Δηλώνουμε ξεκάθαρα ότι είμαστε εκεί για να τον βοηθήσουμε.
- Προσπαθούμε να εκμαιεύσουμε από τον έφηβο αν έχει σκοπό να κάνει κακό στον εαυτό του ακόμη και να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.
- Τονίζουμε τις συνέπειες της αυτοκτονίας για το ίδιο το παιδί αλλά και την οικογένεια του και τους φίλους.
- Φροντίζουμε για θεραπευτική αγωγή και ότι ο έφηβος την ακολουθεί.
- Απομάκρυνση αντικειμένων και μέσων για αυτοκτονία.
- Συνεχής και απρόσκοπτη παρακολούθηση από τον ιατρό.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Δεν είναι σωστό να δείξει κάποιος σημεία θυμού ή πανικού. Επίσης δεν είναι ορθό να διακόπτονται οι έφηβοι την ώρα που μεταφέρουν το πρόβλημα τους, κάνοντας τους κριτική και δίνοντας παραδείγματα από άλλους.

Άλλες θεραπευτικές μέθοδοι για την αυτοκτονική διάθεση είναι:

- Η φαρμακευτική αγωγή.
- Οι Ψυχοθεραπείες.
- Η τροποποίηση του περιβάλλοντος.
- Η έγκαιρη ενημέρωση των γονέων για το τι θέλει να διαπράξει το παιδί.
- Ψυχολογική υποστήριξη και διδασκαλία των γονέων.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Κεφάλαιο 6^ο-Εφηβική Κατάθλιψη και Νοσηλευτής.

6.1.Ο ρόλος νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.

Στη κοινή γνώμη του νοσηλευτικό επάγγελμα και λειτούργημα περιγράφεται με τη φράση περιποίηση και φροντίδα των ασθενών, οι ορισμοί που έχουν δοθεί είναι φυσικά σωστοί αλλά έχουν την τάση να δείχνουν μόνο μερικούς από τους ρόλους που επιτελεί ένας νοσηλευτής και σίγουρα δεν είναι ο παθητικός ρόλος με τον οποίο θέλουν να το παρομοιάζουν. Ο ασθενής φαίνεται λες και δέχεται απλά την φροντίδα και την περιποίηση από κάποιον χωρίς να κάνει τίποτα από μόνος τους και χωρίς να γίνεται διάλογος και επικοινωνία. Αυτή η αντίληψη είναι λανθασμένη, καθώς ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μια ξεχωριστή ψυχοσωματική οντότητα όπως στην πραγματικότητα είναι.

Οι νοσηλευτές μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής, ανάλογα με την εκπαίδευσή τους σε συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, μπορούν να λειτουργήσουν και ως ψυχοθεραπευτές για τα παιδιά με κατάθλιψη. Οι πιο συχνές μορφές θεραπείας της κατάθλιψης στα παιδιά είναι οι βραχύχρονες ψυχοθεραπείες σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία.⁵⁶ Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η οικογενειακή θεραπεία είναι οι πιο συχνές μορφές ψυχοκοινωνικών θεραπειών.⁵⁴ Υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις ότι η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία σε παιδιά με κατάθλιψη μειώνει έως και 60% τον κίνδυνο της υποτροπής.⁵⁴ Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία εστιάζεται στο να ανακουφίσει το παιδί από τα συμπτώματα της κατάθλιψης με το να το βοηθήσει να αναγνωρίσει και να διορθώσει το «δια- στρεβλωμένο» τρόπο που επεξεργάζεται γνωστικά τα γεγονότα (με αρνητικές σκέψεις, πράξεις) και τις καταστάσεις της ζωής του. Σε πρακτικό επίπεδο το παιδί ενθαρρύνεται να υιοθετεί θετική διάθεση προς τη ζωή του και εκπαιδεύεται να επιλύει τα προβλήματά του αναπτύσσοντας αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσάρεστων ή ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι απλά η παροχή και η εξασφάλιση της σωματικής φροντίδας του αρρώστου αλλά και η υπεράσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων του, ο νοσηλευτής γίνεται προαγωγός υγείας και συνήγορος του αρρώστου. Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να λειτουργήσει ως συνήγορος του ψυχικά ασθενούς, όπου και αν βρίσκεται και να υπερασπιστεί σε οτιδήποτε τον ψυχικά άρρωστο.

Είναι γνωστό ότι οι ψυχικά διαταραγμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, οπότε μπορούν να επηρεαστούν ανά πάσα στιγμή από τον οποιοδήποτε χωρίς να μπορούν να υπερασπιστούν

τον εαυτό τους. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται βοήθεια και καθοδήγηση ώστε να μπορούν να προσεγγίσουν διαγνωστικές εξετάσεις και την θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Είναι καθήκον του νοσηλευτή και αναντίρρητο δικαίωμα του ασθενή να οδηγηθεί με σκοπό να λάβει την καλύτερη φροντίδα.

Πέρα από το καθαρά νοσηλευτικό του καθήκον ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να λειτουργεί σαν το στόμα των ψυχικά ασθενών στα νομοθετικά σώματα, προωθώντας αλλαγές σε νόμους και σε θέματα πολιτικής υγείας. Μπορεί να ενθαρρύνει τους τοπικούς φορείς να εξασφαλίσουν υπηρεσίες σίτισης και στέγασης.³¹

Τις βασικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού.⁴² Εκτός από την αρχική εκτίμηση, ο νοσηλευτής αναφοράς συλλέγει καθημερινά πληροφορίες, για την τρέχουσα ψυχική κατάσταση του παιδιού, μέσω της διαρκούς νοσηλευτικής παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων.⁴⁵ Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες του καταθλιπτικού παιδιού αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα νοσηλευόμενα παιδιά, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας τους και αυτό τους δίνει τη δυνατότητα της προσομοίωσης με το γονεϊκό ρόλο, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.⁴²

6.2 Νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη

Υπάρχουν βασικές αρχές της νοσηλευτικής προσέγγισης και φροντίδας του παιδιού με κατάθλιψη. Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της προσέγγισης του παιδιού είναι η αποδοχή χωρίς όρους. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη έχει την τάση να εσωτερικεύει την απορριπτική συμπεριφορά, που συχνά μάλιστα πιστεύει ότι του αξίζει. Μέσα από την αντανάκλαση της συμπεριφοράς με στοιχεία αποδοχής δίνει τη δυνατότητα στο παιδί μιας εκ νέου διορθωτικής αξιολόγησης του εαυτού του και ανόρθωσης της αυτοεκτίμησής του.⁴³ Η προσέγγιση του νοσηλευτή με ενσυναίσθηση και ενθάλπια ησυχάζει το παιδί και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης για να εκπορεύσει με τα εκφραστικά μέσα που διαθέτει το περιεχόμενο των ενοχών του που το ταλαιπωρούν. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει την αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει το παιδί και την εκπαίδευσή του ώστε να μην οικειοποιείται το βάρος καταστάσεων για τις οποίες δεν έχει ευθύνη (π.χ. ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που αφορούν τους γονείς του).^{43,44} Το ειλικρινές feedback των νοσηλευτών προς το παιδί με κατάθλιψη για το πως

