



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ»



ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ

ΛΙΩΛΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2017



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF WESTERN GREECE

FACULTY OF PROFESSIONS OF HEALTH & PROVIDENCE

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

DIPLOMA THESIS

**«MENTAL HEALTH OF TEENAGERS IN
THE MODERN URBAN CENTERS»**



STUDENT'S NAME:

KANELLOPOYLOY NIKOLITSA

LIOLI CHRISTINA

TEACHER'S NAME:

DRITSAS IOANNIS

PATRAS, JUNE 2017

Copyright © Κανελλοπούλου Νικολίτσα και Λιώλη Χριστίνα, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος – All rights reserved.

Η διπλωματική εργασία της Κανελλοπούλου Νικολίτσας και της Λιώλη Χριστίνας, εγκρίνεται από:

Υπογραφές:

1. Καθηγητής (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

- 2.

- 3.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση μιας πτυχιακής εργασίας, απαιτείται ιδιαίτερη προσωπική συνεισφορά, αλλά και την συμβολή τρίτων.

Κατά την διάρκεια λοιπόν, της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας, καθώς και της διεξαγωγής της έρευνας, υπήρξαν άνθρωποι, οι οποίοι μας βοήθησαν ιδιαίτερα, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο.

Όπως είναι φυσικό, θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε θερμά ορισμένα άτομα, τα οποία στάθηκαν βοηθητικοί παράγοντες για την επίτευξη του στόχου μας.

Αρχικά, λοιπόν η βοήθεια του επιβλέπων καθηγητή μας, Δρ. Ιωάννη Δρίτσα ήταν αρκετά σημαντική και εποικοδομητική, ώστε να συγγράψουμε την εργασία μας. Ο ίδιος μας προσέφερε καθοδήγηση και στήριξη καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα Γενικά Γυμνάσια και Λύκεια σχολεία, της περιοχής της Πάτρας, τα οποία συνέβαλαν με την σειρά τους, στην διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας, με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Χάρη στην προθυμία τους, συλλέχθηκε το απαραίτητο υλικό για την πραγματοποίηση της. Πιο συγκεκριμένα, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τους Γυμνασιάρχες και Λυκειάρχες των σχολείων που καταγράφονται στην συνέχεια:

3ο Γενικό Λύκειο Πατρών

7ο Γενικό Λύκειο Πατρών

8ο Γενικό Λύκειο Πατρών

8ο Γενικό Γυμνάσιο Πατρών

9ο Γενικό Γυμνάσιο Πατρών

12ο Γενικό Γυμνάσιο Πατρών

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους που μας στήριξαν οικονομικά και ψυχολογικά, ώστε να συγγράψουμε και να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία.

Αντί Προλόγου

«Να ξέρεις να εξουσιάζεις τη διάθεσή σου, γιατί αν δεν υπακούει, τότε διατάζει»

Οράτιος, 65-8 π.Χ., Λατίνος ποιητής.

«Η υγεία και η καλή διάθεση δημιουργούν η μία την άλλη»

Joseph Addison, 1672-1719, Άγγλος δοκιμογράφος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, γίνεται διερεύνηση στις διάφορες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ενδέχεται να κάνουν αισθητή την παρουσία τους κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, καθώς και πως επηρεάζεται η ψυχική ευεξία των νέων στις σύγχρονες κοινωνίες. Η εφηβεία περιγράφεται ως ένα στάδιο σοβαρών εσωτερικών και εξωτερικών αλλαγών. Οι νέοι επιδιώκουν να αντιληφθούν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, στην νόηση, στις διαπροσωπικές σχέσεις και γενικότερα στην ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Βασίζόμενοι στην βιβλιογραφική ανασκόπηση αντιλαμβανόμαστε πως η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα απασχόλησε πολλούς θεωρητικούς ειδήμονες, οι οποίοι επιχείρησαν να ανακαλύψουν τα γενεσιουργά αίτια των εσωτερικών και εξωτερικών αλλαγών που συντελούνται κατά την πάροδο της εφηβείας.

Κατά το μεγαλύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας είναι ορατό το γεγονός πως η βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη του νέου επηρεάζεται δραματικά από τις επιδράσεις που ασκούν διάφοροι εξωγενείς παράγοντες. Το σχολείο και η οικογένεια, ως τα πρώτα μέσα κοινωνικοποίησης, κρίνονται ιδιαίτεροι σημαντικοί, για την ψυχική υγεία των νέων, οι οποίοι συμβάλουν στην διαμόρφωση της ταυτότητας και της αντίληψης του «Εγώ» του εφήβου. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, όπου τα σύγχρονα αστικά κέντρα υποφέρουν από την οικονομική ύφεση, επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική κατάσταση των ανθρώπων. Οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις αλλοιώνονται και το κάθε άτομο κλείνεται στον «μικρόκοσμο» του και στα δικά του προβλήματα, αδιαφορώντας για τον συνάνθρωπό του. Ως φυσικό επακόλουθο, δεν μπορεί να μείνει ανεπηρέαστη η πληθυσμιακή ομάδα των εφήβων, η οποία κρίνεται από την φύση της ως «ευάλωτη».

Γι' αυτό τον λόγο, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο με τον οποίο αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών, το οικογενειακό και κυρίως το σχολικό περιβάλλον, τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν αποτελεσματικά στην επίλυση ζητημάτων ψυχικής υγείας. Το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, ολοκληρώνεται με την καταγραφή ορισμένων κρατικών, ιδιωτικών και Μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων, που συμβάλουν στην προάσπιση της υγείας των νέων. Ενώ, αναφέρονται διάφοροι προληπτικοί τρόποι αντιμετώπισης και μείωσης του συγκεκριμένου ζητήματος που μελετάται.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται από το ερευνητικό μέρος, κατά το οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε διάφορα σχολεία της Πάτρας. Συμπερασματικά μέσα από την ανάλυση, καταλήγουμε πως οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί μπορεί να έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν κάποια είδη ψυχικών διαταραχών, αλλά δυσκολεύονται να τα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως το μεγαλύτερο μέρος των καθηγητών, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, ισχυρίστηκαν πως η εκπαίδευσή τους ήταν ιδιαίτερα ελλιπής, όσο αναφορά την αναγνώριση, καθώς και την αντιμετώπιση διάφορων ψυχικών διαταραχών. Αντιθέτως, είναι ορατή η προσπάθειά των ίδιων των εκπαιδευτικών, να μορφώνονται και να εξελίσσονται συνεχώς, μέσω διάφορων σεμιναρίων και άλλων επιμορφωτικών δράσεων, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της εκπαίδευσή τους, σε ζητήματα διαχείρισης ψυχικά διαταραγμένων εφήβων.

Λέξεις – κλειδιά: Εφηβεία, Ψυχική Υγεία, Σύγχρονα Αστικά Κέντρα, Εκπαίδευση.

ABSTRACT

This thesis deals with a variety of mental disorders, which may be presented during adolescence, as well as the effect of modern societies on young people's emotional health. Adolescence is a period of sweeping internal and external changes. Young people try to accept what happen to their body, cognition, interpersonal relationships and generally, to their psycho – emotional condition. Based on an extensive literature review, we realise that many experts have been concerned about this age group and attempted to discover the underlying causes of internal and external changes that contribute during puberty.

For most of the dissertation it is conspicuous the critically influence of various external factors on the bio – psychosocial development of adolescence. School and family, as the first means of socialization, are particularly important for the mental health of young people, contribute to shaping the identity and perception of the ego. The last years, economic crisis afflict urban centers that occur a negative impact on people's mental health. Family and friendly relationships are altered, and each person is closed in his "microcosm" and in his own problems, disregarding his fellow man. As a consequence, the vulnerable adolescent population group, cannot be left unaffected.

For this reason, particular attention is paid on the way family and especially school deal with mental disorders, which can effectively contribute to the resolution of mental health issues. The theoretical part of our graduate thesis is completed by the registration of certain state, private and non – profit organizations, which contribute to the health of young people. As well as methods to prevent and reduce the specific issue, which is mentioned.

Finally, the thesis is completed with the research part, which took place in various schools in Patras. The results of this quantitative survey and the following analysis conclude that the majority of teachers have the ability to recognize some sorts of mental disorders but unfortunately it is difficult to deal effectively with them. It is of paramount importance to mention, that the majority of teachers claimed that their education as far as the recognition and handling of various mental disorders was particularly inadequate. On the other hand, teachers are trying on their own to be educated and to be improved in the management of mentally disturbed teenagers, via various seminars and other training activities.

Keywords: Adolescence, Mental Health, Modern Urban Centers, Education.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Α.Δ.Ε.Π. (Αναπτυξιακή Δημοτική Επιχείρηση Πατρών)
Α.Π.Θ. (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης)
Α.Τ.Ε.Ι. (Ανώτερο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα)
Γ.Ν.Α. (Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας)
Δ.Α.Φ. (Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος)
Δ.Ε.Π.Υ. (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα).
Δ.Σ. (Διοικητικό Συμβούλιο)
Ε.Ε.Π.Ο.Υ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας)
Ε.Κ.Ε.Ι. (Ειδικό Κέντρο Εφηβική Ιατρικής)
Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών)
ΕΛ.ΣΤΑΤ. (Ελληνική Στατιστική Αρχή)
Ε.Π.Α.Ψ.Υ. (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας)
Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής)
Ε.Σ.Π.Α. (Εθνικό Συμβούλιο Ποιότητας για την Ανάπτυξη)
Ε.Σ.Υ.Ε. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος)
Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας)
Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου)
Η.Π.Α. (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής)
Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων)
Κ.Δ.Ε.Π. (Κοινοφελή Δημοτική Επιχείρηση Πατρών)
Κ.Ε.Κ. (Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα)
Κε. Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων)
ΚΕ.Π.ΚΑ. (Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών)
Κ.Η. (Κέντρο Ημέρας)
Κ.Μ.Ψ.Υ. (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας)
Κοιν.Σ.Επ. (Κοινωνική Συνεταιριστική Επιχείρηση)
Μ.Ε.Υ. (Μονάδα Εφηβικής Υγείας)

M.K.O. (Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση)
M.K.Σ. (Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο)
N.Π.Δ.Δ. (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου)
N.Π.Ι.Δ. (Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου)
O.E.E. (Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδος)
Π.Γ.Ν.Θ. (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)
Π.Ν.Α. (Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
Σ.Ο.Ψ.Υ. (Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία)
A.B.A. (Applied Behavior Analysis)
C.C.B.D. (The Council for Children with Behavioral Disorders)
E.S.P.A.D. (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)
H.B.S.C. (Health Behavior in School – Aged Children)
T.E.A.C.C.H (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)
T.E.M.O.S. (Trust Effective Medicine Optimized Services)
U.N.E.S.C.O. (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization)
W.H.O. (World Health Organization)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | i |
| ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ | ii |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | iii |
| ABSTRACT | iv |
| ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ | v |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | vii |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1Ο - ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2Ο - ΕΦΗΒΕΙΑ: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ | 3 |
| Εισαγωγή | 3 |
| 2.1. Χαρακτηριστικά εφηβικής ηλικίας | 3 |
| 2.1.1. Η συμβολή των παιδικών χρόνων και η μετάβαση προς την εφηβική ζωή | 4 |
| 2.1.2. Εφηβεία: αλλαγές και ψυχολογικές συμπεριφορές | 5 |
| 2.2. Τα προβλήματα και οι μεταβολές κατά την εφηβική περίοδο | 8 |
| 2.3. Η γνωστική ωρίμανση και η περίοδος των τυπικών λογικών πράξεων | 15 |
| 2.3.1. Τα στάδια της εφηβικής σκέψης | 19 |
| Ανακεφαλαίωση | 20 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3Ο - ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ | 21 |
| Εισαγωγή | 21 |
| 3.1. Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχικής υγείας | 21 |
| 3.2. Μετασχηματισμοί / μεταβολές κατά την διάρκεια του 19ου – 20ου – 21ου αιώνα που οδήγησαν στην αύξηση των ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία | 23 |
| 3.3. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στα σύγχρονα αστικά κέντρα | 25 |
| 3.4. Κριτήρια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας εφήβων και οι ευάλωτες ομάδες | 29 |
| 3.5. Κατηγοριοποιήσεις ψυχικών διαταραχών | 31 |

| | |
|---|----|
| Ανακεφαλαίωση | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο - ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ | 43 |
| Εισαγωγή | 43 |
| 4.1. Μελέτη αναπτυξιακής περιόδου κατά την εφηβεία | 43 |
| 4.2. Θεωρητικά μοντέλα που συμβάλουν στην διεργασία της αυτοεκτίμησης του εφήβου | 44 |
| 4.3. Διαμορφώνοντας την ταυτότητα – Θεωρητικές προσεγγίσεις | 45 |
| Ανακεφαλαίωση | 51 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5Ο – ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ | 52 |
| Εισαγωγή | 52 |
| 5.1. Ο θεσμός της οικογένειας | 53 |
| 5.1.1. Οι σχέσεις των μελών | 54 |
| 5.1.2. Τα σύγχρονα οικογενειακά δυναμικά | 57 |
| 5.2. Το σχολικό περιβάλλον | 58 |
| 5.3. Η οικονομική κρίση | 61 |
| 5.3.1. Η σημερινή κατάσταση και οι επιπτώσεις στα σύγχρονα αστικά κέντρα | 62 |
| Ανακεφαλαίωση | 73 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6Ο – ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 75 |
| Εισαγωγή | 75 |
| 6.1. Τρόποι προσέγγισης και αντιμετώπισης των διαταραχών ψυχικής υγείας από τους εκπαιδευτικούς | 75 |
| 6.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις παρέμβασης | 80 |
| 6.2. Νέοι μέθοδοι και τεχνικές στην εκπαίδευση | 81 |
| 6.2.1. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών | 82 |
| 6.2.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην εκπαίδευση | 86 |
| Ανακεφαλαίωση | 90 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ | 91 |

| | |
|---|-----|
| Εισαγωγή | 91 |
| 7.1. Προληπτικοί τρόποι αντιμετώπισης και μείωσης του προβλήματος | 91 |
| 7.2. Τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών των εφήβων από το κράτος, από ιδιώτες και από Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) | 94 |
| Ανακεφαλαίωση | 101 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8Ο - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 102 |
| Εισαγωγή | 102 |
| 8.1. Ερευνητικές υποθέσεις – ερωτήματα | 102 |
| 8.2. Σκοπός και στόχοι της έρευνας | 103 |
| 8.3. Είδος της έρευνας | 103 |
| 8.4. Δειγματοληψία και επιλογή εργαλείων έρευνας | 104 |
| 8.5. Περιορισμοί | 105 |
| 8.6. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου | 105 |
| 8.7. Διαδικασία έρευνας | 106 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9Ο - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 107 |
| 9.1. Αποτελέσματα έρευνας | 107 |
| 9.2. Ανακεφαλαίωση βασικών αποτελεσμάτων | 124 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 Ο - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 127 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 131 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ | 140 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2ο ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ | 161 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3ο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ | 162 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα το οποίο επιλέξαμε, θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αφορά ένα λεπτό ζήτημα, την ψυχική υγεία των εφήβων στην σύγχρονη κοινωνία. Στην σύγχρονη πραγματικότητα οι ρυθμοί, στους οποίους καλούνται να ανταποκριθούν οι νέοι καθημερινά, επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Οι έντονες καθημερινές απαιτήσεις σε συνδυασμό με την αποξένωση που δημιουργούν τα σύγχρονα αστικά κέντρα, οδηγούν πολλές φορές σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Το οικογενειακό περιβάλλον, όντας η πρώτη κοινωνία του νέου και στη συνέχεια το σχολείο, συμβάλουν στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας του. Επομένως, ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα καθοριστικός στην κρίσιμη και μεταβαλλόμενη εφηβική περίοδο. Είναι σημαντικό οπότε να τονίσουμε, πως η πληθυσμιακή ομάδα των εφήβων, παρουσιάζεται ιδιαίτερα ευάλωτη και εύθραυστη, όπως φαίνεται στην συνέχεια της εργασίας, ενώ τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα την συγκεκριμένη περίοδο, είναι καθοριστικά για την υπόλοιπη πορεία της ζωής των εφήβων.

Ειδικότερα, στο κεφάλαιο δύο, γίνεται αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Η εφηβεία αποτελεί για τον νέο μια μεταβαλλόμενη περίοδο, όπου συμβαίνουν αλλαγές, τόσο στον εξωτερικό, όσο και στον εσωτερικό του κόσμο. Οι αλλαγές αυτές, επηρεάζουν την στάση των εφήβων, τις απόψεις, αλλά και τον τρόπο σκέψης τους, που θα διαμορφώσουν, σχετικά με ότι συμβαίνει γύρω τους. Ο τρόπος με τον οποίο ο νέος αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται αυτές τις έντονες αλλαγές διαμορφώνουν την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Δεν είναι λίγες οι φορές που συναντάμε περιπτώσεις ψυχικά διαταραγμένων εφήβων.

Έτσι, στο κεφάλαιο τρία, γίνεται μια αναφορά σχετικά με την εννοιολογική σημασία της ψυχικής υγείας, ενώ, αναφέρονται ενδεικτικά κάποιες διαταραχές ψυχικής υγείας, που ενδέχεται να εμφανιστούν στην εφηβική ηλικία. Επιπλέον, δίνονται εναλλακτικές διαχειρίσιμες εφήβων με διαταραγμένη ψυχική υγεία.

Στο κεφάλαιο τέσσερα, γίνεται προσπάθεια από πολλούς θεωρητικούς να ερευνηθούν τα αίτια των αλλαγών που συμβαίνουν κατά την εφηβεία, με τις γονεϊκές και όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις των εφήβων. Επιπλέον, φαίνεται η σημαντικότητα της αυτοεκτίμησης και της αυτοσυνείδησης του εφήβου, για την διαμόρφωση της προσωπικής του ταυτότητας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, καταγράφονται ορισμένοι σημαντικοί εξωτερικοί παράγοντες, που συμβάλουν στην πορεία της ανάπτυξης του εφήβου, καθώς και στην διαμόρφωση της ψυχικής του υγείας. Ένας από αυτούς είναι το οικογενειακό περιβάλλον. Ως το πρώτο μέσο κοινωνικοποίησης, επηρεάζει δραματικά την ψυχοκοινωνική κατάσταση του νέου. Οι σχέσεις μεταξύ του ζευγαριού, αλλά και όλων των μελών της οικογένειας, συμβάλουν στην εφηβική πορεία του ατόμου. Επίσης, ο κοινωνικό – πολιτιστικός παράγοντας, συμβάλει στην εξέλιξη της σωματικής ανάπτυξης. Ο τρόπος και το μέρος, στο οποίο μεγαλώνει ένα παιδί, διαδραματίζουν σημαντικό παράγοντα για την υγεία του. Για παράδειγμα, τα άτομα που προέρχονται από αγροτικές περιοχές, βιώνουν πολύ διαφορετικά, σε σύγκριση με τους νέους που ζουν στα σύγχρονα αστικά κέντρα. Οι τελευταίοι «αναγκάζονται» να παρακολουθήσουν και να ενστερνιστούν, πολλές φορές, τις διάφορες συνήθειες που επιτάσσει η σύγχρονη κοινωνία, με απώτερο σκοπό να ενταχθούν σε αυτή για να αποφύγουν την

απομόνωση. Τέλος, η οικονομική κρίση, η οποία πλήττει, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια την χώρα μας, έχει επηρεάσει κατά πολύ, την ψυχολογία των ανθρώπων και κυρίως των νεαρών ατόμων, όπου το επαγγελματικό, κυρίως μέλλον τους, κρίνεται εξαιρετικά αβέβαιο.

Από την άλλη μεριά, στο κεφάλαιο έξι, γίνεται εκτενής αναφορά, στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι καθηγητές, διαχειρίζονται τα ζητήματα ψυχικών διαταραχών, εντός του σχολικού περιβάλλοντος. Οι εκπαιδευτικοί, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν ορισμένοι μαθητές, έχουν την δυνατότητα να αντιληφθούν την παρουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, παρουσιάζονται η σημερινή κατάρτιση των εκπαιδευτικών, αλλά και οι διάφορες προσεγγίσεις, που χρησιμοποιούν για το ζήτημα αυτό, ώστε να επέλθει η ψυχική ευεξία των εφήβων. Ενώ, επίσης, καταγράφεται η σημαντικότητα της ένταξης των κοινωνικών λειτουργών στην σχολική μονάδα και η συνεισφορά του ρόλου τους στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Κλείνοντας, το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας, στο έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι προληπτικοί τρόποι, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση, καθώς και στην μείωση του προβλήματος. Στη συνέχεια, αναφέρονται ορισμένες υπηρεσίες, δημοσίου, ιδιωτικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου μπορούμε να αναφερθούμε, για περιστατικά ψυχικών διαταραχών, κατά την εφηβική ηλικία.

Στο όγδοο κεφάλαιο, παρατίθενται η ερευνητική μεθοδολογία, η οποία περιλαμβάνει τις ερευνητικές υποθέσεις της έρευνάς μας, τον σκοπό και τους στόχους της, το είδος της έρευνας, η δειγματοληψία και η επιλογή εργαλείων, τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, καθώς και την ερευνητική διαδικασία που ακολουθήσαμε. Κατόπιν, αναλύονται και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν από την συλλογή των δεδομένων, ενώ το κεφάλαιο εννέα, ολοκληρώνεται με την ανακεφαλαίωση των βασικών σημείων, που προέκυψαν από το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής.

Ακολουθεί το κεφάλαιο δέκα, όπου αποτυπώνονται τα συνολικά μας συμπεράσματα από την πτυχιακή μας εργασία, καθώς επίσης και οι προτάσεις, που προέκυψαν από την μελέτη της εργασίας αυτής. Ολοκληρώνοντας, την παρούσα πτυχιακή εργασία, καταγράφονται η βιβλιογραφία, καθώς και το παράρτημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20 – ΕΦΗΒΕΙΑ: ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική ηλικία, θεωρείται ως μια από τις πιο κρίσιμες περιόδους της ζωής ενός ατόμου και αυτό γιατί παρατηρούνται αλλαγές στην νόηση, στο σώμα, στο συναίσθημα, αλλά και κοινωνικές και ψυχοσεξουαλικές διαφορές. Η εφηβεία, χαρακτηρίζεται ως ένα στάδιο μεγάλης εσωτερικής και εξωτερικής αναταραχής, καθώς οι νέοι που βρίσκονται σε αυτή την ηλικία, επιδιώκουν να δομήσουν την προσωπικότητά τους και γενικότερα να σχεδιάσουν το μέλλον τους. Στην συγκεκριμένη ηλικία, συμβαίνουν διάφορες αλλαγές στην σωματική και στην ψυχική κατάσταση των εφήβων. Ειδικά, σημειώνεται αύξηση των ορμονών, επέρχεται η σωματική και η βιολογική ωρίμανση, ενώ, επίσης, παρουσιάζεται μια συναισθηματική αναδιοργάνωση, για τα νεαρά άτομα. Τα βιώματα της παιδικής ηλικίας, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι θα ξεπεράσουν τις δυσκολίες, που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν. Επίσης, κατά την πάροδο της εφηβείας, ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται οι έφηβοι είναι διαφορετικός, από αυτόν της παιδικής ηλικίας. Ουσιαστικά, επέρχεται η γνωστική ωρίμανση του ατόμου. Ενώ, επίσης, οι νέοι, μέσα από τα διάφορα στάδια της νόησης, προσπαθούν να οργανώσουν την προσωπική τους ταυτότητα και να ανεξαρτητοποιηθούν.

2.1. Χαρακτηριστικά εφηβικής ηλικίας

Η εφηβεία, συμπεριλαμβάνει όλους τους τομείς της βιοσωματικής ύπαρξης, καθώς, επίσης και τους ψυχοπνευματικούς και διανοητικούς μηχανισμούς, του νέου (Κουρκούτας, 2001). Σύμφωνα με τους αρχαίους Έλληνες, η λέξη «έφηβος», σηματοδοτούσε την τελευταία πάροδο της ήβης. Μάλιστα, στην Αθήνα, θεωρούσαν ότι, τα αγόρια έμπαιναν στην εφηβεία στην ηλικία των 16 ετών, ενώ στην Σπάρτη στην ηλικία των 18 χρονών. Αντίθετα, τα κορίτσια, χαρακτηρίζονταν ως έφηβα σε μικρότερη ηλικία και αυτό σήμαινε ότι όφειλαν να παντρευτούν. Στην «Ρητορική», ο Αριστοτέλης, περιέγραφε τον νέο, ως ένα άτομο, το οποίο είχε την δυνατότητα να κάνει πράξη κάθε του επιθυμία. Οι έφηβοι είναι αρκετά ασταθείς, επιθυμούν να αρέσκονται από τους άλλους, να σχηματίζουν ένα ευρύ κοινωνικό φάσμα, που να βασίζεται σε δυνατές φιλίες, ενώ και οι ερωτικές περιπτώσεις βρίσκονται σε πρώτο πλάνο (Παπαϊωάννου, 2000).

Σύμφωνα με τον Π. Σταθόπουλο (2005), η εφηβική περίοδος, λαμβάνει χώρα από την ηλικία των 13 χρονών έως και των 17 ετών. Γίνονται αισθητές μεγάλες σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές αλλαγές στην συμπεριφορά του εφήβου. Συχνά, οι νέοι «πέφτουν» σε παλινδρομήσεις και φόβους, καθώς από την μία, επιδιώκουν την ανεξαρτησία τους, με επαναστατικό χαρακτήρα και από την άλλη πλευρά, επιθυμούν την σχέση εξάρτησης, με το οικείο, συνήθως οικογενειακό περιβάλλον τους. Μάλιστα, η εφηβεία, συχνά έχει χαρακτηριστεί ως ένα στάδιο μεγάλης εσωτερικής και εξωτερικής αναταραχής, όπου σύμφωνα με τον S. Freud, ονομάζεται «η κρίση της εφηβείας» (Κουρκούτας, 2001). Ο Winnicott, θεώρησε ότι οι έφηβοι σε αυτή την φάση της ηλικίας τους, δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν ότι η ανωριμότητα είναι απαραίτητη. Πιο συγκεκριμένα έχει υποστηρίξει ότι: «Η ανωριμότητα είναι ένα βασικό στοιχείο της υγείας στην εφηβεία. Σε αυτό περιλαμβάνονται τα πιο

συναρπαστικά χαρακτηριστικά της δημιουργικής σκέψης, το νεανικό και δροσερό συναίσθημα, η αγάπη για την καινούργια ζωή» (Θεοδωράτου – Μπέκου, 2006).