προβάλλεται η διάθεσή του, δημιουργεί σχέση ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτή και του παιδιού. Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να πάρει ορθά μηνύματα για το πώς παρουσιάζει τον εαυτό του προς τα έξω, πέρα από τη νοητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του.⁴³ Με την ανάδραση που προσφέρει, ο νοσηλευτής μεταφέρει τις εντυπώσεις που δίνει το παιδί απλά και κατανοητά και δεν υπάρχει η παραμικρή παρουσία κριτικής και στιγματισμού για το παιδί.⁴⁵ Το σταθερό ενδιαφέρον του νοσηλευτή ως προς τη φροντίδα του παιδιού με κατάθλιψη, ενισχύει την πεποίθησή του ότι αξίζει ως άτομο, εφόσον του αφιερώνει χρόνο, ικανοποιώντας την ανάγκη του για προσοχή, ατομικότητα και φροντίδα, ενισχύοντάς του μ' αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή του.⁴⁴

6.2.Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη.

Το πρωταρχικό βήμα για την πρόληψη της ψυχικής νόσου είναι η αναγνώριση των στοιχείων κινδύνου για την ανάπτυξή τους και δραστική μείωση τους. Ορισμένοι παράγοντες όπως η γενετικοί δεν μπορούν να αλλάξουν, ωστόσο υπάρχουν άλλοι που μπορούν να τροποποιηθούν μέσα από την πρόληψη. Έτσι η πρόληψη έχει διαιρεθεί σε 3 κατηγορίες:

- Η πρωτογενής πρόληψη εφαρμόζεται σε άτομα υγιή και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, τη διακοπή καπνίσματος και τη χρήση αλκοόλ.
- Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα που ήδη νοσούν από κάποιο σωματικό ή ψυχικό νόσημα. Ο βασικότερος στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Π.χ. η ενημέρωση για την συμπτωματολογία της κατάθλιψης.
- Η τριτογενής πρόληψη αφορά άτομα που έχουν προσβληθεί σοβαρά από μια ψυχική διαταραχή. Ο βασικότερος στόχος αυτής της πρόληψης είναι να αντιμετωπιστεί η ψυχική διαταραχή έγκαιρα με σκοπό να αποφευχθούν χειρότερες επιπτώσεις για τον άρρωστο.

Η συμμετοχή εξειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας σε όλες τις δομές πρόληψης είναι απαραίτητη. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν σημεία και συμπτώματα της ψυχικής νόσου.³¹

6.3.Νοσηλευτής και έφηβος.

Ο νοσηλευτής ψυχικής Υγείας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε ασθενείς νεαρής ηλικίας ειδικά σε εφήβους και παιδιά. Ένας τέτοιος καταρτισμένος νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει το παιδί προσωπικά αλλά και να στηρίξει και να εκπαιδεύσει την οικογένεια του. Τα άτομα που χρειάζονται νοσηλευτική ψυχολογική στήριξη είναι οι εξής:

- Έφηβοι με κατάθλιψη και τάση αυτοκτονίας.
- Κακοποιημένα άτομα.
- Άτομα που βρίσκονται σε προσωρινή κρίση.
- Χρήστες ναρκωτικών.
- Αλκοολικοί.
- Νευρικοί έφηβοι.
- Έγκυες έφηβες.
- Ανύπαντρες έφηβες και άλλα.³⁰

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει ακόμη σε:

- Προγράμματα αποτοξίνωσης.
- Σχολεία.
- Φυλακές.
- Αναμορφωτήρια.
- Κοινότητες.
- Οικογένειες εφήβων.
- Προγράμματα επανένταξης για ψυχιατρικούς ασθενείς που υπήρξαν τρόφιμοι και άλλα.³⁰

Ο νοσηλευτής ως ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει έναν έφηβο κάνοντας ατομική ψυχοθεραπεία, όπου συμμετέχει ο ίδιος και το έφηβο παιδί, σε μερικές περιπτώσεις βέβαια είναι πιο θεραπευτικό αποτέλεσμα να συμμετέχουν και άλλο έφηβοι στην κουβέντα. Μερικές φορές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε να μπορεί να επιτύχει την ομαλή έκβαση της συζήτησης με το παιδί και εκείνο να ανοιχτεί. Σε αρκετές περιπτώσεις οι έφηβοι φοβούνται να μιλήσουν στο νοσηλευτή, βγάζοντας άρνηση καθώς η θέση του τους βγάζει μια εξουσία με αποτέλεσμα να μην το εμπιστεύονται άμεσα.. σε τέτοιες περιπτώσεις η λύση για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής από πλευράς του νοσηλευτή

είναι να χρησιμοποιήσει την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό πάντα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

6.4.Νοσηλευτική Φροντίδα στην Κατάθλιψη.

Η νοσηλευτική διεργασία στα πλαίσια του παιδιού με κατάθλιψη μοιάζει σε πολλά σημεία με το πλάνο φροντίδας που παρέχεται σε έναν ενήλικα ασθενή με κατάθλιψη. Παρόλα αυτά ο νοσηλευτής στην περίπτωση του εφήβου πρέπει να λάβει υπόψη του τα ξεχωριστά χαρακτηριστικά της εφηβικής ηλικίας σε συνάρτηση με τον ιδιόρρυθμο χαρακτήρα ενός καταθλιπτικού νεαρού ασθενή.³²

Σε πρώτη φάση πραγματοποιείται η νοσηλευτική εκτίμηση.(το πρώτο στάδιο της διεργασίας) στην οποία ο νοσηλευτής ακολουθεί τα παρακάτω βήματα:

- Λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού.
- Καταγραφή γενικότερης συναισθηματικής και ψυχικής κατάστασης του παιδιού.
- Εκτίμηση πιθανών αυτοκτονικών συμπεριφορών.
- Εκτίμηση του οικογενειακού υπόβαθρου του παιδιού και αν μπορεί να στηριχτεί σε αυτό ή το βλέπει.

Κατά τη λήψη το νοσηλευτικού ιστορικού πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν διάφοροι παράγοντες όπως:

- Γενετικοί και βιολογικοί.
- Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Κατανάλωση αλκοόλ.
- Χρήση ναρκωτικών.
- Κατάσταση στην οικογένεια.
- Μόρφωση.
- Εκτίμηση συμπτωματολογίας.³²

Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων κατάθλιψης παραμένουν αδιάγνωστες και αθεράπευτες. Δεν είναι άστοχο λοιπόν οι νοσηλευτές να προβούν σε προληπτικό έλεγχο για κατάθλιψη, όταν υπάρχει υποψία διαταραχής της διάθεσης.

Το επόμενο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εκτίμηση του της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. Για να επιτευχθεί αυτό ο νοσηλευτής μπορεί να θέσει στον άρρωστο μια

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

κλίμακα εκτίμησης, κάνοντας του ερωτήσεις και ζητώντας του να τις βαθμολογήσει από το 1 έως το 10. Παρά το γεγονός που οι αριθμοί δεν σημαίνουν κάτι συγκεκριμένο, εντούτοις μπορεί να εκτιμηθεί η αντίληψη του ασθενή για το πώς αισθάνεται. Η εκτίμηση της διάθεσης πρέπει να διενεργείται μία φορά ανά βάρδια και να καταγράφεται στις νοσηλευτικές σημειώσεις.

Έπειτα ο νοσηλευτής οφείλει να παρατηρήσει τον άρρωστο σε σχέση με συγκεκριμένα σημεία που υποδηλώνουν την κατάθλιψη:

- Εμφάνιση → ένα άτομο με κατάθλιψη δεν ενδιαφέρεται για την εμφάνισή του.
- Συναισθηματική έκφραση → ο ασθενής μπορεί να περιγράψει λιγιστά συναισθήματα και είναι σφιγμένος.
- Η συμπεριφορά → ο ασθενής είναι θλιμμένος και δεν δείχνει δραστήριος.
- Διαγνωστικές διεργασίες → ο ασθενής δείχνει χαμένος και συχνά έχει παραληρήματα.³²

Το πιο σημαντικό σε αυτό το στάδιο σε σχέση με τον καταθλιπτικό ασθενή είναι να παρατηρήσουμε αν υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός. Επίσης εφαρμόζεται εκτίμηση σε σχέση με την οικογένεια και τις γνώσεις που διαθέτει για την ψυχική διαταραχή του παιδιού, τη συστημένη θεραπεία και την φροντίδα που απαιτείται. Στο τέλος, καταγράφονται τα ευρήματα για να βοηθηθεί το υπόλοιπο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στη συνέχεια της νοσηλευτικής διεργασίας βρίσκεται η διάγνωση. Οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις που αφορούν τους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη περιλαμβάνουν:

- Κίνδυνος για βίαιη συμπεριφορά προς τον εαυτό του.
- Διαταραγμένη Κοινωνική Αλληλεπίδραση.
- Διαταραχές θρέψης.
- Απελπισία.
- Διαταραχές της σκέψης.

Στα παραπάνω σημεία τίθεται η αντιμετώπιση σύμφωνα με το νοσηλευτικό καθήκον και τις ιατρικές οδηγίες. Στο τέλος της νοσηλευτικής διεργασίας επιτελείται ο σχεδιασμός και η εφαρμογή. Συγκεκριμένα για τον ασθενή με καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω:

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

- Αποδοχή του ασθενούς ως ολοκληρωμένη προσωπικότητα αποφεύγοντας να διενεργούνται πράξεις που μπορεί να τις εκλάβει ως απειλή.
- Φροντίζουμε τη θρέψη και την ενυδάτωση με τροφές της αρεσκείας του.
- Πρόληψη για αυτοκτονικές τάσεις.
- Μη έκφραση ρηχών και υπερβολικών συναισθημάτων.
- Προωθούμε καθημερινό πρόγραμμα.
- Προωθούμε την ανάπαυση και την δραστηριότητα του ασθενούς.
- Προωθούμε την έκφραση των συναισθημάτων του.
- Αποδοχή της έκφρασης των συναισθημάτων.
- Ορθή διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της φαρμακευτικής αγωγής.
- Κάνουμε διάλογο.
- Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.
- Ενθάρρυνση στην ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία.
- Συμμετοχή και επικοινωνία με την διεπιστημονική ομάδα παρακολούθησης.³²

Στη φάση της αξιολόγησης ο νοσηλευτής ελέγχει αν υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και αν επετεύχθησαν οι στόχοι της νοσηλευτικής διεργασίας. Αν δεν έχουν επιτευχτεί, το νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας είναι αποτυχημένο. Τότε το πρόγραμμα φροντίδας δεν ήταν ρεαλιστικό και δεν ανταποκρινόταν ορθά στον ασθενή. Ο νοσηλευτής τότε οφείλει να ενημερώσει τον προϊστάμενο νοσηλευτή, έτσι ώστε το σχέδιο φροντίδας να αναθεωρηθεί αν χρειάζεται. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα συγκεκριμένα κριτήρια με σκοπό να δουν την επιτυχία της νοσηλευτικής διεργασίας:

- Μειωμένο άγχος ασθενή.
- Καλή διάθεση.
- Καλή θρέψη.
- Καλή ανάπαυση.
- Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
- Δεν θέλει να βλάψει τον εαυτό του.

- Έχει ξεκινήσει να γίνεται κοινωνικός.
- Ο ασθενής και η οικογένεια γνωρίζουν πλέον και αποδέχονται τη νόσο.
- Δείχνει δείγματα καθαρής σκέψης και θετικής άποψης.
- Αποδέχεται τη θεραπεία και άλλα.³²

6.5. Νοσηλευτική Φροντίδα στον Αυτοκτονικό Ασθενή.

Πρέπει να δοθεί η πρέπουσα σημασία όταν η νοσηλευτική φροντίδα αφορά έφηβο που παρουσίασε αυτοκτονική διάθεση. Βασική επιδίωξη του νοσηλευτή είναι πάνω απ' όλα η προστασία της ζωής του αυτοκτονικού ατόμου, η παροχή ασφάλειας και προστασίας. Γι' αυτό το λόγο πρώτη προτεραιότητα του είναι η συστηματική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Παρακάτω αναλύονται τα σημεία που πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής με σκοπό να εκτιμήσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό:

- Την παρουσία συμπτωμάτων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας.
- Πώς το άτομο ζήτησε βοήθεια.
- Το αυτοκτονικό σχέδιο.
- Την ψυχική του κατάσταση.
- Το οικογενειακό υπόβαθρο.
- Μέσο που επιχείρησε να αυτοκτονήσει.
- Αν διαπράξει και στο παρελθόν απόπειρα.
- Τρόπος ζωής.
- Αν μιλά για το θάνατο.
- Νέο πλάνο για αυτοκτονία.
- Δεν μπορεί να κοιμηθεί.
- Φοβάται το σκοτάδι.
- Νομίζει ότι έχει κάποια σοβαρή νόσο πχ. Καρκίνο.
- Απομόνωση.
- Χαρίζει ατομικά είδη.
- Εναλλαγή συναισθημάτων.
- Συλλέγει αντικείμενα με τα οποία μπορεί να βάλει τον εαυτό του.
- Ενοχή.
- Ακούει φωνές και άλλα.

Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο ασθενής, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τα σημαντικά πρόσωπα που επιδρούν στην ζωή του παιδιού που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, πχ οι γονείς και τα αδέρφια.

Η φροντίδα επικεντρώνεται:

- Στην προστασία του αρρώστου.
- Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης.
- Στην ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών.
- Στην αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος.
- Στην ενεργοποίηση του περιβάλλοντος, και
- Στην εκπαίδευση του αρρώστου.³²

Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

- Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- Τον φέρνουμε σε επαφή με άλλα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αλλά θέλουν πλέον να ζήσουν.
- Ρωτάμε τον ασθενή να μας πει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- Βοηθάμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ότι του προκαλεί θυμό.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.³²

6.6. Μέθοδος Νοσηλευτικής Διεργασίας σε Αυτοκτονικό ασθενή.