2.1.1. Η συμβολή των παιδικών χρόνων και η μετάβαση προς την εφηβική ζωή

Η εφηβεία ως μία αναπτυξιακή περίοδος, αποτελεί μία δεύτερη γέννηση για τον νέο, καθώς κάνουν την εμφάνισή τους, οι μεταβολές της ήβης και επέρχεται η ολοκλήρωση της προσωπικής ταυτότητας του εφήβου. Ουσιαστικά, πρόκειται για μία περίοδο, όπου κάνει την εμφάνισή της η δόμηση του μέλλοντος και της προσωπικότητας του εφήβου. Είναι μία διαδικασία αρκετά επώδυνη ψυχικά, ωστόσο, όπως ισχυρίζεται και ο Jeammet, η αναζήτηση της διαφοροποίησης, μπορεί να επιτευχθεί με πόνο και ψυχική οδύνη, παρά μέσω του αγαπημένου αντικειμένου (Θεοδωράτου – Μπέκου, 2006).

Η συγκεκριμένη ηλικία είναι μια μεταβατική περίοδος αντιφάσεων, αναδιαρθρώσεων, αναζητήσεων και συγχύσεων. Επίσης, χαρακτηρίζεται, ως η περίοδος των τεράστιων αλλαγών, όπου το μέλλον διαγράφεται αβέβαιο και το νεαρό άτομο, ανησυχεί και περνά σε μία φάση αμφισβήτησης των δυνατοτήτων του για να τις αντιμετωπίσει. Ο έφηβος, γίνεται παρατηρητής του ίδιου του εαυτού, επιδιώκοντας να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις αλλαγές αυτές. Συγκεκριμένα, σημειώνεται αύξηση ορμονών, επέρχεται η σωματική και η βιολογική ωρίμανση, ενώ, γίνεται εμφανής η συναισθηματική αναδιοργάνωση και η προσπάθεια του εφήβου να ενταχθεί στην κοινωνία που βιώνει. Επιπλέον, η απομάκρυνση των εφήβων από την γονεϊκή επίβλεψη είναι αναμενόμενη, καθώς πλέον η φιλικές και οι ερωτικές σχέσεις έρχονται στο προσκήνιο (Παπαϊωάννου, 2000).

Ο τρόπος με τον οποίο ο έφηβος θα διανύσει αυτή την φάση της ζωής του, αποτελούν τα βιώματα που είχε από τα παιδικά του χρόνια. Έχει αποδειχθεί ότι οι νέοι, που είχαν βιώσει ικανοποιητικά κατά την παιδική τους ηλικία, την εφηβεία, την διαχειρίζονται ως ένα «φυσιολογικό» στάδιο, στο οποίο ενδέχεται να έρθουν αντιμέτωποι με συγκρούσεις, απογοητεύσεις, δυσκολίες και άλλα. Ωστόσο, φαίνεται να μην επηρεάζεται η αυτοπεποίθησή τους και οι σχέσεις με το οικείο περιβάλλον τους. Αντιθέτως, όταν ο νέος δεν είχε περάσει το στάδιο της ανεξαρτητοποίησης, της ωριμότητας και της αυτοπεποίθησης, αλλά έχει δοκιμάσει μόνο απογοητεύσεις και στερήσεις, ενδέχεται η εφηβεία να αποτελέσει μια αρκετά δύσκολη διαδικασία, που τον πρώτο λόγο θα τον έχει ο ίδιος. Αυτό έχει ως απότοκο, ο έφηβος να δυσκολεύεται να έχει μια ξεκάθαρη και σίγουρη ιδέα για τον ίδιο του, τον εαυτό (Παπαϊωάννου, 2000).

Οι έφηβοι, προκειμένου να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν, λόγω της εφηβείας, απογοητεύονται στην προσπάθειά τους να κάνουν πράξη, αυτά που θεωρούν ως «ιδανικά». Εξαιτίας της προσπάθειας αυτής, των νέων και προκειμένου να αποφύγουν μία επερχόμενη αποτυχία, καταφεύγουν σε δοκιμασμένες συμπεριφορές. Κατά ουσία, ακολουθούν μία συμπεριφορά, την οποία χρησιμοποιούσαν ως παιδιά. Η παλινδρομική συμπεριφορά, βοηθά τους νέους να έρθουν αντιμέτωποι με νέα γεγονότα, αλλά και να δώσουν λύσεις σε συγκρούσεις, που μπορεί να είχαν συμβεί στο παρελθόν. Επίσης, έχουν την δυνατότητα σε «κρίσιμες» για τους ίδιους καταστάσεις, να καταφεύγουν σε οικείους τρόπους συμπεριφοράς (Παπαϊωάννου, 2000).

Συχνά, οι ενήλικες και κυρίως το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου, αντιλαμβάνονται την κατάσταση που βιώνουν οι νέοι, ως ένδειξη ανωριμότητας και απουσία σοβαρότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνονται την χρησιμότητα που έχουν αυτά τα διλήμματα συμπεριφοράς. Η λανθασμένη εντύπωση των γονέων, πολλές φορές, αυξάνει τις ανησυχίες και το άγχος που βιώνουν τα άτομα στην εφηβεία. Οι γονείς, νιώθουν κυρίαρχοι και ισχυροί όταν τα παιδιά τους είναι ανήλικα, καθώς μπορούν να ασκούν τις απαιτήσεις, που μπορεί να έχουν και να δέχονται τα πράγματα ως έχουν. Είναι λογικό, τότε, πως οι έφηβοι που εξακολουθούν να ενστερνίζονται μία παιδική συμπεριφορά να γίνονται αρεστοί από το οικογενειακό τους περιβάλλον και σε αντίθετη περίπτωση να θεωρούνται «βάρος», καθώς επιφέρουν συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις (Παπαϊωάννου, 2000).

2.1.2. Εφηβεία: αλλαγές και ψυχολογικές συμπεριφορές

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει και παραπάνω, η εφηβική ηλικία αποτελεί μια από τις πιο κρίσιμες περιόδους στην ζωή ενός ανθρώπου. Κατά την εφηβική περίοδο, που συνήθως λαμβάνει χώρα κατά το 12ο έως το 18ο έτος της ζωής του εφήβου, κάνουν την εμφάνισή τους πολλές αλλαγές στην νόηση, στο σώμα, στο συναίσθημα, αλλά και κοινωνικές και ψυχοσεξουαλικές διαφορές (Αγγελόπουλος, 2009).

Τότε το νεαρό άτομο αρχίζει να αντιλαμβάνεται αλλαγές, τόσο στον εσωτερικό, όσο και στον εξωτερικό του κόσμο. Οι αλλαγές που διαπιστώνει ο νέος στην εξωτερική του εικόνα είναι εμφανής από τον ίδιο, καθώς και από το οικείο οικογενειακό, αλλά και φιλικό του περιβάλλον. Ουσιαστικά, ξεκινά η σωματική ωρίμανση του εφήβου. Σε αυτή την φάση, το άτομο αποχωρίζεται την παιδική του ηλικία και βαδίζει σταδιακά προς την ενήλικη ζωή (Feldman, 2011). Ειδικότερα, η εξωτερική αλλαγή, αφορά τόσο το κοντινό περίγυρο, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ενώ, η εσωτερική, αναφέρεται κυρίως στις συγκρούσεις, οι οποίες είναι σημαντικό να επιλυθούν (Θεοδωράτου – Μπέκου, 2006).

Η πάροδο της εφηβείας, χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση αρκετά στρεσογόνα, προκαλεί ψυχική πίεση στους νέους και κάνει πολλούς ψυχοθεραπευτές και ψυχιάτρους να μιλούν συχνά, για τις ιδιαιτερότητες του ψυχικού κόσμου, της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Σύμφωνα με τον Pittman, το 1987, όπου υποστήριξε πως η εφηβεία είναι μία περίοδος «φυσιολογικής ψύχωσης», αφού είναι η μόνη ηλικιακή ομάδα, στην οποία συναντάμε τόσο έντονα το συναίσθημα της κρίσης και της αλλαγής (Θεοδωράτου – Μπέκου, 2006). Σε αυτή την φάση της ζωής των νέων, υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες ψυχολογικές αντιδράσεις, που προκαλούν μία συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ειδικότερα:

Το άτομο επιδιώκει να μείνει μόνο του. Με αυτόν τον τρόπο, θα έχει την δυνατότητα να «ξεφύγει» από την πραγματικότητα και να κάνει μία μικρή ενδοσκόπηση, ώστε να αντιμετωπίσει διάφορες δυσκολίες. Η κατάσταση αυτή, μπορεί να κριθεί μη «φυσιολογική», σε περίπτωση που η μοναξιά, οδηγήσει τον νέο σε κοινωνική απομόνωση.

Παρατηρείται αποστροφή για εργασία. Στην προκειμένη φάση, το άτομο χορηγεί πολλές ώρες στις προσωπικές του ενασχολήσεις και αυτό έχει ως απότοκο την παραμέληση άλλων πραγμάτων. Εδώ, συχνά συναντάμε και μειωμένη σχολική επίδοση.

Έλλειψη συντονισμού στις κινήσεις. Ουσιαστικά, λόγω της γρήγορης ανάπτυξης του σώματος, συχνά οι έφηβοι νιώθουν αισθήματα ντροπής (π.χ. τα κορίτσια καμπουριάζουν με σκοπό να κρύψουν τους μαστούς τους).

Ανία. Την συναντάμε πιο συχνά κατά την πρώτη φάση της εφηβείας. Ο νέος δεν έχει ανακαλύψει την προσωπική του ταυτότητα και οι απότομες σωματικές και ψυχικές αλλαγές, του φέρνουν μεγάλη σύγχυση.

Νευρικότητα – ανησυχία. Συχνό φαινόμενο, στην εφηβική ηλικία. Ο έφηβος, λόγω της απότομης ανάπτυξης των ορμονών και των αλλαγών γενικότερα, αισθάνεται μία εσωτερική αναστάτωση.

Αυξημένη ευσυγκινησία. Το άτομο νιώθει ευάλωτο, μπροστά τις σωματικές αλλαγές που βιώνει.

Αντιδραστική εχθρική στάση προς τους άλλους. Οι έφηβοι συχνά αντιδρούν και παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά, προς τους άλλους, προκειμένου να νιώσουν ανίκητοι, δυνατοί και αυτόνομοι.

Αντιδραστική εχθρική στάση απέναντι στο άλλο φύλο. Δεν είναι λίγες οι φορές, που υπάρχει εμφανής αντιπάθεια για το άλλο φύλο. Αυτό ίσως συμβαίνει, γιατί ο ίδιος ο έφηβος δεν έχει συνειδητοποιήσει τις αλλαγές του σώματός του, αλλά και τις σεξουαλικές του ορμές.

Η υπεραπασχόληση με την σεξουαλική πράξη. Προσπαθεί, δηλαδή, σταδιακά να ανακαλύψει τις πραγματικές πτυχές του σώματός του.

Υπέμετρη αιδημοσύνη. Λόγω της σωματικής του ανάπτυξης, το άτομο νιώθει πως μπορεί να προκαλέσει τα βλέμματα των άλλων, αισθάνεται ντροπή, γι' αυτό επιδιώκει μην να εκτίθεται.

Έλλειψη αυτοπεποίθησης, όπου οφείλεται στην μη ολοκληρωμένη προσωπικότητα του εφήβου.

Ονειροπόληση, καθώς ο νέος κάνει όνειρα σχετικά με την μελλοντική του ζωή (Κουρκούτας, 2001).

Κατά την ανάπτυξη της ψυχολογίας του κάθε ατόμου, κάνουν την εμφάνισή τους, ορισμένοι ασυνείδητοι ψυχοδιανοητικοί μηχανισμοί, οι οποίοι ονομάζονται και μηχανισμοί άμυνας. Βασικός τους σκοπός αποτελεί η προστασία της ψυχολογίας του εφήβου, από ανεπιθύμητα εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα, που ενδέχεται να εισέλθουν στην συνείδηση του ατόμου, χωρίς την θέλησή του. Οι σκέψεις, οι επιθυμίες, τα συναισθήματα, οι παρορμήσεις είναι μερικά ανεπιθύμητα ερεθίσματα, τα οποία, μπορεί να προκαλέσουν άγχος και φόβο στον νέο. Οι μηχανισμοί άμυνας, μπορούν να αποδειχθούν σωτήριοι για την σωματική και κυρίως την ψυχική ευεξία των εφήβων. Ωστόσο, είναι καταστροφικοί σε περιπτώσεις, που χρησιμοποιούνται σε υπερβολικό βαθμό. Ένας από τους κυρίαρχους αμυντικούς μηχανισμούς, που χρησιμοποιούν οι έφηβοι είναι η απώθηση. Ουσιαστικά, το άτομο αποφεύγει κάθε επαφή με το εξωτερικό ερέθισμα, που του προξενεί άγχος ή φόβο. Αντίθετα, οι νέοι χρησιμοποιούν και την απώθηση, για ερεθίσματα, που προέρχονται από τον εσωτερικό τους κόσμο. Στην εφηβεία, συνήθως, οι μηχανισμοί άμυνας, συναντιούνται σε υπερβολικό βαθμό και μετατρέπονται σε μία παθολογική κατάσταση. Μερικοί από αυτούς τους μηχανισμούς καταγράφονται στην συνέχεια:

Προβολή. Συμβάλει στην ανακούφιση του εφήβου από εσωτερικές εντάσεις και αρνητικές σκέψεις. Με την προβολή, το άτομο εξωτερικεύει τα αρνητικά ή και εχθρικά του συναισθήματα και αποδίδει τις ευθύνες των πράξεών τους, στους άλλους.

Μετάθεση. Αποτελεί μία ήπια μορφή προβολής. Εδώ, ο έφηβος επιδιώκει να εκτονώσει το άγχος του και μεταθέτει την επιθετικότητα που νιώθει από τον περίγυρό του στην οικογένεια ή και το αντίθετο, σε περίπτωση που τα άγχη δημιουργούνται από την οικογένεια, ο νέος «ξεσπά» στον περίγυρό του (π.χ. συνομηλίκους, καθηγητές).

Μεταστροφή στον αντίθετο. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός, δεν επιτρέπει στο άτομο να εκφράσει τα θετικά ή τα αρνητικά του συναισθήματα. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο μπορεί να μην αισθάνεται άνετα με αυτά που νιώθει και τα θεωρεί δείγμα αδυναμίας. Έτσι, η ευγένεια, ο σεβασμός, μπορούν να μετατραπούν, με μεγάλη ευκολία, το αντίθετο.

Ταύτιση. Εδώ, γίνονται εμφανής αρχικά, η εσωτερίκευση και στην συνέχεια η αφομοίωση των ψυχικών χαρακτηριστικών του άλλου. Ειδικότερα, ο έφηβος, επιδιώκοντας να δομήσει την προσωπικότητά του, μιμείται τους άλλους, σε εξωτερικό, αλλά και σε εσωτερικό επίπεδο.

Εξιδανίκευση. Ο έφηβος, έχει την τάση να ωραιοποιεί τα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του, αλλά και τα πρότυπα που έχει, με απώτερο σκοπό να μειώσει τα αρνητικά του συναισθήματα.

Εκλογίκευση. Το άτομο προσπαθεί να ανακαλύψει λογικοφανή επιχειρήματα, τα οποία θα τα χρησιμοποιήσει ως δικαιολογία για να κρύψει τα αρνητικά του συναισθήματα, τις αναστολές του, τις αποτυχίες του και άλλα. Ουσιαστικά, επιδιώκει να κρύψει την αλήθεια από τους άλλους, αλλά και από τον ίδιο του τον εαυτό.

Παλινδρόμηση. Πρόκειται για την οπισθοδρόμηση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης. Ο έφηβος, συμπεριφέρεται και αντιδράει σαν παιδί. Όταν οι παλινδρομήσεις, διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να οφείλονται στην κατάχρηση ουσιών ή και σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Ταύτιση με τον επιτιθέμενο. Με τον μηχανισμό αυτό, οι νέοι επιδιώκουν να ξεπεράσουν τους φόβους τους. Μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις, για να απαλύνουν το άγχος τους, ταυτίζονται με αυτόν που τους προξενεί αυτό το συναίσθημα (π.χ. πολλά παιδιά υποδύονται το φάντασμα).

Καταστολή. Ο Weinberger, θεώρησε ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτόν τον μηχανισμό, δεν είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τις συναισθηματικές τους διεργασίες και αρνούνται τα αρνητικά τους συναισθήματα. Από την άλλη, οι Meyers και Brewin, το 1994, υποστήριξαν ότι τα άτομα αυτά έχουν την τάση να σβήνουν από την μνήμη τους κάθε ερέθισμα, που τους προκαλεί αρνητικά συναισθήματα. Οι έφηβοι, που εμπλέκονται σε αυτή την κατηγορία, φαίνεται να μην έχουν άγχος, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν ισχύει, αφού παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές με τα άτομα που όντως δεν έχουν άγχος.

Εκδραμάτιση. Οι έφηβοι, που χρησιμοποιούν αυτόν τον αμυντικό μηχανισμό, εκφράζουν με έντονο και βίαιο τρόπο τα αρνητικά τους συναισθήματα και τις εσωτερικές συγκρούσεις. Πρόκειται για μία κατάσταση εκτόνωσης, όπου το άτομο

δυσκολεύεται να διαχειριστεί. Επίσης, η αστάθεια του Εγώ, η ανωριμότητα, η δυσκολία για αυτοέλεγχο και άλλα είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα, των ατόμων της συγκεκριμένης κατηγορίας (Κουρκούτας, 2001).

2.2. Τα προβλήματα και οι μεταβολές κατά την εφηβική περίοδο

Καλό θα ήταν να μην χαρακτηρίζουμε την εφηβική ηλικία ως μία «προβληματική» ηλικία, αλλά ως μία περίοδο, που οι νέοι αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες. Ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η πορεία της εκπαίδευσης τους, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο γάμος και άλλα είναι μερικά προβλήματα, τα οποία τα νεαρά άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν. Γι' αυτό, είναι σημαντικό να παρέχεται ψυχική ηρεμία, αρκετή σκέψη και συνεισφορά από το οικογενειακό, φιλικό και σχολικό περιβάλλον, προκειμένου οι έφηβοι να φτάσουν, σταδιακά, στην ανεξαρτητοποίησή τους (Παπαϊωάννου, 2000).

Τα προβλήματα κατά την πάροδο της εφηβείας, ενδέχεται να πάρουν τέτοια έκταση, όπου να καταλήξουν σε μία παθολογική κατάσταση, που να επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία του εφήβου. Οι μορφές των συμπτωμάτων και των παθολογικών αντιδράσεων διαμορφώνονται ανάλογα με την προσωπικότητα και την ηλικία του εφήβου. Ειδικότερα, μία κατάσταση μπορεί να μετατραπεί σε παθολογική, όταν καταβάλετε η λειτουργικότητα του ατόμου. Πρόκειται, ουσιαστικά, για την αναστολή όλων των δημιουργικών δεξιοτήτων του νέου. Γι' αυτό, συχνά, παρατηρείται χαμηλή σχολική επίδοση, διακόπτονται διάφορες ενασχολήσεις (π.χ. αθλητισμός) και άλλα. Ο S. Freud, υποστήριξε πως η διαφορά ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και το «παθολογικό», έγκειται στην ποσοτική διαφοροποίηση και όχι στην ποιοτική. Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο, επαναλαμβανόμενες φορές, χρησιμοποιεί συγκεκριμένες αντιδράσεις, δημιουργείται μία παθολογική κατάσταση. Ο έφηβος, στην προκειμένη φάση, κατακλύζεται με άγχη, ανησυχίες, φοβίες, με απότοκο να παρουσιάζει δυσλειτουργία στο κοινωνικό και στο διαπροσωπικό του περιβάλλον (Κουρκούτας, 2001).

Τα ιδιαίτερα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά την εφηβεία, δεν επηρεάζουν μόνο τον ίδιο τον έφηβο, αλλά και ολόκληρη την οικογένεια του. Το χάσμα των γενεών, τείνει να αυξάνεται κατά την πάροδο της εφηβείας. Ενώ και οι συγκρούσεις με τα μέλη της οικογένειας, φαίνονται να ενισχύονται και δημιουργούνται αισθήματα απώλειας, αποχωρισμού και εγκατάλειψης. Το νεαρό άτομο, βρίσκεται σε σύγχυση, καθώς από την μία δέχεται πίεση από τους γονείς και την κοινωνία για δείγμα «καλής» συμπεριφοράς και από την άλλη, αποδοχή από τους συνομηλίκους του (Θεοδωράτου – Μπέκου, 2006).

Πολλές μπορεί να είναι οι μεταβολές, που ενδέχεται να έρθουν αντιμέτωποι οι νέοι κατά την εφηβεία. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, οφείλεται στην σωματική αλλαγή. Μάλιστα, η διαφορά του ύψους είναι ορατή. Σε ελάχιστους μόνο μήνες σημειώνεται μεγάλη αύξηση του ύψους και κατ' επέκταση η διαφορά στην χρήση μεγαλύτερων μεγεθών ρούχων είναι λογικό. Τα νεαρά αγόρια ψηλώνουν περίπου 10-11 εκατοστά, ενώ τα κορίτσια εξοικονομούν περίπου 9 εκατοστά ανά έτος. Φυσικά υπάρχουν και οι εξαιρέσεις εφήβων, που ξεπερνούν τα 13 εκατοστά το χρόνο (Feldman, 2011).

Οι σωματικές αλλαγές που γίνονται κατά την εφηβική περίοδο, παρουσιάζονται με ταχείους ρυθμούς και οι νέοι έχουν πλήρη επίγνωση για τις διαφορές που βλέπουν στο σώμα τους. Οι αλλαγές αυτές, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τον έφηβο, που ως τότε ενδέχεται να μην είχε ασχοληθεί ξανά με το σώμα του. Λιγότερο ικανοποιητικό αποτέλεσμα των αλλαγών αυτών, φαίνεται να έχει στα κορίτσια, καθώς συχνά δυσκολεύονται να αντιληφθούν την πραγματική εικόνα μιας γυναίκας και να την ξεχωρίσουν από αυτή που προβάλλουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ως πρότυπο ομορφιάς (Feldman, 2011). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα έφηβα κορίτσια να αντιμετωπίζουν τις αλλαγές που παρατηρούν στον εαυτό τους, με άγχος, ανησυχία και αισθήματα ντροπής. Αντίθετα, τα νεαρά αγόρια, βιώνουν συχνά αισθήματα μειονεξίας απέναντι στους συνομηλίκους τους, για την εξωτερική τους εμφάνιση (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι σωματικές και οι βιολογικές αλλαγές, συμβάλουν στην ανάδειξη διάφορων ψυχικών ανακατατάξεων (Κουρκούτας, 2001). Η εικόνα του σώματος στην εφηβεία είναι ένα από τα πιο δημοφιλή και επίκαιρα θέματα των εφήβων και αυτό έχει πολύ σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις στους νέους, οι οποίοι καταλήγουν ή να παίρνουν μεγάλο σωματικό βάρος ή και το αντίθετο. Μια μεγάλη μερίδα εφήβων, δυσκολεύεται να αντιληφθεί την πραγματική εικόνα του σώματος που διαθέτουν και αυτό έχει ως λογικό επακόλουθο να στιγματίζεται η ψυχολογία τους (Feldman, 2011). Η δυσκολία αντίληψης της πραγματικής εικόνας του εφήβου, ονομάζεται διαταραχή της βιωματικής εικόνας του σώματος. Το άτομο που εντάσσεται σε αυτή την κατηγορία, διαθέτει μία παραμορφωμένη άποψη για το σώμα του και πολλές σωματικές αναστολές, δηλαδή μπορεί να θεωρεί πως το σώμα του δεν είναι καλλίγραμμο και ελκυστικό από τους άλλους. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, ενδέχεται να νιώθει απέχθεια γι' αυτό και καταφεύγει στην άρνηση φαγητού ή και στο αντίθετο, δηλαδή στην κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας φαγητού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να ενισχύονται πιθανές ανασφάλειες, οι οποίες σταδιακά μειώνονται με την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, της αποδοχής από τους άλλους και γενικότερα των θετικών κοινωνικών εμπειριών. (Κουρκούτας, 2001).

Η εφηβεία θεωρείται και ως η αφετηρία της σεξουαλικής ωρίμανσης. Στην προκειμένη φάση, της ζωής των νέων, γίνεται η παραγωγή των ανδρογόνων στα αγόρια και αντίστοιχα, η παραγωγή των οιστρογόνων στα κορίτσια (Feldman, 2011). Οι ορμονικές αλλαγές που σημειώνονται στην εφηβεία, προκαλούν σημαντικές μετατοπίσεις της σωματικής κατασκευής, όπως τριχοφυΐα, αλλαγή στις φωνητικές χορδές, ανάπτυξη των μυών και η κατανομή του λίπους. Ενώ, η σπερματογένεση και η έμμηνος ρύση κάνουν την εμφάνισή τους (Αγγελόπουλος, 2009). Η έμμηνος ρύση, συνήθως εμφανίζεται μετά από ένα ή δύο χρόνια της εφηβείας και δεν σημαίνει απαραίτητα ικανότητα ωορρηξίας ή διασφάλιση της σεξουαλικής ωριμότητας. Αντίθετα, στα αγόρια, η παρουσία της ονειρώξης, δηλαδή της εκσπερμάτισης, κατά την διάρκεια του ύπνου, είναι αποτέλεσμα της ωρίμανσης των γεννητικών οργάνων (Κουρκούτας, 2001).

Επιπλέον, κατά την εφηβική ηλικία, ξεκινά και η σεξουαλική ζωή του ατόμου. Ωστόσο, στην προκειμένη φάση, αρκετοί είναι οι κίνδυνοι που χρίζουν προσοχή, κυρίως από τους ίδιους τους εφήβους. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι οι σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες. Οι έφηβοι, συχνά αγνοούν τις πρακτικές ασφαλούς σεξουαλικής επαφής και συχνά θέτουν την υγεία τους σε κίνδυνο. Δυστυχώς, οι νέοι θέλοντας να αποδείξουν στους άλλους, αλλά και στον ίδιο τους τον εαυτό πως είναι

«ανίκητοι», συχνά ακολουθούν μια ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, πιστεύοντας πως οι πιθανότητες να μολυνθούν είναι ελάχιστες έως και μηδαμινές (Feldman, 2011).

Ένα ακόμη πρόβλημα που συναντάτε με την έναρξη της σεξουαλικής εμπειρίας είναι οι επιπτώσεις, μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και κατ' επέκταση ενός ανεπιθύμητου γάμου. Οι έφηβες κοπέλες, προκειμένου να αποφύγουν την κοινωνική κατακραυγή, συχνά, καταφεύγουν σε άμβλωση. Ωστόσο, η άμβλωση έχει σοβαρές οργανικές και ψυχολογικές συνέπειες. Το κοινωνικό πρόβλημα της εγκυμοσύνης κατά την πάροδο της εφηβικής ηλικίας, στις Ηνωμένες Πολιτείες, αγγίζει της 400.000 έως και 500.000 γεννήσεις και εκτρώσεις. Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στις αντίξοες συνθήκες, που ενδέχεται να ζήσουν οι νεαρές κοπέλες, αλλά και τα βρέφη τους. Μονογονεϊκές οικογένειες, οικονομικές δυσκολίες, χαμηλή σχολική επίδοση και αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς και υγείας, κάνουν την εμφάνισή τους. Έρευνα, που διεξήχθη στην χώρα μας, το 2005, διαπίστωσε ότι σε δείγμα 300 έφηβων κοριτσιών, σε ηλικία 15 έως 19 ετών, το 25% είχε υποβληθεί σε μία ή και περισσότερες εκτρώσεις (Σταθόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με την Κ. Παπαιωάννου (2000), η σεξουαλικότητα χαρακτηρίζεται είτε από ναρκισσισμό, είτε από την έντονη επιθυμία για το αντίθετο ή και το ίδιο φύλο. Η σχέση των γονέων, συχνά, λειτουργεί ως πρότυπο, για την μετέπειτα σεξουαλική ζωή του εφήβου. Κρίνεται λοιπόν σημαντικό, να παρέχεται σωστή ενημέρωση από το σχολείο, αλλά και κυρίως, κοινωνική υποστήριξη από τους γονείς του εφήβου, σχετικά με την προστασία που οφείλει να έχει κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (Feldman, 2011). Επιπλέον, η ίδρυση προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας, μπορούν να αποδειχθούν καλοί αρωγοί, για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών λοιμώξεων, αλλά και μίας επερχόμενης εγκυμοσύνης, κατά την εφηβεία. Τα προγράμματα αυτά, οφείλουν να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες, από επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, μαίες, νοσηλευτές και από ιδιώτες ιατρούς. Οι κοινωνικές υπηρεσίες, καλό θα ήταν να συμβάλουν, με ευαισθητοποίηση και διαφώτιση, ώστε να εξαλείψουν ή έστω να μειώσουν τις κοινωνικές, τις οικονομικές, τις συναισθηματικές, αλλά και τις ηθικοθρησκευτικές πλευρές, αυτών των ζητημάτων (Σταθόπουλος, 2005).

Στην ηλικία αυτή, το άτομο βρίσκεται σε σύγχυση και δυσκολεύεται να διακρίνει την σεξουαλικότητα, ως ένα απαραίτητο και υγιές στοιχείο της συναισθηματικής του ολοκλήρωσης. Ο λόγος που γίνεται αυτό, είναι καθώς ο έφηβος δεν έχει σχηματίσει την ψυχική και την συναισθηματική του αυτονομία από τους γονείς. Η διαδικασία της «απεξάρτησης» από την γονεϊκή επίβλεψη, σηματοδοτεί τον σχηματισμό της σεξουαλικής ταυτότητας και την απαλλαγή από πιθανές οιδιπόδειες σχέσεις. Σύμφωνα με τον Schwartz, του Ινστιτούτου Masterson, διέκρινε ορισμένα στάδια υγιών ετεροφυλικών σχέσεων. Συγκεκριμένα, α) με τον ερχομό της ήβης, υπάρχει σεξουαλικό ενδιαφέρον για τον εαυτό τους, αλλά και τους άλλους. β) Επίσης, υπάρχει επαφή μεταξύ των δύο φύλων. γ) Ο έφηβος αποκτά την δυνατότητα να εκφράζει τα συναισθήματά του. δ) Επιτυγχάνεται, η συναισθηματική οικειότητα (Κουρκούτας, 2001).

Από την άλλη μεριά, ο Maltz, το 1991, υποστήριξε ότι τα στάδια μίας φυσιολογικής σεξουαλικής ανάπτυξης είναι τα εξής: α) ο έφηβος να αγαπά τον εαυτό του, β) να αισθάνεται ασφαλής όσον αφορά το σώμα του, γ) να είναι ικανοποιημένος με την σεξουαλική του ζωή, δ) να έχει περιέργεια, ε) να προσηλυτίζεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις, στ) να αναπτύσσει φιλικές σχέσεις, που να βασίζονται στην

συναισθηματική αξία και ζ) να καταφέρει να βρει έναν συγκεκριμένο σύντροφο (Κουρκούτας, 2001).

Οι εξαρτήσεις, αποτελούν ένα ακόμη σημαντικό κομμάτι κατά την πάροδο της εφηβείας. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση του διαδικτύου, ιδιαίτερα στις μέρες μας, είναι ευρέως γνωστή στο εφηβικό κοινό. Αν και είναι ένας άμεσος και εύκολος τρόπος συλλογής πληροφοριών, εγκυμονεί πολλούς κινδύνους, οι οποίοι αρκετές φορές δεν είναι ορατοί. Συχνά, το διαδίκτυο μπορεί να συμβάλει στην εκπαιδευτική διαδικασία θετικά, βοηθώντας τους μαθητές στην αναζήτηση και στην προσκόμιση πληροφοριών για τα μαθήματά τους με εύκολο τρόπο. Έτσι, δημιουργούνται νέες γνώσεις στους εφήβους για διάφορα θέματα. Ωστόσο, πολλοί είναι αυτοί που δηλώνουν την ανησυχία τους για την χρήση του ίντερνετ από τους νέους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η ύπαρξη πολλών κακοποιών ανηλίκων, καθώς και ακατάλληλων υλικών (Feldman, 2011).

Ένας έφηβος, όπως έχουμε αναφέρει αρκετές φορές, διατρέχει πολλούς κινδύνους που απειλούν την σωματική και την ψυχική του υγεία και ευεξία, στην φάση της εφηβικής του ζωής. Ένα σημαντικό πρόβλημα που ενδέχεται να εμφανιστεί στην εφηβεία είναι η χρήση παράνομων ουσιών ή και κάθε είδους κατάχρηση, όπως το κάπνισμα, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, το αλκοόλ, οι ουσίες και άλλα. Πιο συγκεκριμένα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει καταδείξει ότι το 50% των μαθητών λυκείου και το 20% των μαθητών γυμνασίου, έχουν κάνει χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο (Feldman, 2011). Έχει αποδειχθεί ότι οι έφηβοι, λόγω της έντονης ψυχολογικής ανάγκης και επιθυμίας τους για ενηλικίωση, συχνά, καταφεύγουν στην χρήση διάφορων τοξικών ουσιών (Σταθόπουλος, 2005).

Οι έφηβοι, στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν την προσωπική τους ταυτότητα, μπορεί να συναντήσουν ορισμένες αποτυχίες και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα, σε πολλές περιπτώσεις, να διαφύγουν στην κατάχρηση ουσιών. Με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, πέρα από την έκφραση της αποτυχημένης προσπάθειας για την συγκρότηση της ταυτότητας, οι νέοι επιδιώκουν, μέσω μιας απελπισμένης και διαστρεβλωμένης προσπάθειας, να επιτύχουν την ολοκλήρωση της ταυτότητάς τους (Κουρκούτας, 2001).

Κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα τα νεαρά άτομα, μέσα από την προσπάθειά τους να ανακουφιστούν και να αντιμετωπίσουν από μόνοι τους τα προβλήματα, με τα οποία μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι, καταφεύγουν στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών. Ο τρόπος ζωής και ο πολιτισμός είναι άμεσα συνυφασμένος με την προσωπικότητα του ατόμου, που κάνει χρήση ουσιών. Συνεπώς, το φαινόμενο της εξάρτησης, έχει ψυχοκοινωνικό περιεχόμενο (Παπαιωάννου, 2000). Επιστημονικά τεκμηριωμένες έρευνες, είχαν αποδείξει ότι στην Ελλάδα, σημειώνεται αύξηση της χρήσης ναρκωτικών στους έφηβους. Σύμφωνα, με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, το 1972, 13 ανήλικοι εισήχθησαν στο δικαστήριο ανηλίκων, για χρήση και εμπορία ναρκωτικών. Ενώ, το 1989, ο αριθμός άγγιξε τους 17 ανήλικους χρήστες (Σταθόπουλος, 2005).

Οι λόγοι για τους οποίους τα νεαρά άτομα κάνουν χρήση παράνομων ουσιών ενδέχεται να είναι οι ακόλουθοι:

Για την ευχάριστη εμπειρία που παρέχουν οι ουσίες

Για να ξεφύγουν από την ανιαρή καθημερινότητα

Για την ικανοποίηση που τους φέρνει η σκέψη και μόνο ότι κάνουν κάτι παράνομο

Η πίεση των συνομηλίκων για την «δοκιμή» και η επιδοκιμασία αυτών

Από δημοφιλή πρόσωπα που κάνουν χρήση ουσιών και θεωρούνται ως πρότυπα συμπεριφοράς (Feldman, 2011).

Η χρήση παράνομων ουσιών συχνά προκαλεί εθισμό και εξάρτηση. Η εξάρτηση είναι η κατάσταση κατά την οποία, το άτομο που κάνει χρήση, διακατέχεται από την έντονη επιθυμία ή ανάγκη, να λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας. Το εξαρτημένο άτομο, επιδιώκει με κάθε μέσο, να αποκτήσει την ουσία και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την μετατόπιση της συμπεριφοράς του νέου. Επίσης, όταν το άτομο στερείται για μεγάλο χρονικό διάστημα την ουσία, με την οποία έχει εθιστεί, εντοπίζεται μια σειρά από ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Μάλιστα, πολλοί χαρακτηρίζουν την εξάρτηση από ουσίες ως χρόνια νόσο, που ταλαιπωρεί τα θύματά του, για πολλά χρόνια και σε πολλές περιπτώσεις, λαμβάνει μέρος ολόκληρης της ζωής του ουσιοεξατώμενου. Ερευνητές, έχουν συμπεράνει ότι η ψυχοπαθολογία του κάθε ατόμου είναι αυτή που συμβάλλει στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και η χρήση ουσιών, φαίνεται να επηρεάζει την πορεία της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (Αγγελόπουλος, 2009).

Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001), τα στάδια ανάπτυξης της εξάρτησης κατά την πάροδο της εφηβείας είναι τα παρακάτω:

Η πειραματική χρήση, όπου το άτομο νιώθει άμεσα την ανάγκη να ανακουφιστεί και να ξεφύγει από τα προβλήματα, το άγχος και τις ανησυχίες του

Η χρήση αλκοόλ, όπου στην πορεία επέρχονται και οι ήπιες εξαρτησιογόνες ουσίες και δρουν χαλαρωτικά και κατευναστικά για τον νέο

Η κατάχρηση ουσιών, που λειτουργούν ως υποστηρικτικός και κοινωνικοποιητικός μηχανισμός για τον έφηβο. Ειδικότερα, με την χρήση αισθάνονται «πλήρης» και έχουν ένα αίσθημα αυτονομίας και ελέγχου

Η ψυχοδυναμική γνώμη, υποστηρίζει ότι οι εξαρτησιογόνες ουσίες, χαλαρώνουν το άτομο, το οποίο δεν αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και συνεπώς ούτε έχει επίγνωση για τις δυσκολίες που του προκαλούν άγχος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μην χρησιμοποιεί αμυντικούς μηχανισμούς και να διαθέτει την ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας

Η συστηματική χρήση των ουσιών, εξαρτάται από τις εσωτερικές ανάγκες, τις ψυχικές ελλείψεις και την ευθραυστότητα του Εγώ του εφήβου. Ενώ, οι κοινωνικές και οι οικογενειακές σχέσεις, σημειώνουν σημαντικό ρόλο

Το νεαρό άτομο, που επιμένει να κάνει συστηματικά χρήση, εμπλέκεται σε ένα πλέγμα σχέσεων, στην δυναμική της ομάδας, για να καλύψει το αίσθημα της ταυτότητας

Το άτομο που ακολουθεί μια μακροχρόνια χρήση, καταλήγει στην πολυτοξικομανία, η οποία οφείλεται για την έντονη και πολύμορφη εξάρτηση από κάθε φαρμακευτική ουσία ή την έλλειψη κάποιων ουσιών και στην υποκατάστασή τους με άλλες.

Οι λεγόμενες «εξαρτησιογόνες ουσίες», πέρα από την σωματική, προκαλούν και ψυχολογική εξάρτηση στον έφηβο. Η σωματική εξάρτηση, γίνεται αντιληπτή, όταν το άτομο που κάνει χρήση μιας ουσίας, έχει αναπτύξει ανοχή στην δράση της και έτσι αποφασίζει να κάνει πιο συχνά χρήση, για να φέρει τα «ικανοποιητικά» αποτελέσματα και να αντέξει τους σκληρούς ρυθμούς της καθημερινότητας. Ουσιαστικά, προσπαθεί να βρει ένα αδιέξοδο από τα προβλήματα που τον βασανίζουν, αλλά τελικά δεν μπορεί να τα διαχειριστεί. Αντίθετα, η ψυχική εξάρτηση είναι η ατέρμονη ανάγκη ή διαφορετικά ο καταναγκασμός, του ατόμου να αποκτήσει την ουσία (Αγγελόπουλος, 2009). Ενώ, επίσης, και οι απότομες εναλλαγές στην διάθεση και στην συμπεριφορά, μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς (Παπαιωάννου, 2000).

Όπως αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, είναι ιδιαίτερα σημαντική η παροχή βοήθειας, στους εφήβους που βρίσκονται σε εξάρτηση. Η κοινωνία μας, συχνά βρίσκεται σε ανίσχυρη, ανέτοιμη και μάλλον απρόθυμη θέση, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών. Ωστόσο, στις κοινότητες των σύγχρονων αστικών κέντρων, φαίνονται να υπάρχει μικρότερος αριθμός χρηστών, ίσως λόγω της ενημέρωσης και των δομών, που έχουν δημιουργηθεί από τους Δήμους, από μη κυβερνητικές οργανώσεις, από σωματεία, από συλλόγους και άλλα και προάγουν την σωματική και ψυχική ευεξία. Επίσης, βασικός τους στόχος, δεν είναι απλά η θεραπεία απεξάρτησης, αλλά και η ένταξη του ουσιοεξαρτούμενου ατόμου σε μία υποστηρικτική ομάδα, όπου θα του παρέχουν εναλλακτικές προτάσεις για την ζωή (Σταθόπουλος, 2005).

Φυσικά, στην εφηβεία συμβαίνουν αλλαγές και στα επίπεδα ντοπαμίνης που βρίσκονται στον οργανισμό, αλλά και σε ουσίες που την περιέχουν. Έτσι, οι νέοι είναι λιγότερο επιρρεπής στην κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρειάζονται μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ, ώστε να νιώσουν το «ικανοποιητικό» αποτέλεσμα που φέρει η ουσία αυτή. Ένα ακόμη πρόβλημα, λοιπόν, που συναντάται στην εφηβεία είναι η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών. Μελέτες, του 2011, έχουν αποδείξει ότι το 76% των μαθητών λυκείου, έχει καταναλώσει αλκοολούχο ποτό τον τελευταίο χρόνο και μάλιστα τα αγόρια είναι πιο επιρρεπής. Πολλοί μπορεί να είναι οι λόγοι για τους οποίους ένα παιδί στην εφηβεία καταναλώνει αρκετή ποσότητα αλκοόλ. Ιδιαίτερα οι αθλητές, που η κατανάλωση αλκοόλ είναι υψηλότερη από αυτή του γενικού εφηβικού πληθυσμού, τείνουν να πίνουν περισσότερο με σκοπό να αποδείξουν ότι μπορούν να πιούν όσο οι άλλοι. (Feldman, 2011). Οι αλκοολούχες ουσίες, παρέχουν σωματική και ψυχική ευεξία, καθώς απομακρύνουν το άγχος, τους φόβους, της ανησυχίας, την αβεβαιότητα και την δυσθυμία. Αυτό κάνει αρκετά εύκολο για ένα έφηβο να καταναλώσει κάποια αλκοολούχα ουσία. Επίσης, συχνά χρησιμοποιείται ως αναλγητικό, αγχολυτικό και υπναγωγικό μέσο (Αγγελόπουλος, 2009).

Μέσω της αλκοολούχας ουσίας, το άτομο νιώθει πως έχει την δυνατότητα να ανακτήσει την χαμένη του αυτοπεποίθηση, να απαλλαγεί από άγχη και να εξαλείψει τις αναστολές του. Επιπλέον, ο έφηβος, συχνά αισθάνεται πως η κατανάλωση αλκοόλ, σηματοδοτεί την περίοδο της ενηλικίωσής του και ότι συμβάλει στην κοινωνικοποίησή του. Το άτομο με ένα αδύνατο και εύθραυστο Εγώ, είναι πολύ πιθανό να εθιστεί στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Αυτό γιατί, τον βοηθά να μένει προσκολλημένο με τον περίγυρό του, ώστε να απομακρύνει τα αισθήματα μοναξιάς, αποξένωσης και εγκατάλειψης (Κουρκούτας, 2001).

Συχνά, οι έφηβοι «πέφτουν» στην παγίδα της λανθασμένης συναίνεσης, σύμφωνα με την οποία παραδειγματίζονται από λανθασμένα πρότυπα συμπεριφοράς. Οι εφηβικοί οργανισμοί είναι αρκετά «παρθένοι» στην χρήση ουσιών και αυτό έχει ως απότοκο να επηρεάζονται με μεγάλη ευκολία και συνεπώς, η κατάχρηση αλκοόλ να γίνεται καθημερινή ανάγκη. Σταδιακά, οι έφηβοι έχουν μια σχέση εξάρτησης με το ποτό και δυσκολεύονται αρκετά να θέσουν υπό έλεγχο την κατανάλωση που κάνουν (Feldman, 2011). Όπως είναι φυσικό, η παθολογική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις. Η μείωση της παραγωγικότητας και της λειτουργικότητας, η αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, καθώς και άλλα ατυχήματα, όπως τροχαία, εγκλήματα, βιασμοί, είναι μερικά παραδείγματα των αποτελεσμάτων της συστηματικής χρήσης αλκοόλ. Μάλιστα, έρευνα του 2009, υποστήριξε ότι το 40% του πληθυσμού, εκ των οποίων το 57% βρισκόταν σε ηλικία 17 έως 25 ετών, προκάλεσαν θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, υπό την επήρεια αλκοόλ (Αγγελόπουλος, 2009).

Επίσης, πολλοί μελετητές υπερασπίζονται το γεγονός, πως η κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία προέρχεται από γενετικούς παράγοντες. Σε περιπτώσεις εφήβων που προέρχονται από οικογένειες, από τις οποίες τουλάχιστον ένα ακόμη μέλος κάνει χρήση αλκοολούχων ποτών, είναι αρκετά πιθανό να πυροδοτηθεί και η περιέργεια στον έφηβο να δοκιμάσει παραπάνω, από μια φορά, αλκοόλ (Feldman, 2011). Προκειμένου να εντοπιστεί, η συσχέτιση του ιστορικού της οικογένειας, με του μέλους που βρίσκεται σε εξάρτηση με το αλκοόλ, έγιναν μελέτες σε διδύμους και σε υιοθετημένους. Τότε διαπιστώθηκε ότι, η χρήση αλκοολούχων ποτών, μπορεί να προκληθεί από οικογενειακή προδιάθεση, αφού οι πιθανότητες εμφάνισης αλκοολισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού, με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού είναι 4-5 φορές περισσότερες, από αυτές του γενικού συνόλου. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια επιμέρους χαρακτηριστικά, τα οποία κληρονομούνται και ενδέχεται να συμβάλουν στην κατανάλωση ποτών, όπως είναι η ιδιοσυγκρασία, η ελάχιστη ικανότητα για έλεγχο της συμπεριφοράς, η ευαισθησία στις επιδράσεις που φέρει το αλκοόλ και άλλα (Αγγελόπουλος, 2009).

Παρ' όλα αυτά μπορεί να υπάρξει βοήθεια, ώστε να αντιμετωπιστεί με όσο το δυνατόν καλύτερο και αποτελεσματικό τρόπο. Κυρίως το οικογενειακό, το σχολικό, καθώς και το φιλικό περιβάλλον του εφήβου, είναι σημαντικό να προσφέρουν βοήθεια, ώστε να αναγνωριστεί και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα (Feldman, 2011).

Ένας ακόμη κίνδυνος που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα παιδιά στην εφηβεία είναι το κάπνισμα. Αν και η ενημέρωση σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό είναι αρκετές, πολλοί έφηβοι εξακολουθούν να αρέσκονται στην συνήθεια του καπνίσματος. Πολλές μελέτες, βέβαια, έχουν δείξει ότι ο αριθμός των εφήβων που είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα είναι μικρότερος, σε σύγκριση με προηγούμενες δεκαετίες. Ωστόσο, τα ποσοστά είναι ακόμη υψηλά σε ορισμένες περιοχές. Μάλιστα, το κάπνισμα ήταν προνόμιο των αγοριών, ενώ πλέον συναντάμε όλο και περισσότερα κορίτσια να κάνουν χρήση τσιγάρου. Ιδιαίτερα, στην Αυστρία, στην Νορβηγία, καθώς και στην Σουηδία, τα ποσοστά των κοριτσιών που καπνίζουν είναι υψηλότερα από αυτά των αγοριών. Επιπλέον, οι φυλετικές διαφορές φαίνεται να επηρεάζουν την χρήση ή μη του καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Συνηθίζεται οι νέοι που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα να είναι πιο επιρρεπής στην εξάρτηση του τσιγάρου σε μικρή ηλικία, σε αντίθεση με τους εφήβους που έχουν αφρό-αμερικάνικη καταγωγή, καθώς και από τους νέους από τα υψηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα. Παρ' όλη την ενημέρωση και τα αυστηρά μέτρα κατά

του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος σε δημόσιες υπηρεσίες, σημειώνεται ένας σημαντικός αριθμός εφήβων που εξακολουθούν να καπνίζουν συστηματικά (Feldman, 2011).

2.3. Η γνωστική ωρίμανση και η περίοδος των τυπικών λογικών πράξεων

Κατά την πάροδο της εφηβείας, πραγματοποιείται η ανάπτυξη της συμβολικής σκέψης. Δηλαδή το άτομο, βρίσκεται σε θέση να κάνει υποθετικούς και λογικούς χειρισμούς, ενώ, επίσης, έχει την δυνατότητα να επεξεργάζεται διάφορες κοσμοθεωρίες, γύρω από ζητήματα που αφορούν την ύπαρξή μας (Κουρκούτας, 2001).

Συγκεκριμένα, στην εφηβεία ξεκινά η γνωστική ωρίμανση. Παρατηρούνται αλλαγές, στις γνωστικές δυνατότητες των εφήβων, καθώς και στον τρόπο σκέψης τους, ο οποίος αποκτά πιο σύνθετη μορφή. Οι νέοι επιδιώκουν να είναι πιο ανεξάρτητοι, καθώς και πιο διεκδικητικοί, αφού σταματούν να αποδέχονται χωρίς αντίρρηση τους κανόνες και τις ερμηνείες φαινομένων, που οι άλλοι τους επέβαλαν. Επίσης, έχουν την ικανότητα να διαχειρίζονται με μεγαλύτερη ευκολία τα συναισθήματά τους, να καταστέλλουν τις παρορμήσεις τους, αλλά και να επεξεργάζονται πιο αποτελεσματικά τις πληροφορίες και τα ερεθίσματα που παίρνουν από το περιβάλλον τους. Αυτό οφείλεται στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη του προμετωπιαίου φλοιού, που επιτρέπει στο νέο να κάνει σκέψεις, να αξιολογεί και να χρησιμοποιεί πιο σύνθετες κριτικές (Feldman, 2011).

Ο Piaget, αποτελεί έμπνευση για πολλούς θεωρητικούς, αναφορικά με τις σκέψεις των εφήβων. Ειδικότερα, κάποιοι, μέσω της επεξεργασίας πληροφοριών, θεωρούν ότι η σκέψη των εφήβων, βασίζεται στην αυξημένη ικανότητα της μνήμης, στην αποτελεσματικότητα της χρήσης στρατηγικών και κανόνων, αλλά και στις δεξιότητες χρήσης αφηρημένων εννοιών. Άλλοι θεωρητικοί, υποστηρίζουν ότι η γλωσσική ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων, συμβάλουν στην διαμόρφωση της σκέψης των εφήβων. Τέλος, υπάρχει μια ακόμη μερίδα ατόμων, οι οποίοι ασχολούνται με το πολιτισμικό πλαίσιο και ισχυρίζονται ότι η συμμετοχή των νέων σε διάφορες δραστηριότητες, οδηγεί σε ένα νέο επίπεδο συστηματικής σκέψης (Cole, 2002).

Σύμφωνα με τον Daniel Keating (1980), υπάρχουν πέντε χαρακτηριστικά, που ξεχωρίζουν την σκέψη των εφήβων, από την σκέψη της μέσης παιδικής ηλικίας. Ειδικότερα:

Σκέψεις για τις δυνατότητες. Οι έφηβοι αποκτούν την ικανότητα να σκέφτονται εναλλακτικές λύσεις.

Σκέψεις για το μέλλον. Ουσιαστικά, τα νεαρά άτομα σκέφτονται, αλλά δεν προγραμματίζουν το μέλλον τους. Αντίθετα, τα άτομα παιδικής ηλικίας, επιδιώκουν να περάσουν καλά και να απομακρυνθούν λίγο από τις ευθύνες τους.

Σκέψη μέσω υποθέσεων. Οι έφηβοι, προσπαθώντας να φτάσουν σε ένα συμπέρασμα για ένα γεγονός, κάνουν υποθέσεις και σκέφτονται καταστάσεις που έρχονται σε αντίθεση με τα γεγονότα.

Σκέψεις για την σκέψη. Οι διεργασίες της σκέψης, αλλά και η μεταγνωστική σκέψη, γίνεται πιο σύνθετη, κατά την περίοδο της εφηβείας. Ενώ, επίσης, οι νέοι διαθέτουν την δυνατότητα για δευτερογενή σκέψη, δηλαδή να σκέφτονται με κανόνες για τους κανόνες. Επιπλέον, μπορούν να σκέφτονται πιο συστηματικά, για τις σκέψεις των άλλων.