6.6.1. Ολιστική-εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

1^η Διεργασία.

- **Ατομικές Πληροφορίες**

Όνοματεπώνυμο: Κ.Π.

Ηλικία: 15

Φύλλο: Άρρεν

Ασφαλιστικός φορέας: ΕΟΠΥΥ

Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος

Επάγγελμα: Μαθητής

Καταγωγή: Αχαΐα

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 9/6/2016

- **Νοσηλευτικό Ιστορικό**

Μαθητής γυμνασίου εισήχθη στα Επείγοντα στο Γενικό Λαϊκό με βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είστε από πτώση μεγάλου ύψους. Ο έφηβος μαθητής είχε διαγνωστεί προ 2ετίας με κατάθλιψη και παρακολουθείτε από παιδοψυχολόγο. Κατόπιν, της παροχής πρώτων βοηθειών στο μαθητή εξετάστηκαν τα στοιχεία της εισαγωγής του καταγράφηκε η απόπειρα αυτοκτονίας, παράλληλα, ελέγχθηκε το οικογενειακό περιβάλλον και μέσα από τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας αποδόθηκε η κατάλληλη φροντίδα.

- **Αίτια εισόδου**

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση.

- **Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς**

Μητέρα: ΣΔ II (υπό ινσουλίνη).

Πατέρας: Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου.

- **Ατομικό ιστορικό ασθενούς**

Παρόντα νοσήματα: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση.

Παρελθόντα νοσήματα: Ουδέν.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα, Πνευμονιόκοκκος.

Αλλεργίες: Όχι

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Ηρεμιστικά.

Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Καπνιστής: Όχι

- **Ζωτικά σημεία**

Θερμοκρασία: 36,6° C

Αρτηριακή Πίεση: 130/65 mmHg

Αναπνοές: 25/min

Σφίξεις: 85 bpm/min

SpO2: 89% (κάτω του φυσιολογικού)

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: φυσιολογική

Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου.

Ομιλία: φυσιολογική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: Αναφέρει δύσπνοια

Καρδιαγγειακό: Δεν αναφέρει αρτηριακή υπέρταση/υπόταση, συγγενή καρδιοπάθεια, ή άλλες διαταραχές.

Μυοσκελετικό: Δεν αναφέρει μυϊκούς πόνους, κράμπες, οσφυαλγία ή άλλες διαταραχές.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ενδοκρινολογικό: Δεν αναφέρει υπερθυρεοειδισμό/υποθυρεοειδισμό, ΣΔ ή άλλες διαταραχές.

Γενετικό – Αναπαραγωγικό: Δεν αναφέρει αφροδίσια νοσήματα, ή άλλες διαταραχές.

Πεπτικό: Δεν αναφέρει πεπτικά προβλήματα.

Εμετοί: όχι

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

- **Κλινικές εξετάσεις**

Αιματολογικές - Βιοχημικές εξετάσεις: Σάκχαρο: 155 mg/dl, Na: 118 mmol/l (φυσιολογικές τιμές 136-146), Αυξημένα ουδετερόφιλα 91,8% (φυσιολογικές τιμές 45-75%), Μειωμένα Λεμφοκύτταρα 1,8% (φυσιολογικές τιμές 20-51%).

ΗΚΓ: φυσιολογικό

Ακτινογραφία θώρακος: Φυσιολογική.

Αξονική τομογραφία θώρακος: Εμφανίζει μόρφωμα δεξιού και αριστερού πνεύμονα και υπεζωκοτική συλλογή υγρού.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση- αξιολόγηση.
Εμφάνιση ωτορραγίας.	Απαλλαγή ασθενούς από το σύμπτωμα και πρόληψη σοβαρότερων καταστάσεων.	Αντισηψία της περιοχής και να ακολουθήσει την ιατρική οδηγία.	Έγινε αντισηψία με Betadin στο αυτί του ασθενούς και χορηγήθηκε ενδοφλεβίως αντιβιοτική	Αντιμετώπιση του προβλήματος με επιτυχία.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Διεγερτικός ασθενής, σε πλήρη σύγχυση που δεν έχει επαφή με το περιβάλλον.	Περιορισμός της διεγερτικότητας του ασθενούς.	Προσθήκη προστατευτικών μέσων και χορήγηση ηρεμιστικής αγωγής με ιατρική οδηγία.	αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Εφαρμόστηκαν κιγκλιδώματα στα πλάγια την κλίνης και χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως ηρεμιστικά.	Ο ασθενής μετά το πρώτο 24ωρο άρχισε να ανταποκρίνεται.
Μειωμένη όραση του ασθενούς εξαιτίας οιδήματος στην περιοχή του οφθαλμού.	Απαλλαγή του ασθενούς από το οίδημα του οφθαλμού.	Προγραμματισμός ιατρικής παρέμβασης και να ακολουθήσει τις οδηγίες.	Ενστάλαξη φυσιολογικού ορού στον οφθαλμό για να διατηρηθεί καθαρός.	Αναρρόφηση του αιματώματος και ο ασθενής σταδιακά απέκτησε πλήρως την όρασή του.
Οξύς και έντονος πόνος.	Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Αναλγητικά χορηγήθηκαν.	Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.
Υψηλός πυρετός-Υπερθερμία.	Ελάττωση της υψηλής θερμοκρασίας.	Ακολουθήση νοσηλευτικών παρεμβάσεων με επανέλεγχο και χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Λήψη ζωτικών σημείων ανά τρεις ώρες και χορήγηση αντιπυρετικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Η θερμοκρασία του ασθενούς ρυθμίστηκε.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Διαταραχή κινητικότητας.	Βελτίωση της κινητικότητας του ασθενούς σε σύντομο διάστημα.	Εφαρμογή νοσηλευτικής διδασκαλίας και εκπαίδευσης με ασκήσεις που θα βελτιώσουν την κατάσταση του ασθενούς.	Εφαρμόστηκε η νοσηλευτική εκπαίδευση του ασθενούς.	Η γενικότερη κατάσταση βελτιώθηκε.
Μετατραυματική επιληψία.	Προφύλαξη ασθενούς από τις κρίσεις.	Χορήγηση φάρμακων. Εξασφάλιση αεραγωγού. Τοποθέτηση προστατευτικών.	Χορηγήθηκαν αντιεπιληπτικά φάρμακα, τοποθετήθηκαν προστατευτικά κάγκελα.	Αντιμετώπιση κρίσεων.
Ψυχολογική αδυναμία ασθενούς μετά την απόπειρα αυτοκτονίας.	Ενίσχυση της ψυχολογίας του εφήβου.	Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης μέσα από την διδασκαλία και ενημέρωση ψυχιατρικού τμήματος.	Νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό συνεργάστηκαν για να βοηθήσουν την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού και των γονέων.	Ο έφηβος δείχνει με βελτιωμένη διάθεση.