Σκέψη πέρα από τα συμβατικά όρια. Τα νεαρά άτομα κάνουν χρήση της γνωστικής τους δεξιότητας, για να επεξεργάζονται διάφορα θέματα, όπως τις κοινωνικές σχέσεις, την πολιτική και άλλα.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με έρευνες, τα πέντε χαρακτηριστικά που καταγράφονται παραπάνω, εμφανίζονται στους εφήβους των Ηνωμένων Πολιτειών, ενώ, μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα που προέρχονται από την Αμερική, μπορούν να δώσουν λύση, σε δυσκολίες, που μικρότερα παιδιά δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν (Cole, 2002).

Σύγχρονες έρευνες, έχουν ασχοληθεί με την κατανόηση του τρόπου σκέψης των εφήβων και ιδιαίτερα με την κατανόηση της τυπικής νόησης (Cole, 2002). Οι νέοι διανύουν την περίοδο των τυπικών λογικών πράξεων, σύμφωνα με την οποία περνούν στο στάδιο όπου μπορούν να αποκτήσουν την δυνατότητα να χρησιμοποιούν την σκέψη τους με αφαιρετικό τρόπο. Στην συγκεκριμένη νοητική περίοδο, οι νέοι φαντάζονται πιθανές υποθέσεις για ότι τους απασχολεί και έχουν την δυνατότητα να κάνουν χρήση αφηρημένων εννοιών. Δηλαδή ξεκινούν να σκέφτονται με αφηρημένες έννοιες και επιδιώκουν να καταλήξουν σε πιο συγκεκριμένες. Ύστερα, περνούν στην προτασιακή σκέψη, σύμφωνα με την οποία οι έφηβοι χρησιμοποιούν την αφαιρετική λογική, ανεξαρτήτως της παρουσίας ή της απουσίας συγκεκριμένων παραδειγμάτων. Στην προκειμένη φάση, η προτασιακή σκέψη επιτρέπει στο άτομο να θεωρήσει ότι έχει καταλήξει σε ένα ορθό αποτέλεσμα, εάν οι υποθέσεις που κάνει είναι ορθές. Λόγου χάρι: «Όλα τα τετράποδα είναι ζώα. Ο σκύλος ανήκει στα τετράποδα. Άρα ο σκύλος είναι ζώο». (Feldman, 2011). Πλέον, υπάρχει η ανάπτυξη, κυρίως των νοητικών δεξιοτήτων, ενώ παράλληλα σχεδόν έχει ολοκληρωθεί η σωματική ωρίμανση, μέχρι το επίπεδο της ανατομικής, λειτουργικής και αισθητικής τελειότητας (Αγγελόπουλος, 2009).

Το πολιτισμικό επίπεδο και ο καθημερινός τρόπος ζωής, στο οποίο έχει γεννηθεί και έχει μεγαλώσει ένα άτομο, επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται ότι συμβαίνει γύρω του. Είναι γνωστό πως οι νέοι που ζουν σε λιγότερο ανεπτυγμένες κοινωνίες, όπως αγροτικές περιοχές, συνήθως δεν αποκτούν επαρκή σχολική εκπαίδευση, σε αντίθεση με τους εφήβους που κατοικούν σε κοινωνίες πιο ανεπτυγμένες και σύγχρονες, όπου χρησιμοποιείται περισσότερο η τεχνολογία και υπάρχει πιο ικανοποιητική μόρφωση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, συνήθως, οι πρώτοι να μην αναπτύσσουν την λειτουργία της τυπικής σκέψης, σε σύγκριση με τους δεύτερους (Feldman, 2011).

Έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν το 2002, για την τυπική νόηση, απέδειξαν ότι οι άνδρες είναι πιο ικανοί στην τυπική νόηση, απ' ότι οι γυναίκες. Ωστόσο, η διαφορά αυτή, φαίνεται να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, το πολιτισμικό επίπεδο, επηρεάζει σημαντικά την τυπική σκέψη των εφήβων. Μάλιστα, έχει αποδειχθεί πλήρως πως άτομα που δεν ασχολούνται με την τεχνολογία και δεν διαθέτουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης, η δυνατότητα για τυπικούς συλλογισμούς

είναι μικρότερη, σε σύγκριση με τα άτομα που ζουν στις σύγχρονες κοινωνίες (Cole, 2002).

Η ενασχόληση των νέων σε θέματα κοινωνικοπολιτικά, οδηγεί στην συμμετοχή τους σε πολιτικές οργανώσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί το περιστατικό στην Γαλλία τον Μάιο του 1968, το οποίο επέφερε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην ιστορία της χώρας. Τα νεαρά άτομα έχουν την τάση να εξιδανικεύουν τις τρεις τάσεις, με τις οποίες πορεύονται σε αυτή την φάση της ηλικίας τους (την σεξουαλική αναζήτηση, την ομαδικότητα και την αναζήτηση κάποιας ηγετικής φιγούρας ως πρότυπο). Αυτές οι τρεις τάσεις, διαπλέκονται από ένα ευρύ φάσμα αφηρημένων εννοιών, θρησκευτικών ενασχολήσεων και τελετουργιών (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι αντιλήψεις των νέων για την κοινωνική τάξη, σύμφωνα με έρευνες του 13ου και 15ου έτους, αφορούν την πολιτική και την ηθική. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την πολιτική, έφηβοι ηλικίας 14 ετών, σχετικά με τους νόμους, διαθέτουν πιο αφηρημένες απόψεις. Επίσης, εκφράζουν εκτίμηση για την θετική αξία των νόμων και εμφανίζονται περισσότερες λύσεις στα διάφορα κοινωνικά προβλήματα. Από την άλλη μεριά, όσον αφορά την ηθική, οι νέοι, αποκτούν την δυνατότητα να σκέφτονται όλους τους υπάρχοντες παράγοντες που εμπλέκονται με τις ηθικές επιλογές. Επίσης, οι σκέψεις περί ηθικού περιεχομένου, υπερβαίνουν τις κοινωνικές συμβάσεις και εμφανίζονται αφηρημένες έννοιες του «σωστού» και του «λάθους» (Cole, 2002).

Ο Piaget θεώρησε ότι η κατάσταση των τυπικών λογικών πράξεων, την βιώνουν οι έφηβοι από την πρώτη τους κιόλας μέρα στην εφηβική περίοδο, δηλαδή όταν βρίσκονται στην ηλικία των δώδεκα ετών. Ωστόσο, υποστήριξε ότι οι νέες νοητικές δεξιότητες των εφήβων έρχονται σταδιακά και σε συνδυασμό της σωματικής ωρίμανσης, καθώς και των περιβαλλοντικών εμπειριών και ολοκληρώνονται, συνήθως, στην ηλικία των δέκα πέντε ετών. Ενώ, υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου πολλά άτομα κατακτούν την τυπική σκέψη σε μεγαλύτερη ηλικία ή και ποτέ πλήρως. Μελέτες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα έχουν αποδείξει ότι μόνο το 40% - 60% των φοιτητών και των ενηλίκων έχουν κατακτήσει πλήρως την τυπική σκέψη. Ωστόσο, άλλες έρευνες έχουν καταλήξει στο ποσοστό των 25% (Feldman, 2011).

Σύμφωνα με τον Piaget, τα χαρακτηριστικά της σκέψης των εφήβων είναι απόρροια των τυπικών νοητικών ενεργειών. Στο πλαίσιο των τυπικών νοητικών ενεργειών, τα άτομα επεξεργάζονται όλες τις πιθανές λογικές απόψεις ενός προβλήματος, ως δομημένου συνόλου. Η διαδικασία αυτή, γίνεται ορατή, ύστερα από παρατηρήσεις εφήβων, όπου επεξεργάζονται προβλήματα, με την μορφή επιστημονικών πειραμάτων και τυπικών νοητικών συλλογισμών. Επίσης, το 1987, διέκρινε την ικανότητα κατασκευής λογικών αποδείξεων, ως μια από τις συνέπειες απόκτησης δευτερογενούς σκέψης. Η ικανότητα αυτή, βασίζεται στον παραγωγικό συλλογισμό, όπου ξενικά με μια γενική πρόταση, κατόπιν ακολουθεί μια συγκεκριμένη πρόταση και ύστερα, επέρχεται το συμπέρασμα. Συχνά, οι έφηβοι σταματούν να διερευνούν ένα πρόβλημα, όταν οι προτάσεις αυτές είναι σωστές, άρα θα υπάρξει και ένα σωστό αποτέλεσμα (Cole, 2002).

Ο Willis Overton (1990), ερευνήσε την ανάπτυξη της τυπικής παραγωγικής σκέψης. Μάλιστα, για να εξετάσει τις αναπτυξιακές αλλαγές στους τυπικούς συλλογισμούς, ο Overton και οι συνεργάτες του, υποβλήθηκαν σε ένα πείραμα, όπου παιδιά και έφηβοι, όφειλαν να υπολογίσουν κατά πόσο ακολουθείται ένας ρητός κανόνας, σε μια

σειρά περιπτώσεων. Πιο συγκεκριμένα, στον έφηβο παραχωρήθηκαν τέσσερις κάρτες, που είχαν πληροφορίες, σχετικά με το ποια είναι η νόμιμη ηλικία να καταναλώσει κάποιος αλκοόλ ή επίσης, υπήρχαν οδηγίες, ώστε να επιλέξει ο έφηβος, αν ο νόμος έχει παραβιαστεί ή όχι από την κατανάλωση αλκοόλ. Ερωτήσεις του τύπου: «ένας άνθρωπος κάθεται σε ένα τραπέζι και πίνει. Αυτό είναι νόμιμο;», έκαναν την εμφάνισή τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε αυτό το πείραμα, ορισμένες κάρτες είναι άσχετες με το συμπέρασμα. Σύμφωνα με την τυπική νόηση, ο έφηβος πρέπει να σηκώσει δύο κάρτες, ώστε να διαπιστώσει εάν ο νόμος έχει παραβιαστεί ή όχι. Οι ερευνητές, συμπέραναν ότι η δυνατότητα παραγωγικών συλλογισμών, κάνει την εμφάνιση στην εφηβική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, είχαν αποδείξει ότι τα ποσοστά των ερωτηθέντων, που εμφάνιζαν λογικό συλλογισμό, ήταν σε ηλικία 10 και 18 χρονών, ενώ, οι τυπικοί παραγωγικοί συλλογισμοί είναι σπάνιοι πριν την ηλικία των 11 και 12 ετών (Cole, 2002).

Η γνωστική ανάπτυξη είναι απότοκο των αλλαγών στον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι οργανώνουν την σκέψη τους, αναπτύσσουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, ταξινομούν περιστατικά και αναπτύσσουν τις μνημονικές και αντιληπτικές τους δεξιότητες. Τα άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία, αναπτύσσουν τις γνωστικές τους δεξιότητες με σταθερό τρόπο. Αυτό γίνεται με την βοήθεια της προσέγγισης επεξεργασίας πληροφοριών, σύμφωνα με την οποία είναι ένα θεωρητικό μοντέλο, όπου προσπαθεί να διακρίνει και να αναλύσει τον τρόπο με τον οποίο ο έφηβος αντιλαμβάνεται, χρησιμοποιεί και αποθηκεύει τις πληροφορίες (Feldman, 2011).

Κατόπιν της επεξεργασίας πληροφοριών, τα παιδιά στην εφηβεία περνούν στην φάση της μετά – γνώσης, κατά την οποία ο έφηβος είναι σε θέση να κατανοεί, αλλά και να αντιλαμβάνεται τις γνωστικές διεργασίες που κάνει ο ίδιος. Όπως είναι φυσικό, ο νέος έχει πλέον την δυνατότητα να διαχειρίζεται τον χρόνο που χρειάζεται για τις εργασίες και τις δραστηριότητες που έχει, καθώς και να χειρίζεται με μεγαλύτερη ακρίβεια τις πληροφορίες και τις αποστηθίζει με πιο αποτελεσματικό τρόπο. Επίσης, αποκτά όλο και καλύτερη αντιληπτική ικανότητα της μνήμης του. Αυτή η διαδικασία καθιστά τον νέο αρκετά εγωκεντρικό, αφού επιδιώκει συνεχώς να αυξήσει την αυτεπίγνωση του και αυτομάτως γίνεται πιο εσωστρεφής. Πρόκειται ουσιαστικά για τον εφηβικό εγωκεντρισμό, ο οποίος συμβαίνει κατά την εφηβική ηλικία και δηλώνει την ικανότητα του εφήβου να αντιλαμβάνεται ότι συμβαίνει γύρω του, μόνο από την δική του οπτική γωνία. Ενώ, η εστίαση στον προσωπικό του εαυτό είναι πλέον ορατή (Feldman, 2011).

Πολύ συχνά, οι έφηβοι πιστεύουν πως συνεχώς βρίσκονται υπό την επιτήρηση τρίτων, κάνοντάς τους να αισθάνονται πως κρίνονται και ότι αποτελούν το κέντρο της προσοχής. Διαμορφώνουν δηλαδή ένα φανταστικό κοινό, το οποίο παρατηρεί την συμπεριφορά τους, με τον ίδιο τρόπο όπως οι ίδιοι. Θεωρούν πως κάθε εμπειρία τους είναι μοναδική και δεν έχει συμβεί κάτι παρόμοιο σε κανέναν άλλον. Μπαίνουν ουσιαστικά στην διαδικασία να σχηματίσουν ορισμένους προσωπικούς μύθους, σύμφωνα με τους οποίους ότι συμβαίνει σε αυτούς είναι εξαιρετικό (Feldman, 2011).

Πολλοί αναπτυξιακοί μελετητές, μέσω διάφορων ερευνών (2002), όπως θα δούμε αναλυτικά και στο κεφάλαιο τέσσερα, εξέφρασαν ερωτήματα, σχετικά με το πόσο ξεχωριστή και οικουμενική είναι η γνωστική ανάπτυξη στην εφηβεία. Ο D. Keating, το 1990, ανακάλυψε εναλλακτικές γνώμες, από τους ειδικούς. Μάλιστα, είχε υποστηριχθεί ότι οι διεργασίες της σκέψης των νέων, χαρακτηρίζονται από ένα

σύνολο γενικών ιδιοτήτων. Πλέον, ωστόσο, ισχυρίζονται ότι οι διεργασίες της σκέψης είναι άμεσα συνυφασμένες με το είδος των προβλημάτων, που συναντούν οι έφηβοι, αλλά και το πλαίσιο που κάνουν την εμφάνισή τους αυτά τα προβλήματα (Cole, 2002).

2.3.1. Τα στάδια της εφηβικής σκέψης

Το στάδιο, στο οποίο εμπεριέχονται τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία, χαρακτηρίζεται ως «στάδιο τυπικού ή αφαιρετικού σκέπτεσθαι». Εδώ, οι έφηβοι αρχίζουν να κάνουν σκέψεις ανεξάρτητα από την ύπαρξη συγκεκριμένων πραγμάτων. Ξεκινούν να χρησιμοποιούν αφηρημένες έννοιες, όπως έθνος, κοινωνία και αποκτούν την δυνατότητα να καταλήγουν σε συμπεράσματα από υποθέσεις. Επιπλέον, έχουν την ικανότητα να στηρίζουν την άποψή τους, για γενικά θέματα, με την χρήση επιχειρημάτων, να κάνουν αφαιρετικούς συλλογισμούς και θεωρητικές σκέψεις, με σχετικά μεγάλη ευκολία. Επίσης, οι περισσότεροι νέοι, μπορούν να αντιληφθούν μεταφορικές έννοιες. Ωστόσο, ο Piaget αναφέρει ότι η νοητική ανάπτυξη σταδιακά παύει να αυξάνεται κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Σε αυτή την φάση, ξεκινά μια διαδικασία συσσώρευσης βιωμάτων, εμπειριών, σκέψεων και γνώσεων, δημιουργώντας το πνευματικό χαρακτήρα του κάθε ατόμου (Αγγελόπουλος, 2009).

Ειδικότερα, οι έφηβοι αποκτούν την δυνατότητα να ξεκινούν από μια γενική θεωρία, σχετικά με το τι είναι αυτό που προκαλεί την εμφάνιση ενός φαινομένου και ύστερα να καταλήγουν σε ερμηνείες για περιστάσεις που παρατηρείται το φαινόμενο αυτό (Feldman, 2011). Ουσιαστικά, κάνουν σκέψεις πέρα από μια κατάσταση, μέσω των εσωτερικών μονολόγων και διαλόγων (Κουρκούτας, 2001). Επιπλέον, έχουν την ικανότητα, συνήθως να αντιλαμβάνονται ότι τους συμβαίνει και να το αναλύουν με πιο σχετικό και όχι τόσο κάθετο και απόλυτο τρόπο. Ουσιαστικά, μπορούν να παρέχουν λύσεις σε δυσκολίες που συναντούν, με μια πιο σφαιρική άποψη για ότι συμβαίνει γύρω τους, χωρίς να θέτουν συγκεκριμένους κανόνες (Feldman, 2011).

Όλη αυτή η κατάσταση των νοητικών, των σωματικών και των συναισθηματικών αλλαγών, φέρνει μεγάλη συναισθηματική αναστάτωση στον έφηβο, η οποία συχνά, συνοδεύεται από έντονα αισθήματα θλίψης, απαισιοδοξίας και εναντιωματικής συμπεριφοράς (Αγγελόπουλος, 2009). Οι νέοι νιώθουν την ανάγκη να αναλάβουν τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις, που επιτάσσει η σύγχρονη κοινωνία, με περισσότερη ωριμότητα. Θέλοντας, μάλιστα να γίνουν πιο αναγνωρίσιμοι, συχνά χάνουν την ψυχραιμία τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο επιθετικοί, ανυπόμονοι και ανταγωνιστικοί (Παπαϊωάννου, 2000). Ύστερα, περνούν στο στάδιο της αυτοματοποίησης, όπου σύμφωνα με τους ψυχαναλυτές, οι νέοι διακατέχονται από αισθήματα ευθύνης και αυτοπεποίθησης (Αγγελόπουλος, 2009).

Η έννοια της φιλίας, η δημιουργία προτύπων και η αλτρουιστική διάθεση, συναντιούνται έντονα κατά την περίοδο της εφηβείας (Παπαϊωάννου, 2000). Οι έφηβοι, υπό την επίδραση των συνομηλίκων τους, αλλά και των ιστορικό – κοινωνικών καταστάσεων, αρέσκονται να ασχολούνται με τις πολιτιστικές αξίες. Επιδιώκουν σταδιακά, να ανακαλύψουν το «εγώ» τους, μέσω της απόρριψης των γονεϊκών τους προτύπων, όπου προσπαθούν να ανακαλύψουν την αυτονομία τους, μέσω της λήψης απόλυτων θέσεων και της κριτικής. Στην συγκεκριμένη περίοδο, τα νεαρά άτομα βρίσκονται σε μια οξύμωρη κατάσταση, καθώς από την μία επιδιώκουν να συμπεριληφθούν σε μια ομάδα και από την άλλη προσπαθούν να ανακαλύψουν

την ατομική τους ταυτότητα (Αγγελόπουλος, 2009). Ειδικότερα, ορισμένες φορές, νιώθουν έντονη την ανάγκη να βιώσουν μοναχικές στιγμές και άλλες αισθάνονται την επιθυμία να ενταχθούν σε θορυβώδεις και ζωνρές ομαδικές καταστάσεις. Αντιλαμβανόμαστε, συνεπώς, πως η κοινωνικοποίηση των νέων βρίσκεται σε αντίφαση (Παπαϊωάννου, 2000).

Ο διάλογος και η συζήτηση, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στην κοινωνικοποίηση των εφήβων. Το οικογενειακό περιβάλλον, ως το πρώτο μέσο κοινωνικοποίησης, συμβάλει στον τρόπο που οι νέοι θα αποκτήσουν την σωματική, αλλά και την νοητική ωρίμανση. Επίσης, οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, η αλληλοεμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα, ο σεβασμός και η ανιδιοτελής αγάπη, επηρεάζει την προσωπικότητα των νέων. Οι οικογένειες που δεν συζητούν και δεν ανταλλάσσουν απόψεις, αφήνουν τα νεαρά άτομα, φοβισμένα, ανασφαλή, με μειωμένη αυτοεκτίμηση, απαθή και απροετοίμαστα, για την επερχόμενη ενήλικη ζωή. (Παπαϊωάννου, 2000).

Στην τελευταία περίπτωση, ως λογικό επακόλουθο, η αναστάτωση στον οικογενειακό δεσμό είναι αναμενόμενη. Οι νέοι παύουν σταδιακά να δίνουν πολύ χρόνο στις οικογενειακές συγκεντρώσεις και αφιερώνουν αρκετή ώρα στις φιλικές και ερωτικές διαπροσωπικές τους σχέσεις. Όπως διαπιστώσαμε και από αυτά που έχουν αναφερθεί παραπάνω, οι γονείς δεν αποτελούν, πλέον, πρότυπα μίμησης για τα παιδιά τους και σταματά να υφίσταται η εξιδανίκευση τους. Έτσι, πολλές φορές κάνει την εμφάνισή του ένα αόρατο πεδίο μάχης, όπου οι συγκρούσεις και οι αντιπαραθέσεις, ανάμεσα στους γονείς και στους εφήβους, έχουν την πρώτη θέση. Παρ' όλα αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αξίες, οιπίστες και τα κριτήρια ζωής, που δίδαξαν οι γονείς στα παιδιά τους, θα είναι χαραγμένα στην ψυχή των παιδιών τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό, οι κηδεμόνες να δίνουν την εντύπωση στον έφηβο ότι βρίσκονται εκεί για να τον στηρίξουν και όχι να τον κατακρίνουν σε κάθε λάθος κίνησή του. Έτσι, θα μπορέσουν να συμβάλουν και αυτοί στην ανακάλυψη της ατομικής ταυτότητας του εφήβου. Αυτό γίνεται πιο ξεκάθαρο, στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. (Αγγελόπουλος, 2009).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Καταλήγουμε ότι η εφηβεία, ως μια κατάσταση αρκετά στρεσογόνα, προκαλεί έντονη ψυχική πίεση στους νέους, οι οποίοι προσπαθούν να διαχειριστούν τις αλλαγές που τους συμβαίνουν. Αυτό επιδιώκουν να το επιτύχουν, μέσω ορισμένων ασυνείδητων ψυχοδιανοητικών μηχανισμών. Στην εφηβεία συναντιούνται πολλές δυσκολίες, τις οποίες οι έφηβοι καλούνται να εξαλείψουν ή έστω να μειώσουν τις επιδράσεις τους. Οι εξαρτήσεις, οι διάφορες ψυχικές διαταραχές, όπως καταθλιπτική διαταραχή, παραβατική – επιθετική συμπεριφορά και άλλα, αποτελούν μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν στην εφηβεία. Το πολιτισμικό επίπεδο και ο καθημερινός τρόπος διαβίωσης, φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται ότι συμβαίνει γύρω τους. Γι' αυτό είναι σημαντικό να παρέχεται ψυχική ηρεμία, αρκετή σκέψη και συνεισφορά, κυρίως από το οικογενειακό, αλλά και από το φιλικό και σχολικό περιβάλλον των εφήβων. Συμπεραίνουμε, λοιπόν πως όλα αυτά τα προβλήματα είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται, διαφορετικά, διαιωνίζονται μέσα στον χρόνο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι νέοι να εισέρχονται σε μια παθολογική κατάσταση, που μπορεί να επιφέρει δραματικά αποτελέσματα και να διαταραχθεί η ψυχική τους υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο – ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία έκανε την εμφάνισή της ως όρος μόλις το 19ο αι. και έκτοτε διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας, τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Αυτός ο πολυδιάστατος όρος έχει οδηγήσει τους επιστήμονες σε συνεχείς συζητήσεις και αντιπαραθέσεις. Το περιεχόμενό της, οι ορισμοί, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισης που έχουν δοθεί από τους ειδήμονες και τους θεωρητικούς ποικίλουν. Οι αρχικές θεικές και μεταφυσικές προσεγγίσεις στην κατανόηση και στον τρόπο αντιμετώπισης παραγκωνίστηκαν με την εμφάνιση του ανθρωπιστικού κινήματος τον 20ο αι. Ακολούθησε ο αποϊδρυματισμός και κρατικές μεταρρυθμίσεις σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Τα χαρακτηριστικά, όμως των αστικών κέντρων οδηγούν σε καθημερινή επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, κυρίως τους νέους. Για το λόγο αυτό, δόθηκε από νωρίς έμφαση στην ανάλυση και στην κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων που επιβαρύνουν το νεαρό κομμάτι του πληθυσμού. Ας μη λησμονούμε πως η κοινωνία μας όντας πιο σύνθετη και η αλλαγή στον καθημερινό τρόπο ζωής, οδήγησαν την υγεία της ψυχής να βάλλεται από πολύ μικρή ηλικία. Η έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων ενδείξεων των προβλημάτων οδηγεί στην κατάλληλη παρεμβατική μέθοδο. Έτσι, αλλαγές συναισθηματικές, μαθησιακές, συμπεριφοριστικές θα πρέπει να κινητοποιούν τον οικογενειακό περίγυρο του πάσχοντος ατόμου. Βέβαια, τα είδη των ψυχικών διαταραχών ποικίλουν και αν εντοπιστεί και συν νοσηρότητα, γίνονται πιο δύσκολα. Δυσκολίες σε μαθησιακό επίπεδο, προβλήματα αυτισμού, σωματικά και άλλα οδηγούν την οικογένεια σε βοήθεια από ειδικούς επιστήμονες, οι οποίοι, είτε με φαρμακευτική αρωγή, είτε με ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες προσπαθούν να τα αντιμετωπίσουν.

3.1. Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχικής υγείας

Έως σήμερα δεν υπάρχει ένας ορισμός ευρέως αποδεκτός για τον όρο ψυχική υγεία και λογικό επακόλουθο, η εννοιολογική προσέγγιση του όρου να συναντά αρκετά προβλήματα. Ωστόσο, αποτελεί ένα τομέα της ζωής μας που μας επηρεάζει σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας, στο σχολείο, στη δουλειά, στις διαπροσωπικές μας σχέσεις. Η ψυχική υγεία ετυμολογικά αποτελείται από τις λέξεις «ψυχή» και «υγεία». Ο όρος «ψυχή» αναφέρεται όχι μόνο στη λειτουργία του εγκεφάλου αλλά και στη διάνοηση, τις αισθήσεις και τα συναισθήματά μας. Η «υγεία» πέρα από τη σωματική διάσταση που έχει, είναι μια ισορροπία ανάμεσα στην κοινωνία, το κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον και την ψυχή. Είναι η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», όπως διατυπώθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Η απουσία ομόφωνης άποψης για τον ορισμό της ψυχικής υγείας έως σήμερα είναι πολύ πιθανό να συνεχίσει να υφίσταται και στο μέλλον, καθώς ο όρος χρησιμοποιείται για ποικίλους σκοπούς και με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Επιπροσθέτως, από ορισμένους προσεγγίζεται επιστημονικά, ενώ από κάποιους άλλους εκλαμβάνεται ως μια ποικιλόμορφη ιδέα.

Η έννοια της ψυχικής υγείας, εμφανίστηκε ταυτόχρονα, με την ανάπτυξη της ψυχοθεραπευτικής έρευνας και πρακτικής και με την εμφάνιση του κινήματος της ψυχικής υγιεινής στις Η.Π.Α. Εμφανίστηκε στα τέλη του 19ου και στις αρχές του

20ου αι. σε μια προσπάθεια ερμηνευτικής προσέγγισης της ψυχικής υγιεινής. Συγκεκριμένα, το 1892 ο meyer υποστήριξε ότι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράμετροι καθορίζουν την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία ή την ψυχική νόσο. Επακόλουθο της θέσης του ήταν η ανάπτυξη ενός κοινωνικού κινήματος, που στόχευε στη βελτίωση της φροντίδας, της θεραπείας και των συνθηκών διαβίωσης για τους ψυχικά νοσούντες. Το 1920 η φροντίδα για την ψυχική υγιεινή των εφήβων που βρίσκονταν υπό κλινική επίβλεψη. Εν συνεχεία, το 1930 σταδιακά ο όρος ψυχική υγεία άρχισε να παίρνει τη θέση του όρου ψυχική υγιεινή, μέχρι να φτάσουμε τη δεκαετία του 1940, που η ψυχική υγεία άρχισε να αποκτά οπαδούς, ένα κοινωνικό κίνημα που ενδιαφερόταν για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και το οποίο πέρα από τη ψυχική πάθηση επικεντρώθηκε και στην κοινωνική και ψυχική προσαρμογή των ατόμων στο εκάστοτε περιβάλλοντα χώρο τους. Έτσι, η ψυχική υγεία ανεξαρτητοποιήθηκε και αναδείχθηκε σε έναν απώτερο στόχο-σκοπό.

Όπως, βέβαια, προαναφέρθηκε, πέρα από το κοινωνικό κίνημα, σ' αυτό συνέβαλε και η εμφάνιση της ψυχοθεραπείας και της ψυχανάλυσης. Κατά τα τέλη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου οι μελετητές άρχισαν να απομακρύνονται από την άποψη ότι η ψυχική υγεία ή νόσος οφείλεται σε καθαρά και μόνο βιολογικούς παράγοντες. Ισχυρίζονταν ότι η ψυχική υγεία προέρχεται από την ορθή και ευτυχή πρόωμη κοινωνικοποίηση του ατόμου και τις ομαλές διαπροσωπικές του σχέσεις και συναναστροφές. Η μόλις τότε πρωτοεμφανιζόμενη ψυχοθεραπεία και ψυχανάλυση θα μπορούσε, καθώς υποστήριζαν, να επιλύσει τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα. Βέβαια, το 1970 εμφανίζεται ένας συνδυασμός των έως τότε θεωριών, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο από τον G. Engel και τον J. Romano.

Λόγω, λοιπόν, της καίριας σημασίας που είχε από τότε η «υγεία της ψυχής», προσπάθησαν να δωθούν από πολλούς και από διαφορετικούς τομείς ορισμοί για την ορθότερη προσέγγιση του όρου. Ως εκ τούτου, η ιατρική άποψη καθορίζεται από τη θέση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος δεν έχει διατυπώσει επίσημα έναν ορισμό, καθώς θεωρεί ότι δεν υπάρχει. Έχει υιοθετήσει την άποψη, ότι η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου, οι πολιτισμικές διαφορές, ο περιβάλλον χώρος και ο επαγγελματικός ανταγωνισμός επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να οριστεί η ψυχική υγεία.

Αναφερόμενοι στην ψυχαναλυτική προσέγγιση του όρου, ο S. Freud θεωρεί ότι η ενσυνείδηση του εαυτού μας και ο αυτοέλεγχος προσδιορίζουν την ψυχική υγεία του κάθε ατόμου (Freud, 1932). Ο H. S. Sullivan (1954), αναφέρει ότι μεγίστης σημασίας τρόπος για την ψυχική ευεξία είναι η θέληση του ίδιου του ατόμου, η οποία θα ορίσει και την αποτελεσματικότητά του να ζήσει ορθά. Ακόμα, ο E. Fromm (1955), θεωρεί ότι ψυχικά υγιής είναι κάποιος που λογικά ορμούμενος χρησιμοποιεί με αντικειμενικότητα την έλλογη συνείδηση. Εξελίσσεται και αποδέχεται τον συνάνθρωπο, υιοθετεί την ελευθερία λόγου και τις αρχές του ουμανισμού. Επιπλέον, η Jahoda (1955), υποστηρίζει ότι η στάση και η συμπεριφορά προς το Εγώ, προς τον εαυτό μας, η αποδοχή του εαυτού μας, η ατομική ταυτότητα, η αυτοπραγμάτωση, η εξέλιξη και η ανάπτυξη οδηγούν σε μια ψυχική ισορροπία. Η ισορροπία αυτή, ακόμα και σε κατάσταση ψυχικής πίεσης θα οδηγήσει στην ορθή λήψη αποφάσεων και δράση. Καθαρά, λοιπόν, φαίνεται ότι δε διαπλέκει τους ατομικούς με τους εξωτερικούς παράγοντες.

Οι Willis και Campbell (1992) μέσα από μία πλειάδα ορισμών καταλήγουν ότι η ψυχική υγεία «είναι μία θετική κατάσταση πνευματικής ευεξίας στην οποία τα άτομα αισθάνονται βασικά ικανοποιημένα από τον εαυτό τους, τους ρόλους τους στη ζωή και τις σχέσεις τους με τους άλλους». Πολλές φορές ο όρος «ψυχική υγεία» ταυτίζεται με την «ψυχική ευεξία» (Αναγνώστου, 2012).

Από την άλλη, πολλοί υποστηρίζουν ότι η ψυχική υγεία αποτελεί έναν κλάδο της κοινωνιολογίας. Κι αυτό, γιατί θεωρούν, ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν το άτομο μπορεί να αποδεχθεί και να προσαρμοστεί χωρίς προβλήματα στους εκάστοτε κοινωνικούς κανόνες και στα πρότυπα, στις αξίες κάθε τόπου ανάλογα την εποχή.

Πρέπει, επίσης, να αναφέρουμε ότι υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης, ότι η ψυχική υγεία επιτυγχάνεται με αντικειμενικό τρόπο, με ρεαλιστικά, λογικά κριτήρια. Καθώς, υπάρχουν και άλλοι που τη θεωρούν ένα άπιαστο ιδανικό, στο οποίο στοχεύουν όλοι.

Λογικό είναι και οι φορείς που τη μελετούν να ποικίλουν. Για τη θεραπεία, την ανάπτυξη και τη διατήρηση της ψυχικής υγείας υπάρχουν οι θεωρητικοί, οι ψυχαναλυτές, οι σύμβουλοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί κ. ά. , που αξιοποιούνται σε σχολεία, δικαστήρια και γενικά σε διάφορους ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμούς. Από την άλλη, υπάρχουν οι ερευνητές, που μέσω ειδικών ερευνητικών προγραμμάτων, μελετώντας την ανθρώπινη συμπεριφορά προσπαθούν να αναζητήσουν τα αίτια. Τέλος, η ψυχιατρική, ως μια ειδικότητα της ιατρικής επιστήμης, προσπαθεί μέσω της εξειδικευμένης γνώσης να επιλύσει τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα.

3.2. Μετασχηματισμοί / μεταβολές κατά τη διάρκεια του 19ου-20ου-21ου αιώνα που οδήγησαν στην αύξηση των ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία.

Για πολλούς αιώνες οι άνθρωποι με διαταραχές και προβλήματα στην ψυχική τους υγεία αντιμετώπιζονταν σύμφωνα με τις θρησκευτικές και μεταφυσικές αντιλήψεις. Από το 1600 έως το 1700 οι άνθρωποι κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων κλείνονταν σε άσυλα, πτωχοκομεία, φυλακές και χώρους εργασίας, ενώ στις αρχές του 1700 διατυπώθηκαν οι πρώτες κοσμικές θεωρίες για τη «τρέλα». Κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα, όλοι θεωρούσαν ότι ο παθών ήταν ασθενής και καθώς ο ίδιος ήταν υπεύθυνος για την κατάστασή του, δε χωρούσε περιθώριο συμπόνιας και κοινωνικής ευαισθησίας. Τα πάθη του ασθενούς θεωρούνταν ανεξέλεγκτα, χωρίς πιθανότητα ίασης, γι' αυτό και η τιμωρία ήταν μονόδρομος. Επίσης, μερικοί χρησιμοποιούσαν αυτή την κατάσταση ως άλλοθι για τη χρήση ουσιών, βίας και γενικά κακού, κατά τα πρότυπα, τρόπου ζωής. Καθώς, όμως, ο ανθρωπισμός έκανε την εμφάνισή του το 18ο αιώ. , άρχισε και η «ηθική» θεραπεία των νοσούντων, η οποία έχοντας επιτυχία οδήγησε στη δημιουργία ασύλων τέτοιου τύπου, δηλαδή «ηθικού» χαρακτήρα. Τα περισσότερα από αυτά εξαιτίας του τεράστιου αριθμού των νοσηλευόμενων και σε συνδυασμό με τα πενιχρούς οικονομικούς πόρους μετατράπηκαν σε ιδρύματα εγκλεισμού (Breakey, 1996) .

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώ. με την ανάπτυξη του ανθρωπιστικού κινήματος, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη θεραπεία των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές κι όχι στη δήθεν προστασία, αλλά ουσιαστικά στην απομόνωση και στην περιθωριοποίησή τους. Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αναδείχθηκαν τα ανθρώπινα δικαιώματα και

έγινε προσπάθεια για τη μη καταπάτησή τους. Ανάμεσα σε αυτά και το δικαίωμα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να έχουν την κατάλληλη φροντίδα, ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση και σωστές συνθήκες διαβίωσης (Breakey, 1996) .

Εν συνεχεία, σταδιακά επικράτησε ο αποϊδρυματισμός, το κλείσιμο, δηλαδή, πολλών ψυχιατρικών μονάδων και ασύλων και η αναζήτηση λύσης σε κοινοτικό επίπεδο. Υιοθετήθηκε η άποψη, ότι ο εγκλεισμός σε νοσοκομεία έπρεπε να περιοριστεί με διοικητικά μέτρα και να αναζητηθούν εναλλακτικές λύσεις εκτός αυτού. Οι αναπτυσσόμενες χώρες βελτίωσαν τις υπηρεσίες που προσφέρονταν στα ψυχιατρεία, εγκατέστησαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους διάφορους χώρους φροντίδας, εκπαίδευσαν εργαζομένους στον συγκεκριμένο τομέα κ. ά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ιταλία το 1978. Τότε ήταν που τα ψυχιατρεία αντικαταστάθηκαν από υπηρεσίες που προσέφεραν ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και φροντίδα. Επίσης, συστάθηκαν προγράμματα ένταξης, στέγασης και εργασίας των νοσούντων σε επίπεδο κοινότητας. Ωστόσο, δε συνέβη το ίδιο σε όλες τις χώρες, καθώς το κλείσιμο ή η απομάκρυνση των ανθρώπων από τα νοσοκομεία δεν έγινε παράλληλα με την ανάπτυξη άλλων υπηρεσιών, καθώς, μεταξύ άλλων, υπήρχε έλλειψη προσωπικού και κατάλληλης υποδομής (Thornicroft & Tansella, 1999).

Σήμερα τον 21ο αιώ. είμαστε σε θέση να κατανοούμε καλύτερα τις κοινωνικές αιτίες των ψυχικών διαταραχών, κυρίως χάρη στην ανάπτυξη των κοινωνικών επιστημών. Οι έρευνες, που στηρίζονται στην αναπτυξιακή θεωρία μας οδηγούν σε μεγαλύτερη και πληρέστερη αναγνώριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η εφηβική ηλικία (Brown & Harris, 1993).

Εκτός των αποτελεσματικών σύγχρονων θεραπειών, τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουν γίνει πολλές μεταρρυθμίσεις για την ψυχική υγεία, που αφορούν την επαρκή χρηματοδότηση και την αποκέντρωση. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι οι ψυχικές διαταραχές των νέων τις επόμενες δεκαετίες θα αυξηθούν. Το ποσοστό θα αυξηθεί κατά 15% και η κατάθλιψη θα γίνει η δεύτερη αιτία μειωμένης λειτουργικότητας παγκοσμίως (Murray & Lopez, 1996).

Παρά τις αλλαγές στα συστήματα φροντίδας της ψυχικής υγείας, την επιπλέον χρηματοδότηση και τη γενικότερη, κρατική και ιδιωτική, φροντίδα σε αυτό τον τομέα, οι αναπτυσσόμενες χώρες θα έχουν αύξηση των διαταραχών εφήβων. Από τη μία πλευρά, η γρήγορη αστικοποίηση οδηγεί στην έλλειψη στέγης, ζωτικού χώρου, στην αύξηση της φτώχειας και της μόλυνσης, στη μη επαρκή οικογενειακή στήριξη και τελικά στη διάλυση του παραδοσιακού τύπου οικογενειών. Από την άλλη, οι καταστροφές, οι συγκρούσεις και οι μακροοικονομικές αλλαγές θα οδηγήσουν σε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία που πραγματοποιήθηκε το 2001, οι πόλεμοι, οι καταστροφές και οι κοινωνικοοικονομικές αναταραχές οδηγούν σε φτώχεια και εκτοπίσεις. Η βία, στην οποία εκτίθενται οι έφηβοι που ζουν τέτοιες καταστάσεις είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε στρες, κατάθλιψη, στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και σε αυτοκτονικές τάσεις (Desjarlais et al. , 1995).

Οι μεταβολές, οι μετασχηματισμοί που υπέστη η σύγχρονη κοινωνία, κυρίως τα αστικά κέντρα, τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησαν στη διατάραξη της ψυχικής υγείας των νέων. Τα χαρακτηριστικά των σύγχρονων αστικών κέντρων τη σημερινή εποχή είναι:

Καταναλωτισμός : η μανία να εξασφαλίσουν οι άνθρωποι περιττά υλικά αγαθά

Μαζοποίηση: οι άνθρωποι λειτουργούν, σκέφτονται και ζουν ως μάζες, χωρίς να αναπτύσσουν τη δική τους ξεχωριστή προσωπικότητα

Αποξένωση: ο σημερινός άνθρωπος αισθάνεται μόνος και ξένος, δεν αναπτύσσει υγιείς και ανιδιοτελείς σχέσεις και καθαρά αισθήματα για τον συνάνθρωπο

Φθορά αρχών και ηθικών αξιών: οι πνευματικές αξίες, τα ιδανικά, οι παραδοσιακές αρχές ατονούν καθημερινά

Γρήγοροι ρυθμοί ζωής και έλλειψη ουσιαστικού χρόνου: ακόμη και τα νεαρά άτομα δίνουν καθημερινό αγώνα να ακολουθήσουν ένα αυστηρό πρόγραμμα και δεν έχουν ελεύθερο χρόνο για παιχνίδι και ξεγνοιασιά

Έλλειψη χώρου: μέσα στις πυκνοκατοικημένες σύγχρονες πόλεις υπάρχει έλλειψη χώρων πράσινου, χώρων ψυχαγωγίας, μεγάλων πλατειών και κήπων. Αντίθετα η υψηλή δόμηση και οι καθημερινοί ρύποι επιδρούν αρνητικά στην ψυχική ευεξία

Οι μετασχηματισμοί που έχουν υποστεί και τα ίδια τα χαρακτηριστικά των αστικών κέντρων, των μεγαλουπόλεων απειλούν καθημερινά την ψυχική υγεία της ευπαθούς ομάδας των εφήβων. Πέρα των θετικών που προσφέρουν τα σύγχρονα αστικά κέντρα, όπως υποδομές, παροχές προσβασιμότητα και επιλογές σε όλους τους τομείς, τα παθολογικά προβλήματα της αστικοποίησης δεν πλήττουν τα κατώτερα μόνο στρώματα της κοινωνίας. Πλήττουν τους πάντες ακόμα και τα νεαρά μέλη των οικογενειών (Κρουσταλλάκη, 1981).

3.3. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στα σύγχρονα αστικά κέντρα

Η ψυχική υγεία των εφήβων επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με τις ιδέες, τις αντιλήψεις, τη θρησκεία, την παιδεία, τον πολιτισμό κάθε κοινωνίας. Από παλιά θεωρούσαν, ότι το εισόδημα, η κοινωνική τάξη και οι συνθήκες ζωής των οικογενειών είχαν σοβαρότερες επιπτώσεις στην υγεία των νέων. Οι παράγοντες αυτοί ονομάζονται κοινωνικοί προσδιοριστές από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σίγουρα σημαντικό ρόλο παίζουν εκτός των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που θα αναλύσουμε και οι βιολογικοί (οι δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου, οι νευροδιαβιβαστές και οι γενετικοί παράγοντες) (Irwin & Scali, 2010).

Πριν αναλύσουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην διατάραξη της ψυχικής υγείας των νέων στα σύγχρονα αστικά κέντρα, αξίζει να επισημάνουμε ότι οι πρώτες προσπάθειες για την ανάδειξη και την αντιμετώπιση του προβλήματος άρχισαν πολύ παλιά. Ο Peter Frank στο έργο του το 1779 «System of a Complete Medical Policy» αναφέρεται σε μέτρα για την προστασία της υγείας του πληθυσμού από την γέννηση έως το θάνατό του. Αργότερα όταν ξεκίνησε η Βιομηχανική επανάσταση και η εντατική μαζική αστικοποίηση άρχισε να αναδεικνύεται ο ρόλος του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στη δημόσια υγεία. Το ενδιαφέρον αυτό απεικονίζεται στα έργα του Friedrich Engels το 1844 στο «Sanitary Conditions of the Labouring Population» και στο «The Condition of the Working class in England's» και στο έργο του Edwin Chadwick το 1842 «Poor Law Act Amendment, 1834» τα

οποία συσχετίζουν την επίδραση του βιομηχανικού και αστικού περιβάλλοντος της Αγγλίας στην υγεία των ανθρώπων. Παρατηρείται λοιπόν, η απαρχή ενός έντονου ενδιαφέροντος από ακαδημαϊκούς, γιατρούς και διαφόρων κλάδων επιστήμονες για τη δημιουργία κατάλληλων δομών στα αστικά, κυρίως, κέντρα (ΕΣΔΥ, 2010).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία επιχειρήθηκαν να διερευνηθούν από πολλούς ειδικούς, οι οποίοι χρησιμοποίησαν κάποια μοντέλα. Έτσι, το 1991 ο Dahlgren και ο Whitehead περιέγραψαν το μοντέλο Policy Rainbow (Whitehead, Dahlgren & Crilson, 2001). Σύμφωνα, με αυτό το μοντέλο οι παράγοντες χωρίζονται σε μη τροποποιήσιμους (γενετικά χαρακτηριστικά, ηλικία, φύλο) και σε τροποποιήσιμους (κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές, περιβαλλοντικές συνθήκες) (Speller, 2007).

Ως αποτέλεσμα, ήταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003 να επισημάνει ότι υπάρχει μια σχέση αιτίας αιτιατού ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς κοινωνικούς παράγοντες με την υγεία (Wilkinson & Marmot, 2003).

Η ψυχική υγεία των νέων εξαρτάται από την πρώιμη παιδική ηλικία, από το άγχος, την κοινωνική τάξη, την οικονομική κατάσταση και τις ανισότητες που βιώνουν (Speller, 2007).

Στην Ελλάδα η κατανομή των παιδιών με προβλήματα στην ψυχική υγεία έως 18 ετών ανά περιοχές είναι ανάλογη με τις κατανομές του συνόλου του πληθυσμού. Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 το 75% κατοικεί στα αστικά κέντρα και το 25% σε αγροτικές περιοχές. Επίσης 1 στα 3 παιδιά ζει στην Αθήνα (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2011).

Τα σύγχρονα αστικά κέντρα, σε διεθνές επίπεδο, μαστίζονται από οικονομική κρίση που έχει επηρεάσει την οικονομία πολλών κρατών. Η κρίση άμεσα ή έμμεσα επηρεάζει τους κοινωνικούς προσδιοριστές, που είναι υπεύθυνοι και για την ψυχική υγεία εφήβων. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολούν ιδιαίτερα τους επιστήμονες καθώς πιστεύουν ότι έως το 2020 οι ψυχικές διαταραχές πιθανό να καταστούν πολύ συχνές, δεύτερες σε συχνότητα. Σήμερα, το κρατικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην προσπάθεια για την οικονομική αναδόμηση και ταχεία οικονομική ανάπτυξη με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας. Η ανεργία, η απότομη διακοπή εργασίας, το αβέβαιο επαγγελματικό μέλλον των ανθρώπων και κυρίως των ανθρώπων στα αστικά κέντρα, όπου ο ανταγωνισμός και οι επιπτώσεις της κρίσης είναι μεγαλύτερες, επηρεάζουν σε προσωρινό ή μόνιμο βαθμό όλα τα μέλη της οικογένειας (Αναγνωστόπουλος, 2010).

Επίσης, και τα άτομα υψηλότερων οικονομικό – κοινωνικών στρωμάτων που έχουν πληγεί, επηρεάζονται σημαντικά, καθώς σε αυτά τα προβλήματα προστίθεται η απώλεια ελέγχου ζωής, και η απώλεια αυτοεκτίμησης. Το αν θα διατηρηθεί η ισορροπία στην οικογένεια και η κατάσταση δεν θα επηρεάσει μόνιμα τους νέους εξαρτάται από ένα οικογενειακό δίκτυο αλληλοϋποστήριξης (Linn, Sandifer & Stein, 1985).

Σύμφωνα με το family stress model το 2000 του Conger (Ahmed, 2005) τα μακροχρόνια οικονομικά προβλήματα, η οικονομική δυσπραγία μιας οικογένειας επιβαρύνει ιδιαίτερα τα νεότερα μέλη της. Κι αυτό, γιατί οι σύντροφοι, προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και επιφορτισμένοι με τις αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας και των οικονομικών τους δεν συνεργάζονται, δεν αλληλοϋποστηρίζονται, η σχέση τους δεν βρίσκεται σε ισορροπία, είναι επιθετικοί

και διακατέχονται από καταθλιπτικά αισθήματα. Το αντίκτυπο στα νεαρά άτομα είναι αναμενόμενο (Davis & Mantle, 2004).

Έτσι, λοιπόν, η σχέση ανεργίας και οικονομικής ύφεσης από τη μια και ψυχικής υγείας από την άλλη είναι αμφίδρομη. Τα οικονομικά προβλήματα και η ανεργία έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία ακόμα και των εφήβων και οδηγούν σε επιδείνωση τυχόν ήδη υπαρχόντων προβλημάτων (Price, Choin & Vinocur, 2002).

Επίσης, στα σύγχρονα αστικά κέντρα, όπου ο μέσος όρος του εισοδήματος έχει υποστεί καίριο πλήγμα, οδηγώντας κυρίως στη μεσαία και τις χαμηλότερες τάξεις στο επίπεδο της φτώχειας, η πρόσβαση στην συμβουλευτική ή στη θεραπευτική οδό είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Έτσι και το πρόβλημα διογκώνεται και διαιωνίζεται. Τα αρχικά πρωτοεμφανιζόμενα σημάδια διαταραχής της ψυχικής υγείας εφήβων, είτε δε γίνονται αντιληπτά από τους γονείς, αφού οι ίδιοι ζουν στο στρες της καθημερινής επιβίωσης και προσπαθούν να καλύψουν βιοποριστικές ανάγκες, είτε δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν, δεν υπάρχει η δυνατότητα, όπως συμβαίνει σε ανώτερα στρώματα, να προσφύγουν σε ειδικούς (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2010).

Οι ψυχικές διαταραχές που μπορεί να προκληθούν είναι: κατάθλιψη, καταχρήσεις (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικές ουσίες), αυτοκτονικές τάσεις, αντικοινωνικές συμπεριφορές (βία, επιθετικότητα, σχολικός εκφοβισμός), άγχος (Αναγνωστόπουλος, 2010) .

Ιδιαίτερα στην χώρα μας, που η οικονομική κρίση έχει πλήξει μεγάλο αριθμό νοικοκυριών και έχει ανεβάσει την ανεργία, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, σε πολύ μεγάλο ποσοστό, το επίπεδο της ψυχικής υγείας εφήβων έχει καταγράψει πρωτοφανή ποσοστά. Κατά 40% έχουν αυξηθεί τα ψυχολογικά προβλήματα, η οικογενειακή δυσαρμονία βρίσκεται στο 51%, η σχολική άρνηση 25%, οι απόπειρες αυτοκτονιών 20%, οι διαταραχές στη διαγωγή 28%, ο εκφοβισμός, το «bullying» στο 22% και οι καταχρήσεις διαφόρων ουσιών στο 19% (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Η κοινωνικά ευάλωτη ομάδα σε προβλήματα ψυχικής υγείας των εφήβων δημιουργεί η ίδια κάποιες φορές τους αιτιολογικούς παράγοντες δημιουργίας ψυχικών διαταραχών. Κατά τη διάρκεια της προεφηβικής και εφηβικής περιόδου, ο νέος έχει μειωμένη αντίληψη του κινδύνου και δοκιμάζει τον εαυτό του υιοθετώντας συμπεριφορές ακραίες, υψηλού κινδύνου. Οι λεγόμενες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου είναι η αιτία πολλών σοβαρών ατυχημάτων, που μπορεί να επιφέρουν και θάνατο. Η κληρονομική προδιάθεση (γενετική και βιολογική) και το περιβάλλον, σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής του νέου, οδηγούν σε ψυχολογικές μεταβολές που διαταράσσουν το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του. Ανάλογα την εκάστοτε περίπτωση, η χρήση ουσιών, οι διαταραχές στη διατροφή, οι αντικοινωνικές συμπεριφορές, η κατάθλιψη και οι αυτοκτονικές τάσεις, είναι οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Από αυτές τα κορίτσια εκδηλώνουν πιο συχνά συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές που εκδηλώνονται στο σώμα. Στα αγόρια εκδηλώνονται συχνότερα διαταραχές στην συμπεριφορά (παραπτώματα, βία, παρορμητικότητα, επιθετικότητα) (Κοκκέβη, 2009).