2^η Διεργασία.

- **Ατομικές Πληροφορίες**

Όνοματεπώνυμο: Φ.Χ.

Ηλικία: 13

Φύλλο: Θήλυ

Ασφαλιστικός φορέας: ΕΟΠΥΥ

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Επάγγελμα: Μαθήτρια

Καταγωγή: Αχαΐα

Τόπος κατοικίας: Αίγιο

Ημερομηνία εισόδου: 10/8/2016

- **Νοσηλευτικό Ιστορικό**

Μαθήτρια γυμνασίου εισήχθη στο ΠΓΝΠ για προληπτικούς λόγους για να επισκεφθεί τα επείγοντα και το ψυχιατρικό τμήμα αυτών. Η έφηβη μαθήτρια είχε διαγνωστεί προ 2ετίας με κατάθλιψη και παρακολουθείτε από παιδοψυχολόγο. Οι γονείς λόγω επιδείνωσης της γενικότερης κατάστασης της μαθήτριας, ανησύχησαν με αποτέλεσμα να πάρουν απόφαση να ζητήσουν βοήθεια από ψυχίατρο.

Αίτια εισόδου

Κατάθλιψη

- **Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς**

Πατέρας: ΣΔ II (υπό ινσουλίνη).

- **Ατομικό ιστορικό ασθενούς**

Παρόντα νοσήματα: Κατάθλιψη

Παρελθόντα νοσήματα: Ουδέν.

Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα, Πνευμονιόκοκκος.

Αλλεργίες: Όχι

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Ηρεμιστικά, στεροειδή.

Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Καπνιστής: Όχι

- **Ζωτικά σημεία**

Θερμοκρασία: 36,4° C

Αρτηριακή Πίεση: 130/65 mmHg

Αναπνοές: 27/min

Σφίξεις: 90 bpm/min

SpO2: 98%

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: φυσιολογική

Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου.

Ομιλία: φυσιολογική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: Αναφέρει δύσπνοια

Καρδιαγγειακό: Δεν αναφέρει αρτηριακή υπέρταση/υπόταση, συγγενή καρδιοπάθεια, ή άλλες διαταραχές.

Μυοσκελετικό: Δεν αναφέρει μυϊκούς πόνους, κράμπες, οσφυαλγία ή άλλες διαταραχές.

Ενδοκρινολογικό: Δεν αναφέρει υπερθυρεοειδισμό/υποθυρεοειδισμό, ΣΔ ή άλλες διαταραχές.

Γενετικό – Αναπαραγωγικό: Δεν αναφέρει αφροδίσια νοσήματα, ή άλλες διαταραχές.

Πεπτικό: Δεν αναφέρει πεπτικά προβλήματα.

Εμετοί: όχι

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

- **Κλινικές εξετάσεις**

Αιματολογικές - Βιοχημικές εξετάσεις: Σάκχαρο: 165 mg/dl, Na: 120 mmol/l (φυσιολογικές τιμές 136-146), Αυξημένα ουδετερόφιλα 92,8% (φυσιολογικές τιμές 45-75%), Λεμφοκύτταρα 22% (φυσιολογικές τιμές 20-51%).

ΗΚΓ: φυσιολογικό

Ακτινογραφία θώρακος: Φυσιολογική.

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση- αξιολόγηση.
Παραλαβή ασθενούς και καταχώρηση στοιχείων.	Ενημέρωση ιατρών και πρακτικών κλινικής.	Ορθή αντιμετώπιση ασθενούς και προσέγγιση.	Εφαρμόστηκαν.	Ο ασθενής αντέδρασε σωστά στην πρώτη προσέγγιση.
Αρχικός έλεγχος.	Εκτίμηση γενικής κατάστασης.	Ζωτικά σημεία και φυσική εξέταση.	Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία και αξιολογήθηκαν.	Φυσιολογικά ζωτικά σημεία.
Ο ασθενής εμφανίζεται διεγερτικός.	Μείωση συμπτωμάτων.	Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Χορηγήθηκαν.	Ο ασθενής ανταποκρίθηκε.
Ο ασθενής αρνείται να	Καθησυχασμός και προσπάθεια	Ο νοσηλευτής των επειγόντων	Ο νοσηλευτής κατάφερε να χτίσει γέφυρα	Βελτίωση κατάστασης.

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

συνεργαστεί με τον αρμόδιο γιατρό. Ο ασθενής εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα.	προσέγγισης του ασθενούς. Προσέγγιση ασθενούς.	επικοινωνεί με τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό εφαρμόζει αρχές ψυχικής υγείας για να καταστείλει τα συμπτώματα.	επικοινωνίας με την έφηβη. Πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τον έφηβο για το πώς νιώθει.	Η έφηβη εμπιστεύτηκε το νοσηλευτή και μοιράστηκε μαζί του της ανησυχίες του,
--	---	---	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη στη σημερινή εποχή ταλανίζει ολοένα και περισσότερους νέους στην διάρκεια της εφηβικής περιόδου. Τα παιδιά εγκλωβίζονται εύκολα στα προβλήματα που προκύπτουν λίγο πριν την μετάβασή τους στην ενήλικη ζωή. Πολλοί γονείς δεν αντιλαμβάνονται εγκαίρως τα προβλήματα αυτά, δικαιολογώντας και ενοχοποιώντας τα συμπτώματα εξαιτίας της συνύπαρξης της εφηβείας, με αποτέλεσμα το πρόβλημα να παραμένει κάνοντας το παιδί να νιώθει αδιέξοδο και το οδηγεί ακόμη και στην αυτοκτονία.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ένα από τα πιο συνήθη επείγοντα περιστατικά στην εφηβική ηλικία. Η μελέτη αυτού του προβλήματος έγινε πιο κρίσιμη τα τελευταία χρόνια, λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών νέων ατόμων. Πολύ λίγα παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών αυτοκτονούν, αν και αρκετά παιδιά αυτής της ηλικίας απειλούν με αυτοκτονία και μερικά από αυτά κάνουν απόπειρες, συνήθως ανεπιτυχείς. Η αυτοκτονία αυξάνεται εντυπωσιακά μεταξύ των νέων κυρίως από την ηλικία των 15 ετών για να φτάσει στο υψηλότερο ποσοστό στο 23ο έτος. Η αναλογία των αποπειρών αυτοκτονίας σε σχέση με τις ολοκληρωμένες προσπάθειες είναι 120 προς 1. Τα αγόρια, ιδιαίτερα από 15 ως 19 ετών, ολοκληρώνουν πιο συχνά, ενώ τα κορίτσια κάνουν περισσότερες απόπειρες στο σύνολο, αλλά και περισσότερες ανεπιτυχείς.

Οι έφηβοι σε αυτή την ηλικία χρειάζονται στήριξη και ενδιαφέρον σε πρωταρχικό στάδιο από την οικογένεια τους, το σχολικό περιβάλλον, αν παρόλα αυτά δεν βελτιωθεί από το τέλμα που βιώνει τότε υπάρχουν οι κατάλληλοι επαγγελματίες υγείας όπως: ψυχολόγοι, κοινοτικοί νοσηλευτές και άλλοι.