Ο έφηβος είναι πολύ ευάλωτος γιατί περνώντας μέσα από αυτή την περίοδο της ζωής του υιόθει κάποια συγκεκριμένα αισθήματα, βιώνει κάποια τυπικά χαρακτηριστικά της εφηβείας:

Ευαισθησία για την εικόνα του εαυτού του η οποία οδηγεί κυρίως σε διαταραχές διατροφής, όπως ψυχογενής ανορεξία

Ανάγκη αποδοχής κυρίως από τους συνομήλικούς του, κάτι που τον ωθεί να συμμορφώνεται με τις διάφορες συμπεριφορές ομάδων και απομακρύνεται από την οικογένειά του. Έτσι κινδυνεύει και η ψυχική και η σωματική του υγεία

Δυσφορία συναισθήματος προσπαθώντας να καλύψει ή να ανακουφίσει οδυνηρά συναισθήματα καταφεύγει στην αυτοκαταστροφή ή στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών .

Περίεργια αναζητά νέες πρωτόγνωρες εμπειρίες και μπορεί να καταφύγει σε ουσίες ή ως αποτέλεσμα δράσης να τραυματιστεί.

Το δύσκολο και ταυτόχρονα επικίνδυνο κατά την εφηβική και προεφηβική περίοδο είναι ότι οι αλλαγές, οι έντονες διακυμάνσεις και οι αποκλείσεις από το φυσιολογικό είναι χαρακτηριστικά της εξέλιξης που εν συνεχεία αποχωρούν. Γι' αυτό το φυσιολογικό από το παθολογικό είναι δυσδιάκριτο αυτή την περίοδο. Στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής, η απουσία πολλών ωρών και η απομάκρυνση και των δύο γονέων από το παιδί καθιστούν την έκταση και τη μορφή της παθολογίας συμπεριφοράς, ανάξια προσοχής (Κοκκέβη, 2009).

Από το 1980 η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το ΕΠΙΨΥ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) πραγματοποιούν πανελλήνιες έρευνες που επαναλαμβάνουν ανά τέσσερα χρόνια σε μαθητές εφηβικής ηλικίας. Από το 1990 η έρευνες εντάσσονται στο πλαίσιο δύο πανευρωπαϊκών ερευνών, της έρευνας ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), για τη χρήση ουσιών εξάρτησης και της έρευνας HBSC (Health Behaviour in School – Aged Children), για συμπεριφορές που έχουν σχέση με την υγεία. Έτσι, έχουμε τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τους Έλληνες εφήβους με εφήβους 35 – 40 άλλων χωρών. Για παράδειγμα σε έρευνες HBSC το 2006 – 2008 και ESPAD το 2007 καταδεικνύεται ότι οι διαταραχές στη διατροφή είναι συχνές. Ένα στα τέσσερα κορίτσια κάνει δίαιτα και ένα στα τέσσερα αγόρια είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Επίσης, είναι συχνοί οι τραυματισμοί στα αγόρια, ενώ συχνά στα κορίτσια τα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Ακόμα, αρκετοί παρουσιάζουν έλλειψη ή δυσκολία προσοχής, δυσκολία στον ύπνο, νευρικότητα, πονοκεφάλους και άλλα ψυχοσωματικά προβλήματα. Συχνά και τα προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο, με το σχολικό εκφοβισμό να επηρεάζει με ποσοστό 60% τα αγόρια και 41% τα κορίτσια (Κοκκέβη, 2009) .

Χαρακτηριστικά των σύγχρονων αστικών κέντρων, με τα υπάρχοντα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, είναι η πτωτική τάση στις γεννήσεις. Έτσι, η αλλαγή στην ηλικιακή δομή, η αλλαγή του κοινωνικού δείκτη επηρεάζει και τις παροχές στην υγεία, το δείκτη πολιτικής υγείας. Εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης, της εργασίας των γυναικών, της αύξησης των δαπανών, της έλλειψης κέντρων δημιουργικής απασχόλησης εφήβων και της οικογενειακής υποστήριξης, οι γεννήσεις μειώνονται και το κράτος δεν στηρίζει την πρόληψη, τη διάγνωση και την ενημέρωση για την ψυχική υγεία των νέων. Συνεπώς το κρατικό κόστος είναι υψηλό και οι κρατικές παροχές μηδαμινές με συνέπεια να οδηγούμαστε σε αύξηση των προβλημάτων ψυχικής ευεξίας (Μαρτίν, Henderson, 2001).

Ένας άλλος αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε νεαρή ηλικία, είναι η απουσία επαφής του ανθρώπου με τη φύση και τις φυσικές δραστηριότητες. Η οικοψυχολογία, η νέα τάση της ψυχολογίας διερευνά τη σχέση ψυχικής υγείας και περιβάλλοντος. Απευθυνόμενη και στους νέους και ως θεραπευτική μέθοδος προσπαθεί να τους οδηγήσει σε μια ισορροπία κατά την διάρκεια της επανένωσης τους με τη φύση (Cohen, 2007).

3.4. Κριτήρια για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας εφήβων και οι ευάλωτες ομάδες

Η υγεία της ψυχής, η ψυχική ευεξία αφορά όλους τους ανθρώπους, όλων των ηλικιών και όλων των κοινωνικών ομάδων. Ωστόσο λόγω κοινωνικών παραγόντων, βιολογικών και γενετικών, λόγω των αλλαγών στον τρόπο ζωής και στην καθημερινότητα, τα προβλήματα και η εμφάνιση προβλημάτων στην ψυχική υγεία είναι αρκετά συχνά τα τελευταία χρόνια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι τα προβλήματα έχουν επεκταθεί και αρχίζουν πλέον από πολύ μικρή ηλικία. Έρευνα των τελευταίων ετών έδειξε, ότι σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό οι διαταραχές έχουν αυξηθεί σε εφήβους. Στις ηλικίες 0 έως 18 ετών το ποσοστό ανέρχεται από 7% έως 20%. Άρα πρέπει να είμαστε αρκετά προσεκτικοί, να μπορέσουμε να αναγνωρίσουμε τα σημάδια, τα αρχικά προειδοποιητικά σημάδια, τα οποία θα μας κινητοποιήσουν και θα μας οδηγήσουν σε μια έγκαιρη διάγνωση και τελικά σε μια ορθή και ίσως σωτήρια για το ίδιο το άτομο αντιμετώπιση της διαταραχής.

Είναι, βέβαια, ευρέως αποδεκτό και κατανοητό, ότι αυτά τα σημάδια, που λειτουργούν ως κριτήρια αξιολόγησης της ψυχικής υγείας των εφήβων, είναι πάρα πολύ δύσκολο να αναγνωριστούν για να είναι εφικτό να ληφθεί η καταλληλότερη βοήθεια. Κι αυτό γιατί η αναγνώριση αρχικά γίνεται από τους γονείς ή τους δασκάλους, όχι από ειδικούς, οι οποίοι μη καταρτισμένοι είναι δύσκολο να ξεχωρίσουν τα σημάδια μιας αποκλίνουσας εφηβικής συμπεριφοράς. Μερικοί, βέβαια, ακόμη κι όταν τα αναγνωρίσουν, λόγω του κοινωνικού στίγματος ή του πιθανού κοινωνικού αποκλεισμού, δυσκολεύονται να προσφύγουν σε βοήθεια στην κοινότητα ή σε έναν επαγγελματία ειδικό. Στην συνέχεια αναφέρονται ενδεικτικές συμπεριφορές που λειτουργούν ως κριτήρια αξιολόγησης για την ψυχική υγεία των νέων:

Αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά

Σε αυτή την περίπτωση το άτομο, για χρονικό διάστημα περίπου ενός μηνός ή περισσότερο, παρουσιάζει σοβαρές αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά του, είναι ευέξαπτο, ευερέθιστο επιθυμεί να βλάψει κάποιον και δεν ακολουθεί το καθημερινό του πρόγραμμα. Οι αλλαγές αυτές δημιουργούν προβλήματα όχι μόνο στο οικογενειακό του περιβάλλον αλλά και στο σχολικό και στις συναναστροφές του με συνομηλίκους του.

Δυσκολία στη συγκέντρωση

Η προσοχή του παιδιού διασπάται πολύ εύκολα, δε μπορεί να επικεντρωθεί σε κάτι για αρκετή ώρα, δε μπορεί να καθίσει χωρίς να σηκώνεται συνεχώς.

Συναισθήματα έντονα

Τα έντονα, υπερβολικά συναισθήματα, όπως φόβος, θυμός, λύπη, χωρίς να συνοδεύονται από λογικό ή λογικοφανές λόγο πρόκλησης είναι ιδιαιτέρως ανησυχητικά. Πολλές φορές συνοδεύονται από γρήγορη αναπνοή και ταχυπαλμία.

Απώλεια σωματικού βάρους

Η ανεξήγητη απώλεια σημαντικού βάρους, οι καθημερινοί ή οι συχνοί εμετοί, η ξαφνική αλλαγή προς μια μη σωστή διατροφή, η απώλεια στην όρεξη και η καθημερινή έντονη σε υπερβολικό βαθμό σωματική δραστηριότητα είναι άξια λόγου σημάδια για παρακολούθηση.

Χρήση ουσιών

Όταν το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες και δε μπορεί να τις διαχειριστεί, όταν τα συναισθήματά του είναι τόσο έντονα που δε μπορεί να τα ελέγξει και να τα αποδεχθεί, τότε πολλές φορές καταφεύγει στη χρήση διάφορων εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως τσιγάρα, αλκοόλ, ναρκωτικά.

Φυσική βλάβη που χρίζει έγκαιρη επέμβαση

Κάποιες φορές όταν ο νέος έρθει αντιμέτωπος με προβλήματα, τα οποία, όμως, κάποιος δε τα έχει παρατηρήσει και δεν έχει γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση, τότε μπορούν να τον οδηγήσουν στον αυτοτραυματισμό, σε αυτοκτονικές σκέψεις ή τελικά στην αυτοκτονία (Τσιάντης, 1988).

Όταν, λοιπόν, τα σημάδια κάνουν την εμφάνισή τους τότε η οικογένεια θα πρέπει να επέμβει άμεσα. Ελέγχοντας, βέβαια, πρώτα και συγκεντρώνοντας πληροφορίες από το σχολικό περιβάλλον και από τους φίλους του εφήβου. Ας μην ξεχνάμε ότι η παιδική και εν συνεχεία η εφηβική ηλικία είναι ηλικίες δύσκολες, κατά τη διάρκεια των οποίων η συμπεριφορά των νέων ποικίλει από άτομο σε άτομο και πολλές φορές από χρονική σε χρονική περίοδο. Ωστόσο, αν τα σημάδια είναι απτά και είμαστε σίγουρη τότε συζητώντας με τον οικογενειακό γιατρό ή τον παιδίατρο θα λάβουμε τη σωστή καθοδήγηση προς έναν ειδικό.

Σήμερα οι νέοι, ακολουθώντας το σύγχρονο τρόπο ζωής και κυρίως αυτοί που ζουν στα σύγχρονα αστικά κέντρα, που η ποικιλομορφία, η πολύ – πολιτισμικότητα, οι εναλλαγές στην κοινωνία είναι πιο έντονες ανήκουν όλοι σε μια ομάδα υψηλού κινδύνου. Όλοι θα μπορούσαν να αποκτήσουν διαταραχές ψυχής, να κλονιστεί η ψυχική τους υγεία. Όμως, η μη ομοιομορφία στην κοινωνία, οδηγεί κάποιες ομάδες, οι οποίες είναι πιο ευάλωτες πιο κοντά στην αντιμετώπιση τέτοιου είδους ανωμαλιών.

Στις πιο ευάλωτες ομάδες, στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν οι έφηβοι που οι οικογένειες τους ζουν κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης, που οι οικονομικοί τους πόροι είναι πενιχροί έως μηδαμινοί. Νέοι με ιστορικό κακοποίησης, που έχουν εκτεθεί ή υποστεί και οι ίδιοι ενδοοικογενειακή βία και που έχουν παραμεληθεί είναι άξιοι προσοχής και επιμελούς παρακολούθησης από το σχολικό και φιλικό, αρχικά, περιβάλλον. Επίσης, τα παιδιά των μεταναστών, αυτά που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και αυτά που ανήκουν σε οικογένειες που έχουν επηρεαστεί απότομα από την οικονομική κρίση είναι ευάλωτα σήμερα. Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή χρίζουν νέοι των οποίων τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς πάσχει από σοβαρό και χρόνιο, είτε σωματικό είτε ψυχικό νόσημα.

3.5. Κατηγοριοποιήσεις Ψυχικών Διαταραχών

Δεν είναι λίγες οι φορές, που διάφορες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως αγχώδεις διαταραχές, αντικοινωνικές συμπεριφορές, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και σχιζοφρενικές ψυχώσεις, γίνονται αντιληπτές κατά την πάροδο της εφηβείας (Αγγελόπουλος, 2009). Οι διαταραχές στην ψυχική υγεία των εφήβων μπορούν να προκαλέσουν σοβαρότατα προβλήματα με μη ελέγξιμες και διαχειρίσιμες επιπτώσεις εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Επηρεάζουν όχι μόνο το ίδιο το άτομο, την ψυχοκοινωνική του υγεία και το μέλλον του, αλλά και το σχολικό, το οικογενειακό περιβάλλον και την κοινωνία στο σύνολό της. Οι ψυχικές διαταραχές που θα ταξινομήσουμε στη συνέχεια, μπορούν να εκδηλωθούν με διαφορετικό τρόπο στον κάθε έφηβο ή ακόμα και να συνυπάρχουν δύο ή και περισσότερες μαζί στο ίδιο άτομο, πρόκειται ουσιαστικά για αυτό που ονομάζουμε ως: «συν-νοσηρότητα».

Διαταραχές διάθεσης και συναισθημάτων

Οι διαταραχές της διάθεσης και του συναισθήματος, εμφανίζονται με ποσοστό 4-8%. Συχνή είναι η κατάθλιψη, η οποία αναλύεται εκτενέστερα στην συνέχεια, το άγχος, η θλίψη, η έντονη ανησυχία, τα νεύρα, η χωρίς αίτιο κόπωση, η επιβράδυνση στη σκέψη και στην ενεργητικότητα. Επίσης, η ενοχή και η απαξίωση του ίδιου τους του εαυτού. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχολική επίδοση, καθώς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις μαθησιακές απαιτήσεις. Η σχολική φοβία είναι ένα συχνό φαινόμενο των ημερών μας. Ο νέος εκδηλώνει αντικοινωνική συμπεριφορά, αρνείται να πάει σχολείο, θεωρεί τους συμμαθητές του και τον δάσκαλο «κακούς» και άδικους απέναντί του. Στην αντίθετη πλευρά και η έντονη και συνεχιζόμενη δειλία και ντροπή είναι δείγματα μη ψυχικής υγείας. Επιπλέον, το άγχος, η υπερβολική αγωνία, το μετατραυματικό στρες το άγχος του αποχωρισμού επηρεάζουν περίπου το 13% των νέων ηλικίας 9 έως 17 ετών (Γαλανάκη, 2000).

Η εφηβεία, για τα νεαρά άτομα, αποτελεί συχνά μια περίοδο αρκετά στρεσογόνα, όπου και σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζονται σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Τα δύο πιο σημαντικά είναι η κατάθλιψη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Αρχικά, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την ανεπάρκεια έκφρασης θετικών συναισθημάτων, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα, φαίνεται να λαμβάνουν όλο μεγαλύτερη έκταση. Αν και ο έλεγχος των συναισθημάτων είναι μια δύσκολη διαδικασία, εάν γίνει πράξη, τότε το άτομο θα μπορέσει να αντιληφθεί την νόσο και να προσπαθήσει να επαναφέρει την ψυχική του υγεία. Ο Freud, ισχυρίστηκε ότι η αναχαίτιση των συναισθημάτων μας, μπορεί να προκαλέσει σημαντική αιτιολογία για την εμφάνιση ψυχικής νόσου (Αγγελόπουλος, 2009).

Τα νεαρά άτομα, συχνά, υποφέρουν από καταθλιπτικά συναισθήματα. Ωστόσο, πολλές φορές, δεν αντιλαμβάνονται ότι διακατέχονται από ψυχική αναστολή ή και σωματική κόπωση. Ο νέος κατακλύζεται από το αίσθημα αναξιοσύνης και μειωμένης εμπιστοσύνης, όταν του συμβαίνουν κάποιες αποτυχίες και απογοητεύσεις. Μάλιστα, πολλοί είναι οι νέοι, που επιθυμούν να ξεπεράσουν την ψυχική κόπωση, που νιώθουν, μέσω ενός έντονου τρόπου ζωής. Ειδικότερα, πιστεύουν πως εάν ασχοληθούν με διάφορες συλλογικές δραστηριότητες, θα καταφέρουν να απομακρύνουν το αίσθημα της μοναχικότητας και θα τους επιφέρει την ψυχική τους ηρεμία. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτή η τακτική, φέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα, καθώς συμβάλει στην τόνωση του χαμένου ηθικού του ατόμου. Βέβαια, σε άλλες περιπτώσεις, όταν δηλαδή, τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν επεξεργάζονται, αφήνουν τον έφηβο

προσκολλημένο, σε μία επιβλαβής κατάσταση. Είναι ωστόσο σημαντικό, να αναφερθεί πως η προσωπικότητα, τα βιώματα, οι οικογενειακές εμπειρίες και γενικότερα τα ψυχικά αποθέματα του εφήβου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, για την εξέλιξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Κουρκούτας, 2001).

Η καταθλιπτική διαταραχή κατά την εφηβεία, γίνεται αντιληπτή, συνήθως ύστερα από μια μεγάλη απογοήτευση (π.χ. ο αιφνίδιος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, μια ερωτική απογοήτευση, μία χαμηλή σχολική επίδοση και άλλα). Τότε τα συναισθήματα λύπης, θλίψης και απώλειας είναι ορατά και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι το 25% των εφήβων ισχυρίζονται ότι έχουν νιώσει αισθήματα λύπης και απελπισίας για δύο ή και περισσότερες εβδομάδες συνεχόμενα. Ωστόσο, μόνο το 3% έχει βιώσει μείζονα κατάθλιψη, σύμφωνα με την οποία τα συμπτώματα υπάρχουν σε έξαρση για ένα πολύ μεγάλο χρονικό όριο. Τα ποσοστά παρουσίασης της καταθλιπτικής διαταραχής, επηρεάζονται από τις διαφορές του φύλου, τις φυλετικές, καθώς και τις πολιτισμικές διαφορές. Η συχνότητα της εμφάνισης της κατάθλιψης στα κορίτσια είναι πιο υψηλή, σε αντίθεση με αυτή των αγοριών. Αυτό, γιατί τα πρώτα είναι αρκετά εσωστρεφή, ενώ τα αγόρια εξωτερικεύουν το άγχος τους, συνήθως με επιθετική και παρορμητική συμπεριφορά και διαφεύγοντας στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι αυτόχθονες Αμερικανοί και οι έφηβοι αφρό-αμερικανικοί, παρουσιάζουν πιο υψηλά ποσά της διαταραχής αυτής, σε αντίθεση με τους λευκούς (Feldman, 2011).

Σε περιπτώσεις που η κατάθλιψη διαρκεί περισσότερο, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο οι βιολογικοί και οι γενετικοί παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει διαφορά στις ορμόνες και σε ένα συγκεκριμένο γονίδιο που συναντάται κυρίως στα νεαρά κορίτσια και λιγότερο στα αγόρια. Ενώ, επίσης, οι περιβαλλοντικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες φαίνονται να ασκούν σοβαρή επίδραση στην ζωή των νέων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα, αποτελούν: α) ο αιφνίδιος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου του εφήβου, β) τα χαμηλά επίπεδα δημοτικότητας, γ) η αποδοκιμασία από τους συνομηλίκους και άλλα. Όλα αυτά εγκυμονούν κινδύνους για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής στην εφηβική ηλικία (Feldman, 2011).

Οι αρνητικές επιπτώσεις της καταθλιπτικής διαταραχής στην σωματική υγεία είναι αναμενόμενη. Έχει διαπιστωθεί ότι η κατάθλιψη, ανάλογα με τον βαθμό σοβαρότητας που διαθέτει, προκαλεί μεγάλη ευαισθησία στις λοιμώξεις και κατ' επέκταση, το ανοσοποιητικό σύστημα καταρρέει σταδιακά. Μάλιστα, πολλές είναι οι περιπτώσεις ατόμων, που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή και κινδυνεύουν να χάνουν την ζωή τους, από καρδιαγγειακά νοσήματα. Επίσης, από μελέτες, κατά την διάρκεια του 2009, έχει καταγραφεί ότι το 47% των ασθενών με πνευμονική εμβολή, γαστρεντερική αιμορραγία, υπαραχνοειδής αιμορραγία και έμφραγμα του μυοκαρδίου, παρουσιάζουν κατάθλιψη και απεβίωσαν στις επόμενες τέσσερις εβδομάδες. Αντίθετα, μόνο το 10% των ασθενών που έπασχαν από νορμοθυμικό συναίσθημα, έχασαν την ζωή τους, κατά το ίδιο διάστημα (Αγγελόπουλος, 2009).

Όταν ένα άτομο καταφεύγει στον αυτοχειρισμό ή διαφορετικά στην αυτοκτονία, βιώνει έντονα συναισθήματα απελπισίας. Ψυχοδυναμικές έρευνες, μάλιστα, έχουν αποδείξει ότι τα άτομα που σκέφτονται και σχεδιάζουν τον τρόπο που θα βάλουν τέλος στην ζωή τους, νιώθουν έντονο άγχος και ότι δεν είναι αρεστοί από τους άλλους. Αισθάνονται, δηλαδή πως κανείς δεν ενδιαφέρεται γι' αυτούς και δεν τους αγαπά (Παπαιωάννου, 2000). Ουσιαστικά, αισθήματα αδυναμίας, αναξιοσύνης, και

ευαλωτότητας, κατακλύζουν τον έφηβο. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το άτομο που αντιμετωπίζει αυτές τις δυσκολίες, να στρέφεται ενάντια στον ίδιο του τον εαυτό, εκφράζοντας μία επιθετική συμπεριφορά. Γι' αυτό, συχνά αποζητά να βρει κάποιον, ο οποίος θα του φερθεί με κατανόηση και συμπάθεια (Τσιάντης, 1988).

Το 2001, σύμφωνα με τελευταίες στατιστικές μετρήσεις, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές είναι 20 φορές πιο συχνό φαινόμενο κατά την περίοδο της εφηβείας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως παρά το γεγονός της αύξησης των αυτοκτονιών, στην χώρα μας, τα ποσοστά των αυτοχειριασμών είναι χαμηλότερα, σε σύγκριση με τα ποσοστά που σημειώνονται σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Με βάση, λοιπόν, αυτά τα ποσοστά, φαίνεται πως το πολιτισμικό, το κοινωνικό και το οικογενειακό επίπεδο, συμβάλουν στην εμφάνιση ή μη των καταστροφικών συμπεριφορών. Πολλοί υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, ισχυρίζονται ότι τα άτομα που εκφράζουν μια αυτοκτονική συμπεριφορά, έχουν φτάσει στην κορυφή μιας μακροχρόνιας διαδικασίας εξωτερικών και εσωτερικών συγκρούσεων και αντιπαραθέσεων, όπου η λύση δεν έχει επέλθει ακόμη (Κουρκούτας, 2001).

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός στους εφήβους είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο, το οποίο τα τελευταία χρόνια σημειώνει μεγάλη άνοδο. Αναφέρεται μάλιστα ότι 12,2 αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα γίνονται ανά έτος (Feldman, 2011). Το 1988, ο Τσιάντης, είχε εντοπίσει την αυτοκτονία ως την δεύτερη ή τρίτη αιτία θανάτου, στις Ευρωπαϊκές χώρες, για τα άτομα 14 -18 ετών. Ενώ και στην Ελλάδα, ο αριθμός των νέων ατόμων, που χάνουν την ζωή τους από αυτοδηλητηρίαση, είχε σημειώσει μεγάλη πρόοδο.

Ωστόσο, δεν είναι ελάχιστες οι φορές, που τα ποσοστά αυτά είναι πιο υψηλά, αλλά οι γονείς και το ιατρικό προσωπικό δεν αναγνωρίζουν τον θάνατο ως αποτέλεσμα αυτοκτονίας, αλλά ως ατύχημα. Πολλές μελέτες, έχουν αναδείξει την αυτοκτονία ως την τρίτη στην σειρά αιτία θανάτου στην εφηβική ηλικία και ιδιαίτερα κατά την ύστερη ενήλικη ζωή. Τα νεαρά αγόρια, φαίνεται να έχουν προβάδισμα στον αριθμό που συναντώνται στις αυτοκτονίες. Ενώ, τα έφηβα κορίτσια καταλήγουν πιο συχνά σε απόπειρες αυτοκτονιών. Αυτό ίσως συμβαίνει, καθώς τα πρώτα χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικά και βιαιότερα μέσα, όπως όπλα. Αντίθετα, τα κορίτσια, συνήθως κάνουν χρήση φαρμάκων σε υπερβολική ποσότητα. Ωστόσο, μία στις 200 απόπειρες αυτοκτονίες είναι θανατηφόρες και στα δύο φύλα (Feldman, 2011).

Αν και είναι δύσκολο να αντιληφθούμε τις πραγματικές αιτίες, για τις οποίες, οι έφηβοι, αποφασίζουν να αυτοκτονήσουν, είναι ένα θέμα που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Ωστόσο, δεν έχει διαπιστωθεί μια ακριβής αιτιολογία, για την εμφάνιση των αυτοκτονιών στην εφηβική ηλικία. Βέβαια μερικοί υποθετικοί παράγοντες είναι οι εξής:

Το υπερβολικό άγχος που αισθάνεται το άτομο, ώστε να ανταπεξέλθει στις αυξημένες υποχρεώσεις του

Η κατάθλιψη. Ο έφηβος στην προκειμένη φάση νιώθει έντονα αισθήματα λύπης, απελπισίας, ανασφάλειας και άλλα αρνητικά συναισθήματα

Οι κοινωνικές αναστολές

Η τελειομανία

Τα υψηλά επίπεδα πίεσης και στρες. Ενώ, η προσβασιμότητα σε όπλα φαίνεται να ενθαρρύνει τους εφήβους να περάσουν στο βήμα της αυτοκτονίας (Feldman, 2011).

Ενώ και η ανωριμότητα της εφηβικής ηλικίας, φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά στην έκφραση των αυτοκαταστροφικών συναισθημάτων (Τσιάντης, 1988).

Επιπρόσθετα, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια ή και προβλήματα στο σχολείο, μπορούν να συμβάλουν θετικά στην απόφαση του νέου να προβεί σε απόπειρα αυτοχειρίας. Επίσης, το ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενθαρρύνουν τις αυτοκτονικές τάσεις των εφήβων (Feldman, 2011). Σύμφωνα με την κλασική γνώμη, στην ψυχοδυναμική, υποστηρίζεται ότι η επιθετικότητα είναι αυτή, που στρέφει το άτομο στην απόπειρα αυτοχειρίας. Ουσιαστικά, ο νέος δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα προβλήματα που αναφέραμε παραπάνω και έτσι καταλήγει να εκδηλώνει επιθετική συμπεριφορά προς τον ίδιο του τον εαυτό (Τσιάντης, 1988).

Ας μη λησμονούμε, πως στην εφηβεία το άτομο, συνήθως, θέλει να ξεχωρίζει και να αυξήσει την δημοτικότητά του και την αποδοχή των συνομηλίκων του. Γι' αυτό, συχνά μπορεί να καταλήξει στην απόπειρα αυτοκτονίας. Κάτι παρόμοιο μπορεί να συμβεί και όταν κάποιο άλλο άτομο (ένας συμμαθητής/τρια) έχει αυτοκτονήσει και λειτουργεί παραδειγματικά για τα υπόλοιπα άτομα, τα οποία μπορεί να επηρεαστούν. Αυτό ονομάζεται «αυτοκτονία συστάδας» (Feldman, 2011). Ειδικότερα, ως σκοπό, έχουν όχι μόνο να εκδηλώσουν την επιθετική συμπεριφορά, απέναντι προς τον ίδιο τους τον εαυτό, αλλά αποσκοπούν και στο να διορθώσουν τις σχέσεις που είχαν έρθει σε ρήξη (Τσιάντης, 1988).

Σε διεθνές επίπεδο, έχει αποδειχθεί ότι η συχνότητα της απόπειρας αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη στα έφηβα κορίτσια, σε σύγκριση με τα νεαρά αγόρια, στα οποία σημειώνεται μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών, λόγω των βιαιότερων μέσων που χρησιμοποιούν. Επίσης, η αυτοκτονία είναι μία παρορμητική αντίδραση στην ένταση και στην αγωνία που νιώθουν οι έφηβοι, από το οικογενειακό, φιλικό, ερωτικό και σχολικό περιβάλλον. Επιπλέον, απόπειρες που έχουν συμβεί στο παρελθόν, αυξάνουν την επικινδυνότητα για αυτοκτονία. Επιπρόσθετα, η έντονη πίεση για καλύτερες σχολικές – ακαδημαϊκές επιδόσεις και η παρέμβαση σε προσωπικά ζητήματα των εφήβων, είναι δείγματα ατομικής και οικογενειακής ψυχοπαθολογίας. Τέλος, η παραμέληση των εφήβων από τους γονείς και το κοινωνικό δίκτυο της οικογένειας, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση απόπειρας αυτοχειρίας. Ο J. Powers, στο περιοδικό *Journal of School Health* (Dec. 1979), διέκρινε τα είδη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων. Ταξινόμησε, ουσιαστικά, τους νέους που είχαν προβεί σε ενέργεια για αυτοκτονία, από αυτούς που είχαν αυτοκτονήσει, ενώ, επίσης, είχε ξεχωρίσει και τα άτομα που εξέφραζαν την επιθυμία τους να αυτοκτονήσουν, μέσω γραμμάτων, σημειώσεων και άλλα (Παπαιωάννου, 2000).

Ας μη λησμονούμε πως οι απόπειρες αυτοκτονίας, ενέχουν μία πολυδιάστατη μορφή και πιο βαθιά δυναμικά. Ενδέχεται να υπάρχουν διαταραχές στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, σαδομαζοχιστικές και σχιζοφρενικές συμπεριφορές (Τσιάντης, 1988).

Κρίνεται, λοιπόν, άξιο προσοχής η δημιουργία μιας ομάδας, η οποία θα είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τέτοιες καταστάσεις, με την συμβολή της συμβουλευτικής μεθόδου. Η συμβουλευτική θα στοχεύει στην μείωση των πιθανών σκέψεων και ιδεών περί αυτοκτονίας. Φυσικά, το άτομο που έχει αποφασίσει να τερματίσει την ζωή του, το έχει επεξεργαστεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπάρχουν, δηλαδή, κάποια

προειδοποιητικά σημάδια, τα οποία είναι σημαντικό να τα αντιληφθούν, όσο πιο γρήγορα γίνεται, από το οικογενειακό, το φιλικό και το σχολικό περιβάλλον του εφήβου. Μερικά από αυτά τα σημάδια είναι αρχικά όταν κάνει σχόλια αναφορικά με τον θάνατο, όταν η μουσική, η τέχνη και γενικά τα ενδιαφέροντά του ασχολούνται με τον θάνατο και την απώλεια, όταν μοιράζει τα προσωπικά του αντικείμενα και διευθετεί τις υποχρεώσεις του. Επίσης, παρατηρείται χαμηλή σχολική επίδοση, παρουσιάζει διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, γίνεται αισθητή η αλλαγή στην συμπεριφορά του και ενδέχεται να υπάρξει γενικευμένη κατάθλιψη, ουσιαστικά απώλεια ενδιαφέροντος για διάφορες ενασχολήσεις που στο παρελθόν ο νέος αισθανόταν χαρά να συμμετέχει (Feldman, 2011).

Αυτό που μπορεί να κάνει το στενό οικογενειακό, σχολικό και φιλικό περιβάλλον του ατόμου που βρίσκεται σε κίνδυνο αυτοκτονίας είναι κυρίως μια επικοινωνιακή συζήτηση με το ίδιο το άτομο που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει, προσπαθώντας να εκφράσει τα βαθύτερα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Επίσης, είναι σημαντικό ο έφηβος να συναντήσει ανθρώπους που να είναι υποστηρικτικοί και όχι επικριτικοί. Η επικοινωνία με έναν επαγγελματία ειδικό μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια λύση. Επιπλέον, το οικείο περιβάλλον του ατόμου που κινδυνεύει είναι σημαντικό να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον, ειδικότερα, να απομακρύνει τυχόν επικίνδυνα αντικείμενα. Επιπρόσθετα, καλό θα ήταν να γίνει μια μικρή γραπτή συμφωνία, ανάμεσα στο άτομο που βρίσκεται σε κίνδυνο και στο οικείο περιβάλλον του, σύμφωνα με την οποία θα διασφαλίζει όσο περισσότερο γίνεται να μην προβεί σε απόπειρα, προτού αναλυθούν όλα τα θέματα εκτενέστερα. Τέλος, σημαντικό είναι να υπάρξει βοήθεια από παιδοψυχολόγο ή και παιδοψυχίατρο, ακόμη και αν τα συμπτώματα φαινομενικά υποχωρήσουν και η συναισθηματική κατάσταση του εφήβου βελτιωθεί. Αυτό μπορεί να συμβεί, είτε γιατί η απόφασή του να αυτοκτονήσει είναι πλέον σίγουρη, είτε γιατί έχει μιλήσει σε κάποιον για τις σκέψεις που κάνει και νιώθει μια πρόσκαιρη ευεξία (Feldman, 2011).

Διαταραχές του ύπνου

Μια ακόμη δυσκολία που συναντούν οι νέοι στην εφηβεία είναι ο ύπνος. Ο ύπνος, ως μια «φυσιολογική» κατάσταση, χαρακτηρίζεται από την απουσία εγρήγορσης και συνείδησης, καταστολή της αισθητικότητας, χάλαση μυϊκού τόνου και μείωση των κινήσεων, όπως μείωση αναπνοής, οι παλμοί της καρδιάς χαλαρώνουν, η αρτηριακή πίεση μειώνεται, καθώς σημειώνεται και η πτώση του μεταβολισμού. Επίσης, ο ύπνος συνοδεύεται από μια ψυχοδιανοητική δραστηριότητα, η οποία εκφράζεται μέσω των ονείρων. Το υπνικό στάδιο, αποτελεί σημαντικό για την επανόρθωση βλαβών, που ο ανθρώπινος οργανισμός υφίσταται, όταν βρίσκεται σε εγρήγορση. (Αγγελόπουλος, 2009). Οι έφηβοι, λόγω των σχολικών, αλλά και των κοινωνικών τους υποχρεώσεων, κοιμούνται αργά και ξυπνούν αρκετά νωρίς. Δεν είναι λίγοι οι έφηβοι που σε αυτή την φάση της ηλικίας τους, συνήθως αποφασίζουν να ξεκινήσουν να μαθαίνουν και δεύτερη ξένη γλώσσα, να πηγαίνουν φροντιστήρια για τα σχολικά μαθήματα, αλλά να απασχολούνται και σε εξωσχολικές δραστηριότητες, όπως χορό, μπάσκετ, γυμναστήριο και άλλα. Αυτό επιβαρύνει αρκετά τους νέους, οι οποίοι δυσκολεύονται να συμπληρώνουν τις εννέα ώρες ύπνου που χρειάζονται καθημερινά. Όπως καταλαβαίνουμε, η στέρηση ποιοτικού ύπνου, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπτώσεις στους νέους. Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα παρακάτω:

Χαμηλότερη σχολική επίδοση

Εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων

Αλλά και σοβαρά αυτοκινητικά δυστυχήματα (Feldman, 2011).

Μαθησιακές δυσκολίες

Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μαθησιακών και νοητικών προβλημάτων.

Υπερκινητικότητα

Η υπερβολική και μη σύμφωνη με την ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο, δραστηριότητα λεκτική και κινητική, χωρίς λόγο. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας), δε μπορούν να καθίσουν ήσυχα στην αίθουσα, δεν ολοκληρώνουν τις ασκήσεις και προκαλούν τους εκπαιδευτικούς. Παρουσιάζουν συνήθως άγχος και κατάθλιψη και αλλαγές απότομες στη διάθεσή τους (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2002).

Διάσπαση προσοχής

Ο όρος ελλειμματική προσοχή αναφέρεται στη δυσκολία κάποιων ατόμων να συγκεντρωθούν σε κάθε είδους δραστηριότητα, νοητική, σωματική-κινητική. Αποσπάται η προσοχή τους από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα σε φυσιολογικό επίπεδο, όμως, ασχολούνται μόνο με πράγματα που τους ικανοποιούν άμεσα, γεμίζοντάς τους θετικά συναισθήματα (Ρούσσου, 1988).

Δυσλεξία

Οι έφηβοι με δυσλεξία συνήθως έχουν νοημοσύνη πάνω από το φυσιολογικό επίπεδο. Ωστόσο, παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ομιλία, δυσγραφία και δυσορθογραφία. Μπορούν, επίσης, να μη ξεχωρίζουν τα σχήματα, το αριστερό από το δεξί και να έχουν δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων. Εμφανίζεται πιο συχνά στα αγόρια και σε άτομα που ένας εκ των δύο γονέων είχε πανομοιότυπες δυσκολίες.

Καθυστέρηση στην ομιλία

Δεν πρέπει να συγχέεται με τη δυσλεξία. Έχει σχέση με τη λεκτική εξέλιξη, την ανάπτυξη του λόγου, την καθυστέρηση του προφορικού λόγου. Ο έφηβος μπορεί να δυσκολεύεται στη προφορά συγκεκριμένων λέξεων ή λεκτικών ομάδων ή να ψευδίζει. Αυτή η διαταραχή μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Οι μαθησιακές διαταραχές και ιδιαιτερότητες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική ισορροπία και στην αυτοεκτίμηση των νέων. Συνήθως, συνοδεύονται από κάποιου είδους διαταραχή διάθεσης και συναισθημάτων.

Προβλήματα στη συμπεριφορά

Η σύγκρουση, η εναντίωση και η αντίθεση στους κοινωνικούς κανόνες, στα επιτρεπτά και αποδεκτά πρότυπα ορθής συμπεριφοράς είναι χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής. Η επιθετικότητα, τα ψέμματα, η γενικότερη παραβατικότητα αποτελούν εκδήλωση μη ψυχικής ισορροπίας. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά προέρχεται από άτομα που έχουν απορριφθεί, που δεν ανήκουν σε μια ομάδα, που έχουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και συναναστροφές (Χατζηχρήστου & Hopf, 1991).

Οι διαταραχές προσωπικότητας, αποτελούν μια σοβαρή ψυχοπαθολογική κατάσταση, αφού δεν πρόκειται για συγκεκριμένες αντιδράσεις, απέναντι σε συγκεκριμένα ερεθίσματα (π.χ. άγχος, ανησυχίες, διαπροσωπικές σχέσεις), αλλά για διαταραχές, που αγγίζουν τα βαθύτερα στοιχεία της προσωπικότητας και του πυρήνα της προσωπικής ταυτότητας του εφήβου. Στην εφηβεία, η διαμόρφωση της προσωπικότητας δεν έχει φτάσει στο τελικό στάδιο, γι' αυτό είναι οξύμωρο να κάνουμε λόγο για διαταραχές προσωπικότητας, της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Ωστόσο, παρατηρούνται ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία, που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Οι διαταραχές είναι πιο εμφανείς στις σχέσεις του εφήβου με την οικογένεια, το σχολείο, το φιλικό του περιβάλλον, καθώς και την κοινωνία (Κουρκούτας, 2001).

Όπως υποστηρίζει ο Κουρκούτας (2001), η πιο δημοφιλής διαταραχή προσωπικότητας, κατά την εφηβική περίοδο είναι η ψυχοπαθητική προσωπικότητα, η οποία περιλαμβάνει την συναισθηματική αστάθεια, τα έντονα εγωιστικά, ανώριμα και ναρκισσιστικά στοιχεία στην συμπεριφορά, επιθετική και καταστροφική συμπεριφορά, απόρριψη του σχολείου, των ορίων και των κανόνων και την χρήση ναρκωτικών.

Ένα ακόμη πρόβλημα, που συναντάτε στην εφηβεία είναι η νεανική παραβατικότητα ή αλλιώς παραπτωματική – αντικοινωνική συμπεριφορά ανηλίκων (Παπαιωάννου, 2000). Η αντικοινωνική/ εγκληματική συμπεριφορά ταξινομείται σε:

Παραβάσεις ειδικών ποινικών κανόνων

Καταστροφές ξένης περιουσίας

Σωματικές βλάβες

Εγκλήματα κατά του γενικού πληθυσμού (π.χ. εμπρησμούς)

Εγκλήματα ηθικού περιεχομένου (π.χ. βιασμούς)

Επαναστατικό χαρακτήρα ενάντια στην εξουσία (π.χ. φυγή από την οικογενειακή εστία, άρνηση για το σχολείο)

Εγκλήματα ενάντια στον ίδιο του τον εαυτό (π.χ. αυτοκτονία, εξάρτηση από ουσίες) (Σταθόπουλος, 2005).

Η παραβατική συμπεριφορά, σηματοδοτεί την αποτυχία μιας υγιούς διαδικασίας κοινωνικοποίησης των εφήβων και κατ' επέκταση μια προβληματική ψυχική πορεία, η οποία δεν του εξασφαλίζει την δυνατότητα να λειτουργεί παραγωγικά και δημιουργικά σε κοινωνικό επίπεδο (Κουρκούτας, 2001). Ο S. Freud, υποστήριξε ότι: «η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ως η αποτυχία της φυσιολογικής – ψυχολογικής διαδικασίας της κοινωνικοποίησης του ατόμου και υποδηλώνει την αλλαγή από την επιθυμία/ νόμο του βρέφους έως την αναγνώριση οικογενειακών και κοινωνικών αξιών, απαιτήσεων, κανόνων» (Παπαιωάννου, 2000).

Πολλοί έφηβοι και ιδιαίτερα τα αγόρια, εμφανίζουν παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και δεν διστάζουν να λάβουν μέρος, σε διάφορες παραβατικές δραστηριότητες. Η εμπλοκή τους, στις λεγόμενες «συμμορίες», έχουν ως αποτέλεσμα, συχνά να διαπράττουν εγκλήματα, κυρίως κατά της ξένης ιδιοκτησίας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., για την Στατιστική της Δικαιοσύνης, αποδείχθηκε ότι από τους 6.395 έφηβους, οι οποίοι εντάχθηκαν σε αναμορφωτικά, σωφρονιστικά ή και σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα, μόνο τα 141 ήταν κορίτσια. Φαίνεται, επίσης, πως η εγκληματική συμπεριφορά των ανηλίκων, έχει πάρει μεγαλύτερη διάσταση τα τελευταία χρόνια, καθώς στην περίοδο του 1990 - 1994, οι έφηβοι, που έλαβαν μέρος στο Δικαστήριο Ανηλίκων, της Αθήνας, ήταν 11.197 αγόρια και τα κορίτσια έφτασαν το ποσοστό των 236 εγκληματικών πράξεων (Σταθόπουλος, 2005).

Τα άτομα στην εφηβεία, φαίνεται να είναι πιο πιθανό να διαπράξουν μικρο-παραβάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η κατανάλωση αλκοόλ, η οποία για τους ενήλικες είναι νόμιμη, ενώ για τα νεαρά άτομα αποτελεί παράβαση του νόμου. Οι έφηβοι είναι μια ηλικιακή ομάδα, αρκετά επιρρεπής στην πίεση των συνομηλίκων και στην επιδοκιμασία των άλλων. Προσπαθώντας, λοιπόν να γίνουν αρεστοί στους άλλους, αλλά και να ανακαλύψουν την ατομική τους ταυτότητα, συχνά εμπλέκονται σε βίαιες καταστάσεις, όπου πολλές φορές, μπορεί να κριθούν εγκληματικές, όπως βιασμούς, βιαιοπραγίες, ακόμη και ανθρωποκτονίες. Ενώ, κλοπές, ληστείες και εμπρησμοί μπορεί να κάνουν αισθητή την παρουσία τους. Το 2011, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το ποσοστό των εφήβων που έχει διαπράξει κάποια εγκληματική πράξη σημειώνει μικρή ύφεση (40%), και αυτό ίσως γιατί η οικονομία της χώρας βρίσκεται σε καλύτερα επίπεδα σε σύγκριση με παλιά. Βέβαια, η παραβατικότητα των νέων φαίνεται να αγγίζει το 16%, ποσοστό που μαστίζει την κοινωνία (Feldman, 2011).

Ο Wilson, το 1999, διέκρινε του τρεις τύπους εφήβων παραβατών. Αρχικά, οι παρορμητικοί παραβάτες. Σε αυτή την κατηγορία, συμπεριλαμβάνονται τα άτομα, τα οποία έχουν την έντονη ανάγκη να πραγματοποιήσουν τις επιθυμίες τους, αγνοώντας τις συνέπειες που ενδέχεται να υποστούν. Στην δεύτερη κατηγορία είναι οι λεγόμενοι εκρηκτικοί παραβάτες, όπου διαθέτουν υψηλότερη ψυχική οργάνωση και είναι λιγότερο επιρρεπής σε παρορμητικές τάσεις. Ωστόσο, παρουσιάζουν ευαλωτότητα, απέναντι στις αρνητικές συμπεριφορές των άλλων, που νιώθουν ότι τους μειώνουν και τους απορρίπτουν. Στην τελευταία κατηγορία εμπλέκονται οι έφηβοι, που παρουσιάζουν ναρκισσιστική και νευρωτική παθολογία. Πρόκειται, ουσιαστικά για την λιγότερο θεραπευτικά αντιμετωπίσιμη. Τα άτομα εδώ, εμφανίζουν για χρόνια ένα καταστροφικό χαρακτήρα, απέναντι στο ίδιο τους τον εαυτό, αλλά και προς τους άλλους. Οι νέοι αυτής της κατηγορίας ονομάζονται καταναγκαστικοί παραβάτες (Κουρκούτας, 2001).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που οφείλονται για την εμφάνιση της νεανικής παραβατικότητας, πέρα από την επιρροή των συνομηλίκων, είναι το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, οι κοινωνικοί παράγοντες, καθώς και οι κληρονομικοί/σωματικοί παράγοντες (Παπαϊωάννου, 2000).

Σύμφωνα με τον Wilson (1999), τα ενδογενή χαρακτηριστικά του ατόμου, σε συνδυασμό με άλλες δεξιότητες που αναπτύσσει κατά την εξέλιξή του, επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου. Ενώ, οι οικογενειακοί και οι κοινωνικοί παράγοντες, συμβάλουν, επίσης, στα στοιχεία της συμπεριφοράς του εφήβου. Αντίθετα, ο Winnicott (1962), θεώρησε ότι ο οικογενειακός πυρήνας, σηματοδοτεί την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Όταν ένας έφηβος, μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον που του ικανοποιεί τις συναισθηματικές του ανάγκες (π.χ. εμπιστοσύνη, ασφάλεια) είναι πιο πιθανό να ενσωματωθεί με μεγαλύτερη ευκολία σε κάποια ομάδα (Κουρκούτας, 2001). Οι γονείς που δεν έχουν θεσπίσει κανόνες «καλής» συμπεριφοράς στα παιδιά τους, δεν διαθέτουν πειθαρχία και υπάρχει σκληρή γονεϊκή επίβλεψη, τότε δεν έχουν συμβάλει στην κοινωνικοποίηση των παιδιών τους (Feldman, 2011). Ειδικότερα, η ύπαρξη ενός αδιάφορου ή υπερπροστατευτικού οικογενειακού κλίματος, μπορεί να ενθαρρύνει τον νέο να υιοθετήσει μια αντικοινωνική συμπεριφορά. Η αστικοποίηση, η αποξένωση, η μετανάστευση, οι βιαιοπραγίες στην οικογένεια, αλλά και την κοινότητα, αποτελούν μερικά παραδείγματα των κοινωνικών παραγόντων, που συμβάλουν στην νεανική παραπτωματική συμπεριφορά. Τέλος, έχουν αποδειχθεί ότι κάποιες χρωμοσωμικές βλάβες, δυσκολεύουν την νευροψυχική ανάπτυξη των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με διαταραχές συμπεριφοράς (Παπαϊωάννου, 2000).

Όπως αναφέρεται και παραπάνω, οι γονείς που έχουν αρνητική επιρροή πάνω στα παιδιά τους είναι πολύ πιθανό να μεγαλώνουν τους γνωστούς «υπό-κοινωνικοποιημένους παραβάτες». Οι νέοι που συμπεριλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία, διακρίνονται από μια αρκετά βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, ενώ, συνήθως, απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους και έχουν χαμηλή σχολική επίδοση. Επίσης, μπορεί να έχουν διαγνωστεί με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας, καθώς και το νοητικό τους επίπεδο είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο. Οι λεγόμενοι υπό-κοινωνικοποιημένοι παραβάτες, είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν πολλά ψυχολογικά προβλήματα και κυρίως διαταραχές που αφορούν την προσωπικότητα του ατόμου (π.χ. διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας). Έτσι, καταλήγουν περιθωριοποιημένοι, καθώς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην κοινωνία που βιώνουν. Σε αντίθετη κατηγορία βρίσκονται οι έφηβοι, οι οποίοι συμβαδίζουν με τους όρους που θέτει η κοινωνία και η ψυχολογία τους βρίσκεται σε «φυσιολογικά» πλαίσια. Στην κατηγορία αυτή, εντάσσονται οι λεγόμενοι «κοινωνικοποιημένοι παραβάτες» και αναφέρεται σε νέους, οι οποίοι συμμετέχουν σε μικρο- παραβάσεις, όπως κλοπές καταστημάτων, ωστόσο η συμπεριφορά αυτή παύει να υφίσταται όταν το άτομο ενηλικιώνεται (Feldman, 2011).

Η κοινωνική τάξη, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, στον τρόπο αντιμετώπισης των νέων με παραβατική συμπεριφορά. Έχει διαπιστωθεί, πως οι έφηβοι, που προέρχονται από τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, έχουν διαφορετική αντιμετώπιση, από τις δικτικές αρχές, σε σύγκριση με τα άτομα, όπου προέρχονται από τα μεσαία ή και ανώτερα εισοδηματικά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, συχνά, κρατούνται σε σωφρονιστικά ιδρύματα, ενώ, οι νέοι που συμπεριλαμβάνονται στην δεύτερη κατηγορία, αποφεύγουν την ποινή φυλάκισης. Παρ' όλα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι η κράτηση σε σωφρονιστικά καταστήματα, αντί να μειώνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση του προβλήματος,

φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες για επιστροφή των παραβατών στο ίδρυμα (Σταθόπουλος, 2005).

Η συχνότητα του προβλήματος της επιθετικότητας σε εφήβους παίρνει μεγάλη έκταση. Έχουν υπάρξει κατά καιρούς πολλοί ορισμοί σχετικά με την επιθετική συμπεριφορά, προσπαθώντας να ερμηνεύσουν το συγκεκριμένο φαινόμενο. Άλλοι ισχυρίζονται ότι μία επιθετική πράξη, ταυτίζεται με την ανάγκη του ατόμου να βλάψει, κυρίως σωματικά κάποιον άλλον. Ενώ, άλλοι υποστηρίζουν ότι τα συναισθήματα οργής και θυμού, που συναντάμε σε μία επιθετική συμπεριφορά, συνδέονται με διάφορες ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις (όπως ταχυκαρδία, αλλαγή χρώματος προσώπου και άλλα). Η επιθετικότητα, συνήθως φέρει δραματικές αλλαγές και διάφορες αρνητικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη ζωή, την ψυχοπαθολογία και την ιστορία. (Feldman, 2011). Φυσικά, οι σωματικές επιβαρύνσεις που επέρχονται ύστερα από ένα επεισόδιο επιθετικότητας είναι αναμενόμενες. Ειδικότερα, το άτομο, κατά την διάρκεια, αλλά και ύστερα από την εμπλοκή του σε μία στρεσογόνα κατάσταση, βρίσκεται σε κίνδυνο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και για εγκεφαλικό επεισόδιο (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς αποτελούν συχνό φαινόμενο, κυρίως για τα έφηβα αγόρια. Ως επί των πλείστον, η επιθετικότητα κατά την εφηβική περίοδο, εκφράζεται μέσω της αδιαφορίας, της απεισκευσίας, της ψυχικής σκληρότητας, αλλά και τις εκρήξεις δυσκοινωνικής συμπεριφοράς. Η επιθετική συμπεριφορά, φαίνεται να διαμορφώνεται ήδη από την παιδική ηλικία, μέσω του αναπτυξιακού σταδίου, της εξέλιξης και της τελικής διαμόρφωσης του χαρακτήρα του ατόμου. Έρευνα των Kagan και Moss (1962), διαπίστωσαν ότι τα παιδιά, ηλικίας 5-6 ετών, που διέθεταν μια ισχυρή προσωπικότητα, είχαν μεγάλες πιθανότητες να εμπλακούν σε καυγάδες στην ηλικία των 14 ετών, αλλά και κατά την ενηλικίωσή τους (Αγγελόπουλος, 2009).