Καθώς η κατάθλιψη προκαλεί μια ιδιαίτερη απαισιοδοξία, ένα αδιέξοδο, το άτομο αισθάνεται και βιώνει το κάθε τι ως προσωπική αποτυχία και ανικανότητα, δημιουργώντας στο μυαλό του άσχημα συναισθήματα από τα οποία δεν μπορεί να ξεφύγει. Η παγίδα των αρνητικών σκέψεων εγκλωβίζουν κάθε θετική εικόνα και προσέγγιση.

Οι γονείς οφείλουν να ενημερώνονται για την εφηβική κατάθλιψη και αυτοκτονία για να γνωρίζουν όλα τα στοιχεία που θα προδώσουν την ψυχική νόσο και ακόμη κάποιους τρόπους προσέγγισης του παιδιού και αντιμετώπισης του προβλήματος. Η σωστή επικοινωνία και η απόδειξη της αγάπης προς τα παιδιά τους θα τα βοηθήσει να έρθουν σε επαφή με το ζήτημα να το αναγνωρίσουν και να έχουν θέληση για να βγουν νικητές από αυτό, καθώς είναι οι μόνοι που περνούν τόσο χρόνο μαζί τους.

Εκτός από την οικογένεια, ο έφηβος εντάσσεται σύντομα στους κόλπους μιας μικρής κοινωνίας αυτής του σχολικού περιβάλλοντος. Μέσα στο σχολείο προκαλούνται καταστάσεις, οι οποίες προκαλούν οργή, άγχος και αρνητικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα να πυροδοτούν έξαρση της κατάθλιψης. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να παρατηρούν και να αναφέρουν οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρήσουν. Μέσα στα πλαίσια του σχολείου, πρέπει να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τα ίδια τα παιδιά. Σε αυτές τις ημερίδες απαιτείται να συμμετέχουν παιδοψυχολόγοι και παιδοψυχίατροι.

Σημαντικό ρόλο, διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, η τηλεόραση, οι εφημερίδες, τα έντυπα καθώς απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες πρέπει να προβάλλουν εκπομπές οι οποίες θα ενημερώνουν για τη ψυχική νόσο, τις επιπτώσεις και τους τρόπους αντιμετώπισης. Αν και η τηλεόραση δεν είναι ο ορθότερος τρόπος ενημέρωσης εντούτοις μέσα από περιοδικά και επιστημονικά άρθρα θα μπορέσουν γονείς και έφηβοι να ενημερωθούν.

Ο τομέας της πρόληψης είναι ο σημαντικότερος για τα ψυχικά ζητήματα, καθώς αποτελεί τη σπουδαιότερη βάση για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου. Τα διάφορα ιδρύματα και κλινικές θα πρέπει να αναπτυχθούν κατάλληλα για να υπάρχει η απαραίτητη προετοιμασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτά τα πλαίσια, πρέπει να υπάρχουν εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας: ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι, νοσηλευτές και άλλα.

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντική η αναφορά του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του εφήβου με κατάθλιψη και αυτοκτονικές τάσεις. Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να έχει εξειδικευμένες γνώσεις των θεωριών ανάπτυξης, δηλαδή τη γνωστική ανάπτυξη και τις ψυχαναλυτικές θεωρίες της προσωπικότητας. Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις αρχές προσέγγισης και να κατανοεί τον εσωτερικό ψυχικό κόσμο του εφήβου παιδιού και της οικογένειας αυτού καθώς και της αλληλεπίδρασης με τον κοινωνικό περίγυρο.

Τέλος, είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να συμμετέχει ενεργά σε κοινοτικές ομάδες με σκοπό να αποκτά γνώσεις και εμπειρίες που θα τον οδηγήσουν σε μια βαθύτερη γνώση και κατανόηση του ιδιόρρυθμου ψυχισμού ενός εφήβου.

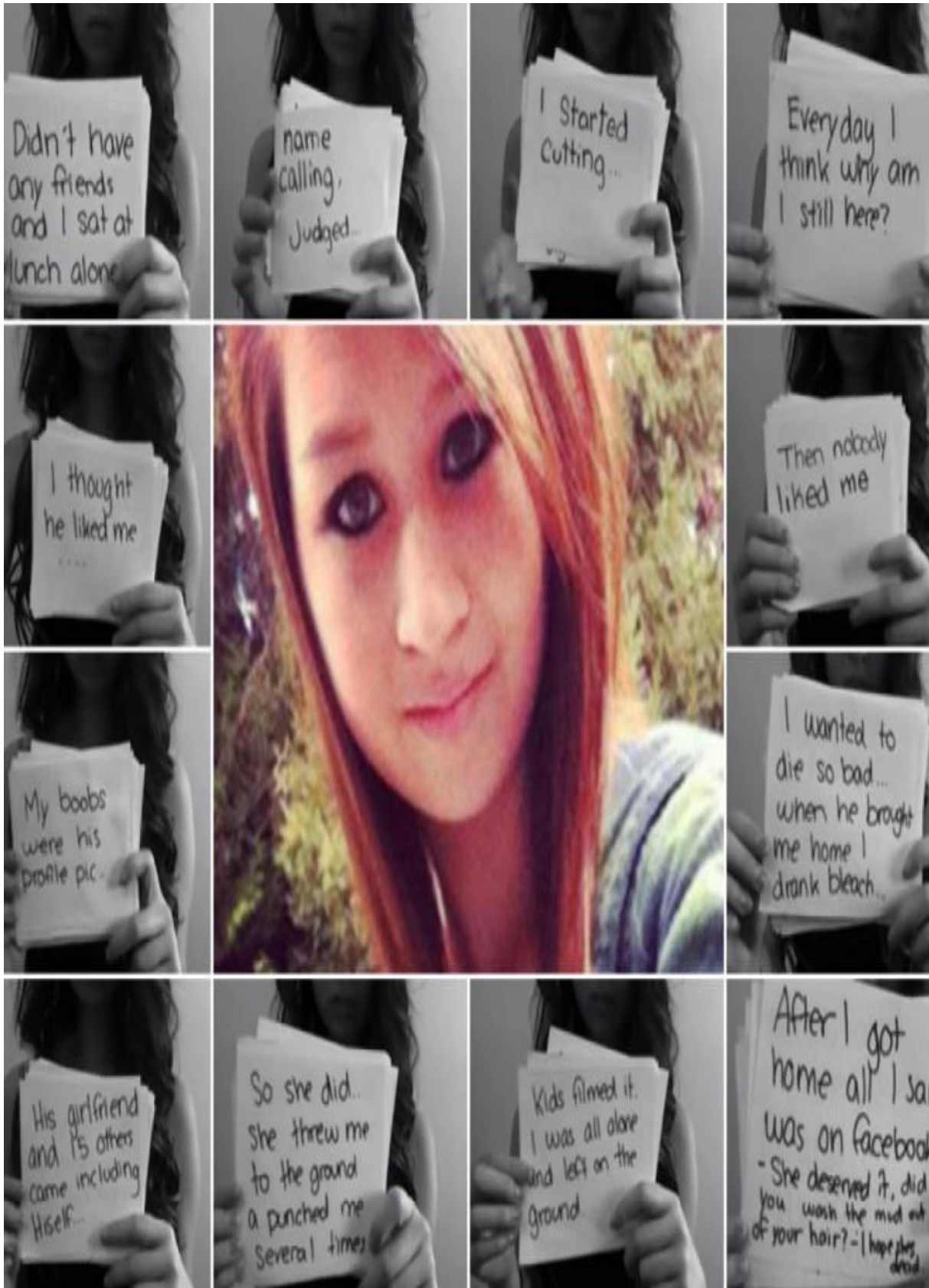
...Να το πεις στο πατέρα να το πεις στη μητέρα

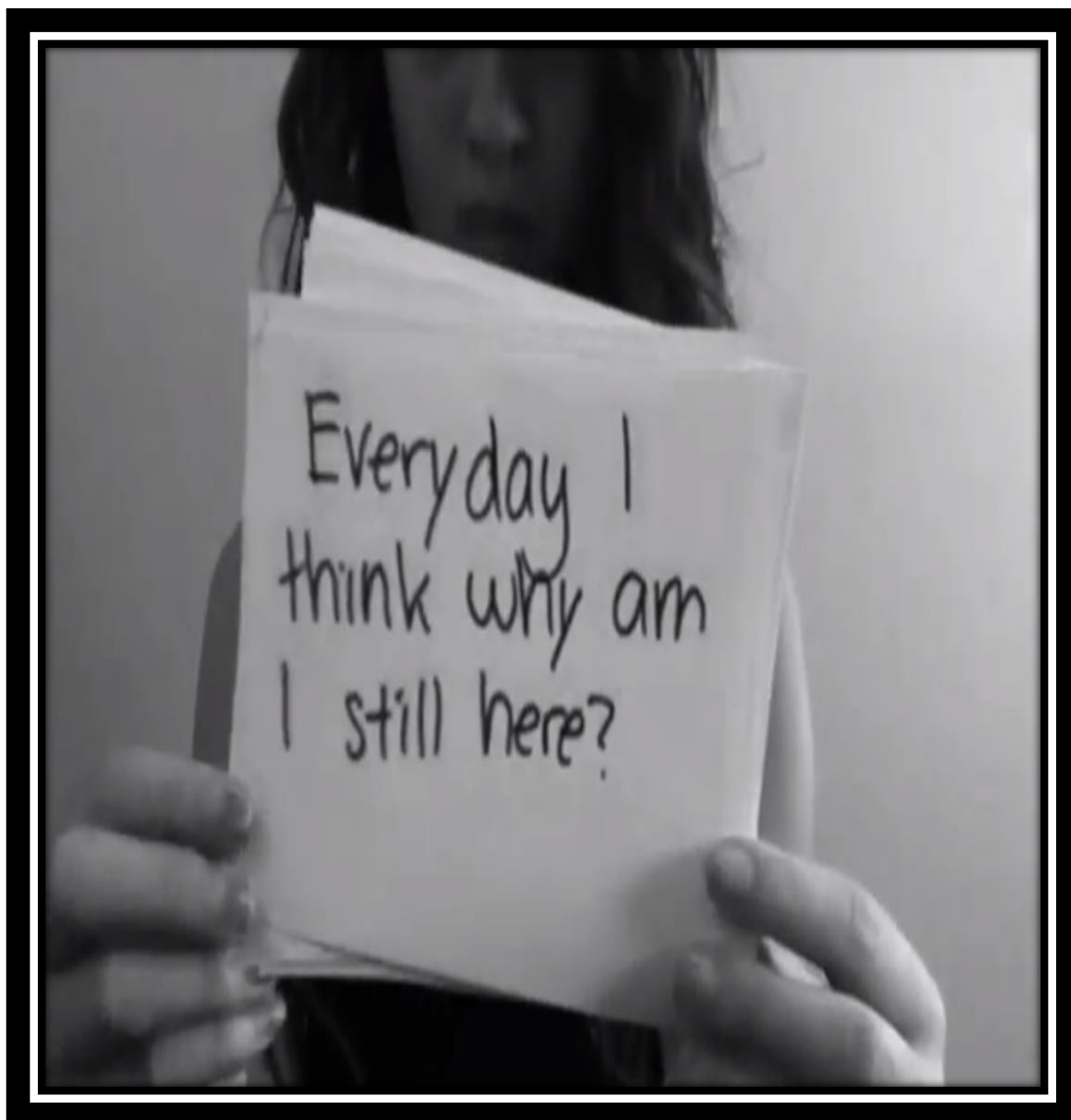
πως δε μπόρεσαν ποτέ να δουν

τα σκοτάδια στις Μαρίας τη ψυχή...

«Μαρία» Υπόγεια Φεύματα

Εφηβική Κατάθλιψη και Αυτοκτονία. Ο ρόλος του νοσηλευτή.





Τηλέφωνα Έκτακτης Ανάγκης για Παιδιά και Εφήβους.

- Γραμμή Επικοινωνίας για την Κατάθλιψη: 210-6515600
- Γραμμή Στήριξης Παιδιών και Εφήβων: 116-111
- Γραμμή μαζί με το παιδί: 11525
- Γραμμή Υποστήριξης Παιδιών και Εφήβων-Sos: 801.801.1177
- Τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης: 1145
- Γραμμή στήριξης και παρέμβασης στην κρίση: 800.113.777
- «Κόκκινη Γραμμή» για γονείς και εφήβους: 801.801.1177

Βιβλιογραφία

1. Γιαννοπούλου Χρ., Αθήνα, «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Εκδόσεις «Η Ταβίθα», Σ.Α., Αθήνα 2007.
2. Καραδήμας Χ. Ευάγγελος, «Ψυχολογία της Υγείας», Εκδόσεις «Τυπωθήτω», Γεώργιος Δάρδαμος, Αθήνα 2005.
3. Λαζαράτου Ε.-Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., «Εφηβεία και Κατάθλιψη» (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2001), Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων-Πανεπιστήμιο Αθηνών-Αθήνα.
4. Beeber I, "Treating depression through the therapeutic Nurse-Client relationship", Nursing Clinics of North America, Vol 33, No 1, March 1999, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1999, pp 153-170.
5. Μιχαλοπούλου Χ. (2003), Η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος, ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, προσπελάστηκε: www.iatronet.gr.
6. Τσαμαρίρος Γ. (2002), Η πορεία προς την ωριμότητα, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία.
7. Παρασκευόπουλος Ν. Ι., Εξελικτική ψυχολογία, Ψυχολογική θεώρηση της πορείας της ζωής από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Εφηβική ηλικία, Τόμος 4, Αθήνα.
8. Herbert M. (1986), Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, Γ έκδοση Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
9. Χαρτοκόλλης Π. «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991.
10. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R., "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7th Published by McGraw Hill Inc, New York 1996, pp 4-15, pp 232-261.
11. Blos Peter, "The Adolescent Passage", International University, Press Inc., N.Y. 1979.
12. Brent Da, Poling K., Mc Kain B., Baugher M.A., Psychoeducational Program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993.
13. Colle LM, Belair JF, Difeo M., Weiss J., Laroache C., Extended openlabel fluoxetine treatment of adolescents with major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1994.
14. Copfermann (E). Problèmes de la jeunesse. Full Petite Collection Maspero, Paris 1972.

15. Flach FF.: Κατάθλιψη. Η μυστική της δύναμη. Εκδόσεις “ΔΙΟΔΟΣ”, Αθήνα 1974.
16. Hartmann (H), “Psychoanalysis and Sociology” in Psychoanalysis Today ed Leonard, S. International Universities Press, Inc New York 1944.
17. Henri Chabrol “Οι τάσεις της αυτοκτονίας του εφήβου” Μετάφραση: Αικατερίνη Τερζόγλου, Εκδόσεις: Χατζηνικολή, 1987.
18. Oltamanns TF, Emery RE, “Abnormal Psychology”, Prentice - Hall Inc., New Jersey, 1995, neX 152- 191.
19. Loas G., Dhee -Perot P., Chaperot C. et al, “Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders”, Psychopathology, Vol, 31, Published by Karger, Basel Switzerland, 1998.
21. Επιψυ(2006)., Κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους. Προσπελάστηκε: depressionanxiety.gr/121/article/greek/121/137/index.htm.
22. Επιψυ(2007)., Η Κατάθλιψη. Προσπελάστηκε: www.defnet.gr.
23. Λαζαράτου Ε. & Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2001) Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Προσπελάστηκε: <http://www.mednet.gr>.
24. Παπάνης Ε. , Γιαβρίμης Π., Φρέρης Γ. και Βίκη Α. (2007), Εφηβεία, Κατάθλιψη και Απόπειρες Αυτοκτονίας, Περιγραφική μελέτη. Προσπελάστηκε από: www.aegean.gr (Πανεπιστήμιο Αιγαίου).
25. Τοκατλιάν Φλώρενς, με τη συνεργασία της Δρ. Έλιας Θεοτοκά (2007), Κατάθλιψη στην εφηβεία. Προσπελάστηκε από: <http://www.myworld.gr/browse/32889>
26. Πάλλης Δ. (1980) , Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας και η σύγχρονη έρευνα, Εκλογή- Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 53:158-162.
27. Conger J. (1981), Η εφηβική ηλικία, μια καταπιεσμένη γενιά. Αθήνα, Εκδόσεις Ψυχογιός.
28. Chabrol H.(1987), Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, Εκδόσεις Χατζηνικολή.
29. «Εφηβοι και Κατάθλιψη: Συναντιούνται ολοένα συχνότερα», 2004, Δρ. Λίζα Βαρβόγλη Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια.
30. Brown, E., 2010. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Λαγός.

31. Dewit,S., 2009. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτικές. Αθήνα: Πασχαλίδης.
32. Ραγιά Α. 2001 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα.
33. Josephson, A.M., 2007. Depression and suicide in children and adolescents: a spiritual perspective. Southern medical journal, 100(7), pp.744–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17639765>.
34. Harrington, R., 2001. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. British medical bulletin, 57, pp.47–60.
35. Dearden, K. et al., 2005. Adolescent sat Risk : Depression , Low Academic Performance , Violence , and Alcohol Increase Bolivian Teenagers Risk of Attempted Suicide. , 1, pp.1–15
36. King, C. a et al., 2009. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 16(11), pp.1234–41.
37. Anderson Jc , McGEE R. Comorbidity of depression in children and adolescents. In: Reynolds WM, Johnson HF(eds) Handbook of Depression in children and adolescents, New York, Plenum, 1994: 581-601
38. Rutter M, The development psychopathology of depression: issues and perspectives. In : Rutter M, Izard C, Read P(eds), Depression in young people. Guilford press, New York, 2000: 3-32
39. Petersen Ac , Sarigiani Pa, Kennedy re, Adolescents depression: why more girls? J Youth Adolesc 1991, 20:245-269
40. Olsson G, Von- Knorring Al , Adolescents depression: prevalence in Swedish high – school students. Acta Phychiatr scand 2000. 99: 324-331
41. Madianos M , Gefou –Madianou D, Stefanis Cn , Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adoles- cents and young adults across Greece, Eur psychiatry 1993, 8:139-146
42. Garralda ME, Hyde C. Managing children with psychiatric problems. 2nd ed. London, BMJ, 2004

43. Harmin V, Pachler MC. Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. *J Psychosoc Nurs* 2005 43:54–63
44. Tucker S, Derscheid D, Odegarden S, Olson ME. Evidence – Based training for enhancing psychiatric nurses; child behaviour management skills. *J Nurs Staff Develop* 2008, 24:75–85
45. Nardi DA. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv* 2007, 45:48–52
46. Costello Ej, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky IM, Weissman M et al, Development and natural history of mood disorders. *Bio Psychol* 2002, 52:529-542
47. Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 2003, 111:1312–1317
48. Grey M, Whittermore R, Tamborlane W. Depression in type I diabetes in children. Natural history and correlates. *J Psychosom Res* 2002, 53:907–911
49. Szigethy E, Levy-Warren A, Whiton S, Bousvanos A, Gauvreau K, Leichtner A et al. Depressive symptoms and inflammatory bowel disease in children and adolescents: A cross-sectional study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004 39:395–403
50. Lagges AM, Dunn DW. Depression in children and adolescents. *Neurol Clin* 2003, 21:953–960
51. Plioplys S. Depression in children and adolescents with epilepsy. *Epilep Behav* 2003, 4(Suppl 3):39–45
52. Romero AJ, Roberts RE. Stress within a bicultural context for adolescents of Mexican descent. *Cultur Divers Ethnic Divers* 2003, 9:171–184
53. Shugart MA, Lopez EM. Depression in children and adolescents when moodiness merits special attention. *Postgrad Med* 2002, 112:53–63
54. Harmin V, Pachler MC. Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. *J Psychosoc Nurs* 2005 43:54–63
55. Murphy K. Recognizing Depression. *Nurse Practitioner* 2004, 29:19–20

56. Davis M. Depression in children and adolescents. *J School Nurs* 2005, 21:311–317
57. Freingold MH, Quilty L. Child suicide and the schools. *Pediatrics* 2000, 106:1167
58. Bailey MK, Zauszniewski JA, Heinzer MM, HemstromKrainess M. Patterns of depressive symptoms in children. *J Child Adolesc Psychiatric Nurs* 2007, 20:86–95
59. Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος ΔΚ. Συνέχεια και ασυνέχεια των ψυχικών διαταραχών από την παιδική στην ενήλικη ζωή. *Ιατρική* 2000, 78:163–171
60. Nardi DA. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv* 2007, 45:48–52
61. Son SE, Kirchner T. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000, 62:2297–2308
62. Pentecost D, McNab S. Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. *J Fam Ther* 2007, 29:403–419