Το σωματικό, το ψυχολογικό, το κοινωνικό και το επίπεδο των σχέσεων των εφήβων, όπως έχουμε διαπιστώσει, έρχεται σε ρήξη με αυτό που βιώνει κατά την εφηβεία. Είναι αναμενόμενο, δηλαδή, η εφηβεία να χαρακτηριστεί ως ένα είδος βίας, αφού το νεαρό άτομο αποδιοργανώνεται και κατακλύζεται από έντονα και βίαια αισθήματα και παρορμητικές τάσεις. Αυτό, οδηγεί τον έφηβο να ενστερνιστεί μια επιθετική και βίαιη συμπεριφορά (Κουρκούτας, 2001).

Σωματικά προβλήματα

Τα βουλιμικά ή τα ανορεκτικά συμπτώματα, προκύπτουν, λόγω ψυχογενών παραγόντων. Επίσης, η δύσπνοια, η ταχυκαρδία, η αϋπνία, η συχνουρία, αποτελούν σωματική εκδήλωση λανθάνουσας συμπεριφοράς της ψυχικής υγείας, που αφορούν το 1-2% του εφηβικού πληθυσμού.

Στην προκειμένη περίπτωση, ωστόσο, θα αναλύσουμε περισσότερο την ψυχογενή ανορεξία, η οποία θεωρείται ως μία από τις πιο σοβαρές διαταραχές πρόσληψης τροφής και αυτό γιατί τα αίτια της βασίζονται, κυρίως, σε ψυχικούς παράγοντες. Μάλιστα, έχουν καταγραφεί πολλά περιστατικά, όπου οι έφηβοι και ιδιαίτερα τα κορίτσια υποφέρουν από την μάστιγα των διατροφικών ή σωματόμορφων διαταραχών. Η νευρωσική ανορεξία, η ψυχογενής ανορεξία ή η βουλιμία ή η ψυχογενής βουλιμία, κάνουν την εμφάνισή τους κατά την εφηβική περίοδο. Η ταχύτερη ανάπτυξη του σώματος, συμβάλει στην κατανάλωση υπερβολικής

ποσότητας τροφής ή και στο αντίθετο, δηλαδή την μειωμένη κατανάλωση τροφής από αυτό που θεωρείται ως «φυσιολογικό» (Feldman, 2011).

Ουσιαστικά, τα νεαρά άτομα δεν επιθυμούν, απλά να χάσουν βάρος για να βελτιώσουν την εξωτερική τους εικόνα, αλλά η έλλειψη τροφής, συνήθως, οφείλεται στο γεγονός πως οι έφηβοι και κυρίως τα κορίτσια, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις σωματικές αλλαγές, που συναντώνται στην εφηβεία. Το εφηβικό σώμα, μετατρέπεται σταδιακά σε γυναικείο και ανδρικό αντίστοιχα και τα σεξουαλικά χαρακτηριστικά πλέον είναι πιο εμφανής. Συχνά, τα άτομα αυτά, τείνουν να έχουν μια διαστρεβλωμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματός τους και νιώθουν μεγάλη ανασφάλεια (Κουρκούτας, 2001).

Επιπλέον, οι παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη μιας ανορεκτικής συμπεριφοράς είναι οι γενετικοί – κληρονομικοί, όταν υπάρχει προδιάθεση και ευαισθησία στην προσωπικότητα. Κοινωνικοί – πολιτισμικοί παράγοντες, συχνά τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, προβάλλουν «λανθασμένα» και «μη φυσιολογικά» πρότυπα ομορφιάς. Επίσης, οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, στην δυσκολία πρόσληψης τροφής, καθώς τα άτομα αυτά παρουσιάζουν ευαισθησία προσωπικότητας στις αλλαγές της εφηβείας. Τέλος, οικογένειες αρκετά υπερπροστατευτικές ή που έχουν έλλειψη ορίων, οικογένειες με συναισθηματική εξάρτηση ή ψυχρότητα, οικογένειες με έλλειψη επικοινωνίας και άλλα, μπορεί να επηρεάσουν στην εμφάνιση του φαινομένου των διαταραχών πρόσληψης τροφής (Κουρκούτας, 2001).

Ψυχωσικές διαταραχές

Εμφανίζεται κυρίως στους εφήβους σε ποσοστό 1%. Σε αυτή τη διαταραχή ανήκουν η μανιοκατάθλιψη, διπολική συμπεριφορά και η σχιζοφρένεια. Ο έφηβος μπορεί να ακούει ανύπαρκτες φωνές, να πιστεύει ότι οι γύρω του θέλουν το κακό του (παραληρητικές ιδέες) ή βλέπει οράματα, πράγματα που δεν υπάρχουν, έχει ψευδαισθήσεις.

Ο γονέας ή ο εκπαιδευτικός, που θα εντοπίσει τέτοιου είδους συμπεριφορές οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια, θα πρέπει να μιλήσει με τον παιδίατρο και να τον ενημερώσει. Αυτός με τη σειρά του θα του συστήσει έναν παιδοψυχολόγο ή παιδοψυχίατρο, ο οποίος να έχει ειδικευθεί σε προβλήματα ψυχικής υγείας εφήβων. Ο ειδικός, λοιπόν, θα αξιολογήσει την υπάρχουσα κατάσταση και θα διαγνώσει τα τυχόν προβλήματα. Επιπροσθέτως, θα αναζητήσει τις αιτίες της εκάστοτε συμπεριφοράς, την ύπαρξη οικογενειακών ψυχικών ανωμαλιών, τραύματος και το ιατρικό ιστορικό του εφήβου και της οικογένειάς του. Σε αυτή του την έρευνα θα συνομιλήσει με το σχολικό περιβάλλον, με οικεία πρόσωπα και φίλους. Ένας δρόμος δύσκολος, αφού οι έφηβοι δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, τα οποία ακόμα κι αν βρίσκονται εντός των φυσιολογικών πλαισίων ποικίλουν από άτομο σε άτομο. Η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως βασίζεται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο, ο οποίος περιλαμβάνει διαγνωστικά κριτήρια και έχει δοθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία.

Στη συνέχεια, ο εξειδικευμένος επιστήμονας θα συστήσει την κατάλληλη θεραπεία αφού πρώτα συμβουλευτεί τους ενδιαφερόμενους για τα οφέλη και τους κινδύνους κάθε θεραπευτικής επιλογής.

Διαταραχές Φάσματος Αυτισμού

Δημιουργεί διάφορα και ποικίλα προβλήματα στη συναναστροφή και στην επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους και μπορεί να διαπιστωθεί πιο σίγουρα από το τρίτο ηλικιακό έτος.

Φαρμακευτική αγωγή

Δεν αποτελεί συχνή θεραπευτική μέθοδο και χρησιμοποιείται μόνο όταν κριθεί απολύτως απαραίτητη για ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα που μπορούν να βλάψουν την ανάπτυξη και τον ίδιο το νέο.

Ψυχοθεραπεία

Οι επαγγελματίες της υγείας, χρησιμοποιώντας ως μέθοδο το παιχνίδι, τη ζωγραφική, το κουκλοθέατρο, τα παραμύθια ανακαλύπτουν, όπως και ο ίδιος ο έφηβος κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας συναισθήματα και σκέψεις που ήταν δύσκολο με άλλο τρόπο να εξωτερικευτούν. Βέβαια, πολλοί ειδικοί χρησιμοποιούν συνδυασμό των προαναφερθέντων θεραπευτικών μεθόδων, αν το κρίνουν πιο αποτελεσματικό.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Συμπερασματικά, καταλήγουμε στο ότι η υγεία της ψυχής είναι ιδιαίτερος σημαντική γι' αυτό και πολλές ειδικότητες και γενικότερα πολλοί άνθρωποι από πολύ παλιά προσπάθησαν να προσεγγίσουν το πρόβλημα και να το ερμηνεύσουν ποικιλοτρόπως. Όντας ένα πρόβλημα διαχρονικό έχει διευρυνθεί και έχει βαθύνει επιφορτιζόμενο τα σύγχρονα προβλήματα των μεγάλων αστικών κέντρων. Ιδιαίτερος η οικονομική κρίση που έχει πλήξει πολλές χώρες, ανάμεσά τους και την Ελλάδα, έχει αναδείξει το πρόβλημα και το έχει καταστήσει κρίσιμο. Οι έφηβοι ήδη επιφορτιζόμενοι με τα δικά τους εφηβικής φύσεως και ψυχοσύνθεσης προβλήματα, πλήττονται περισσότερο. Κατανοώντας πλήρως τις αιτίες εμφάνισης των ψυχικών προβλημάτων τους, η λύση θα είναι πιο πρόσφορη. Καταλήγοντας, κατανοούμε ότι οι έφηβοι και κυρίως τα νεαρά μέλη των οικογενειών που ήδη πάσχουν από επιπρόσθετα καθημερινά προβλήματα, νοσούν ψυχικά. Τα πρώιμα σημάδια, οφείλουν να κινητοποιήσουν γονείς και περίγυρο. Αν δε οδηγήσουν την οικογένεια σε έγκαιρη παρέμβαση τότε θα είναι μη ελέγξιμα. Επίσης, τα προβλήματα της ψυχικής υγείας των εφήβων είναι ορατά τόσο στο σχολικό ή μαθησιακό περιβάλλον όσο και στην καθημερινότητά τους. Η διάθεσή τους, το σώμα τους, η αποδοτικότητα στη μάθηση είναι εμφανείς μορφές ψυχικών διαταραχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική περίοδος, με τα ασταθή χρονολογικά όρια, απασχολούσε από πάντα πολλούς ερευνητές και επιστήμονες διαφορετικών τομέων. Οι ειδήμονες προσπάθησαν να τη μελετήσουν, διατυπώνοντας πολλές και διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Έτσι, ασχολήθηκαν με τα γενεσιουργά αίτια των εσωτερικών και εξωτερικών αλλαγών που συντελούνται στην εφηβεία, με τις γονεϊκές, τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις των εφήβων. Καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία διαμόρφωσης μιας ξεχωριστής προσωπικότητας διαδραματίζει η αυτοσυνείδηση και η αυτοεκτίμηση. Αυτή η λεγόμενη αντίληψη του Εγώ, έχει οδηγήσει τους ειδικούς στη παράθεση διαφόρων θεωρητικών μοντέλων.

4.1. Μελέτη αναπτυξιακής περιόδου κατά την εφηβεία

Η αναπτυξιακή εφηβική περίοδος, αυτό το ενδιάμεσο μεταβατικό στάδιο μεταξύ παιδικής ζωής και ενήλικης διαρκεί γύρω στα επτά με οκτώ χρόνια. Η τελευταία, δηλαδή, περίοδος ανάπτυξης του νεαρού ατόμου έχει διάρκεια και μάλιστα όχι σύντομη. Συνήθως αρχίζει από την ηλικία των 11 ετών και ολοκληρώνεται στην ηλικία των 18 ετών. Οι θεωρητικοί μελετητές και επιστήμονες δεν συμφωνούν ως προς τα χρονολογικά όρια, ενώ ταυτόχρονα τη χαρακτηρίζουν με διαφορετικό τρόπο, όπως «ενδιάμεσο στάδιο» (Herbert, 1999).

Επιπλέον, ορισμένοι ιστορικοί ασχολήθηκαν με τη μελέτη της εφηβικής περιόδου διαχρονικά. Ο Aries Philippe, χαρακτήρισε την εφηβεία σύγχρονη ανακάλυψη, καθώς ο ιδιαίτερος τρόπος μεταχείρισης και αντιμετώπισης των νεαρών ατόμων και η κατανόηση των προβλημάτων τους είναι χαρακτηριστικό της σύγχρονης κοινωνίας. Η θέση του αυτή, που επικρίθηκε η απλή και αναληθείς, στηρίχθηκε στη μελέτη της χρονικής περιόδου του Μεσαίωνα, όπου όταν οι έφηβοι ένιωθαν ότι μπορούσαν να καλύψουν μόνοι τους τις ανάγκες, χωρίς την αρωγή της παραμάνας και των γονιών τους, εισήχθησαν στην ενήλικη ζωή (Aries, 1999).

Άλλοι επιστήμονες μελετώντας τους αιτιολογικούς παράγοντες των σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που συντελούνται κατά την εφηβική περίοδο κατέληξαν, ότι οι ορμόνες διαδραματίζουν ουσιώδη ρόλο. Ο Buchanan, συνεργαζόμενος και με άλλους ερευνητές, μελετώντας για 20 περίπου χρόνια την εφηβική περίοδο κατέληξε στη διαπίστωση ότι τα ορμονικά επίπεδα, οι διακυμάνσεις και οι δείκτες των ορμονών έχουν αντίκτυπο στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά. Σε συνδυασμό με τις σωματικές και γνωστικές αλλαγές, καθώς και με τον αυτοπροσδιορισμό και την αυτοαξιολόγηση, μπορούν να οδηγήσουν σε ακραίες συμπεριφορικές διακυμάνσεις (Buchanan and al., 1999).

Από την άλλη, ο Steinberg (1999), θεώρησε ότι το εφηβικό στάδιο σχετίζεται άμεσα με τις γονεϊκές σχέσεις. Ο έφηβος ωριμάζει, όταν, η απόσταση και η σύγκρουση του με τους γονείς διογκώνεται. Αυτό τον οδηγεί στην ανεξαρτησία.

Καθώς οι νέοι οδεύουν προς την ενηλικίωση, περνούν μέσα από σωματικές και γνωστικές αλλαγές. Σύμφωνα με τον Elkind η αυτοσυνείδηση δημιουργείται όταν ο

έφηβος προσπαθεί, έχοντας απέναντί του ένα υποθετικό τρίτο άτομο, να δει πως φαντάζει σε αυτόν. Τι αντίκτυπο έχει στον τρίτο η συμπεριφορά και η εξωτερική του εμφάνιση. Επιπρόσθετα, τόνισε ότι οι νέοι θέλοντας να νιώσουν παντοδύναμοι, ανίκητοι και αποδεκτοί από τους συνομήλικους τους, δημιουργούν μια πλαστή ιστορία για τη ζωή τους (Παρασκευόπουλος, 1985).

Το νεαρό άτομο, σε αυτό το ιδιάζον και ξεχωριστό αναπτυξιακό στάδιο επιθυμεί να ωριμάσει και να ξεχωρίσει από τον περίγυρό του. Να αναπτύξει τη δική του προσωπικότητα και ταυτότητα. Μέσα από τις αλλαγές κινείται προς την αυτεπίγνωση. Τα προβλήματα αρχίζουν να εμφανίζονται όταν η ιδέα που έχει ο νέος για τον εαυτό του δε συνάδει με την ιδέα που έχουν οι άλλοι γι' αυτόν ή όταν έχει δημιουργήσει μια ιδανική εικόνα για τον εαυτό του και δεν μπορεί να την φτάσει (Herbert, 1999).

4.2. Θεωρητικά μοντέλα που συμβάλουν στην διεργασία της αυτοεκτίμησης του εφήβου

Η διαμόρφωση μιας ξεχωριστής προσωπικότητας επηρεάζεται από τους άλλους. Η επιθυμία τους να τους αποδεχτούν τα άτομα που θεωρούν αξιόλογα, διαμορφώνει την ταυτότητά τους. Η αυτοεκτίμηση κινείται θετικά, ενώ αντίθετα οι «κίνδυνοι» έρχονται από τους μεγαλύτερους, με τους όποιους καθημερινά συναναστρέφονται, τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς. Η απειλή της αυτοεκτίμησης, τους οδηγεί υποσυνείδητα σε κάποιους αμυντικούς μηχανισμούς. Δε συνειδητοποιούν την πραγματικότητα, δεν επιθυμούν τα αρνητικά συναισθήματα, απόρροια των απειλών είναι η δημιουργία σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας. Κάποιοι από τους αμυντικούς μηχανισμούς είναι:

η μετατόπιση των συναισθημάτων και των πράξεων σε ένα τρίτο άτομο ή σε ένα αντικείμενο

η αποφυγή της θέασης της πραγματικότητας

για την αποφυγή εσωτερικών αρνητικών και δυσάρεστων συναισθημάτων, τα προβάλλουν σε άλλα πρόσωπα

η συναισθηματική περιχαράκωση του Εγώ

Η παρουσίαση μιας ιδεατής πραγματικότητας, αν είναι δυσάρεστη, για την αποφυγή των δυσάρεστων συναισθημάτων

Η έλλογη δικαιολόγηση των πράξεων και των συναισθημάτων (Herbert, 1999).

Η αυτοεκτίμηση αποτελεί ένα εκ των βασικών και θεμελιωδών κινήτρων των εφήβων. Με τον όρο αυτό εννοούμε την αρνητική ή τη θετική αυτοαξιολόγηση της αυτοαντίληψής τους. Οι βασικές θεωρίες για την αυτοαντίληψη κατά την εφηβική περίοδο είναι δύο. Ο William James την όρισε ως μια ανάλογη σχέση ανάμεσα στην αξία που έχει ένας τομέας για τον έφηβο και σε αυτό που τελικά επιτυγχάνει. Ο Charles Cooley (1902) διατύπωσε πως πηγάζει από την εικόνα που έχουν οι τρίτοι, οι σημαντικοί γι' αυτόν άνθρωποι (Chubb, Ross & Fertman, 1997).

Γενικά, οι βασικές παράμετροι της έννοιας του εαυτού, του τρόπου, δηλαδή, που το άτομο αντιλαμβάνεται το Εγώ του, είναι η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη. Ωστόσο, διαφοροποιούνται σημαντικά, καθώς η αυτοαντίληψη έχει σχέση με τη γνωστική πλευρά του εαυτού, ενώ η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με το συναισθηματικό τομέα (Shaffer, 2004).

Υπάρχουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα αυτοεκτίμησης, που προτάθηκαν από τους ερευνητές:

A. Θεωρητικό μοντέλο αυτοεκτίμησης κατά τον William James

Όπως προαναφέρθηκε για τον James η αυτοεκτίμηση πηγάζει από την αναλογία επιτυχιών και επιδιώξεων. Αν οι επιδιώξεις του εφήβου συνοδεύονται και από επιτυχίες στους συγκεκριμένους τομείς οδηγείται σε υψηλή αυτοεκτίμηση.

B. Θεωρητικό μοντέλο αυτοεκτίμησης κατά τον Charles Cooley

Το μοντέλο της αυτοεκτίμησης του Cooley στηρίχθηκε θεωρητικά και από τον θεωρητικό ιστορικό ερευνητή Herbert Mead. Υποστήριζαν ότι η απαρχή της αυτοεκτίμησης βρίσκεται στην πρωταρχική επαφή του εφήβου με τις κοινωνικές απόψεις γι' αυτόν. Όλοι δημιουργούμε μια προσωπική εικόνα που αναδύεται από τη θέαση που έχουν οι τρίτοι για εμάς. Ο όρος που χρησιμοποίησε ο Cooley ήταν ο «καθρεπτιζόμενος εαυτός». Οι τρίτοι λειτουργούν ως καθρέπτης που αντανακλούν απόψεις και πληροφορίες για τον εαυτό μας. Εν συνεχεία, οι απόψεις αυτές γίνονται κτήμα μας και δημιουργείται η αυτοεκτίμηση. Ο Mead προσθέτει, ότι οι κρίσεις των σημαντικών άλλων λειτουργούν ως ένας κώδικας επικοινωνίας και κοινωνικής ανταλλαγής αντιλήψεων και αλληλεπίδρασης.

Γ. Θεωρητικό μοντέλο αυτοεκτίμησης κατά την Susan Harter

Το προσθετικό μοντέλο αυτοεκτίμησης, που προτάθηκε από την Harter, καθορίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση είναι ανάλογη με την αυτοαντίληψη και την κοινωνική στήριξη (Chubb, Ross & Fertman, 1997).

4.3. Διαμορφώνοντας την ταυτότητα – Θεωρητικές προσεγγίσεις

Ας μη λησμονούμε πως στην εφηβεία κάνουν την εμφάνισή τους ερωτήματα που τίθενται από τον ίδιο τον έφηβο, σχετικά με την ταυτότητά του: «Ποιος είμαι;», «Ποια είναι η θέση μου;». Συνεπώς, αποκτά την δυνατότητα να ξεχωρίζει τον εαυτό του σαν μια διαφορετική οντότητα και να διαχωρίζει την θέση του μέσα στον κόσμο. Επίσης, επιδιώκει να αντιληφθεί τις αλλαγές που συμβαίνουν γύρω του και με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα, που έχει για το άτομό του. Ειδικότερα, αναγνωρίζει τις αντιλήψεις του σχετικά με την ταυτότητά του και προβληματίζεται αρκετά με την πολύπλευρη προσωπικότητα που μπορεί να έχει. Η αναζήτηση της προσωπικής ταυτότητας είναι μια χρονοβόρα διαδικασία, που απαιτεί μεγάλη υπομονή, καθώς ενδέχεται να οδηγήσει ορισμένους εφήβους σε κρίσιμη

ψυχολογική αναστάτωση. Ο Erikson υποστήριξε το στάδιο ταυτότητας ή σύγχυσης ταυτότητας. Πίστευε ότι, τα παιδιά που βρίσκονται στην εφηβεία, λόγω της γνωστικής προόδου που διαθέτουν είναι σε θέση να διαχωρίσουν τα μοναδικά χαρακτηριστικά του εαυτού τους. Επίσης, θεώρησε ότι οι έφηβοι μπορούν να ανακαλύψουν τα προτερήματα, αλλά και τα μειονεκτήματα που διαθέτουν στην προσωπικότητά τους (Feldman, 2011).

Οι νέοι συχνά πέφτουν σε λανθασμένες εντυπώσεις σχετικά με την ταυτότητά τους. Όπως είχε ισχυριστεί και ο Erikson, οι έφηβοι μπορούν να ενστερνιστούν κοινωνικά μη αποδεκτούς ρόλους, ώστε να εξωτερικεύσουν αυτό που δεν επιθυμούν να είναι (Feldman, 2011). Δεν είναι λίγες οι φορές, που οι έφηβοι, στην προσπάθειά τους να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους, παρουσιάζουν ιδιορρυθμία στην ενδυμασία, στην ομιλία, αλλά και στην γενικότερη εξωτερική τους εμφάνιση (Παπαϊωάννου, 2000). Επίσης, μπορούν να δυσκολεύονται να διατηρήσουν μια μακροχρόνια σχέση. Επομένως, η αυτεπίγνωση γίνεται με μεγάλη δυσκολία από την πλευρά του εφήβου, ο οποίος δεν μπορεί να σχηματίσει έναν κεντρικό, ενιαίο πυρήνα ταυτότητας. Αντίθετα, ο έφηβος που μπορεί να αναγνωρίσει τις ξεχωριστές του ικανότητες και οργανώνει μια ακριβή αίσθηση του εγώ του, εξασφαλίζει μια γερή βάση για την ψυχοκοινωνική του πορεία. Σταδιακά, λοιπόν περνά στο επόμενο στάδιο που ονομάζεται στάδιο οικειότητας ή απομόνωσης, σύμφωνα με το οποίο, το άτομο διαμορφώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, καθώς συγκρίνει τον εαυτό του με τους άλλους και κυρίως τους συνομηλίκους του, προκειμένου να διακρίνει την ατομική του ταυτότητα (Feldman, 2011).

Βέβαια, οι νέοι έχουν την ανάγκη να νιώθουν πως ανήκουν σε μια ομάδα. Με την συμμετοχή τους σε μία ομάδα, οι έφηβοι αισθάνονται πως τους παρέχεται η δυνατότητα για την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Συχνά, διάφορες ηγετικές φυσιογνωμίες της πολιτικής, της τέχνης, του αθλητισμού και άλλες, χρησιμοποιούνται ως πρότυπα, που τα άτομα εφηβικής ηλικίας, επιθυμούν να ταυτιστούν (Αγγελόπουλος, 2009).

Δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι νέοι επιδιώκουν να ξεφύγουν από το στάδιο ταυτότητας ή σύγχυσης ταυτότητας, ώστε να ηρεμήσουν ψυχολογικά. Ο Erikson αυτή την αναστολή την χαρακτηρίζει ως: «ψυχολογικό μορατόριουμ». Στην φάση αυτή, ο έφηβος επιδιώκει να διακόψει για ένα μικρό χρονικό διάστημα τις ευθύνες που μπορεί να έχει, όπως είναι το διάβασμα. Έτσι, προσπαθεί να διερευνήσει άλλους ρόλους και δυνατότητες (Feldman, 2011).

Από όλα τα θεωρητικά μοντέλα για την αυτοεκτίμηση φαίνεται ο καίριος ρόλος των τρίτων προσώπων, των σημαντικών άλλων. Οι σημαντικοί άλλοι, δεν είναι αυτοί που έχουν κάποια σημαντική θέση και εξουσία. Είναι αυτοί που πραγματικά επιδρούν σε κάποιον. Η επίδραση, βέβαια, αυτή εξαρτάται από:

την ειλικρίνειά τους

των αριθμό τους

την συνέπεια της αξιολόγησής τους

την ανατροφοδότηση της αξιολόγησής τους

την ευνοϊκή αξιολόγηση

τα κίνητρά τους (Rice, 1990).

Τελικά, τον τελευταίο λόγο τον έχει ο έφηβος. Οι σημαντικοί άλλοι συνήθως είναι οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι φίλοι και οι συνομήλικοι του.

Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί τον αρχικό χώρο διαμόρφωσης της αυτοεκτίμησης. Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις διαμορφώνουν την εικόνα του εαυτού μας. Αυτή καθορίζεται από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων. Η υψηλή αυτοεκτίμηση πηγάζει από ένα ασφαλές δεσμό με την οικογένεια και τους γονείς. Αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση από έναν ανασφαλές οικογενειακό δεσμό (Cormick & Kennedy, 1994).

Επιπλέον, οι φίλοι, οι συνομήλικοι και οι συμμαθητές έχουν καίρια σημασία για κάθε έφηβο, καθώς του προσφέρουν ένα πρόσφορο έδαφος δημιουργίας της ταυτότητάς του. Η κοινωνική σχέση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τα άτομα αυτά, τον δέχονται χωρίς επικριτική διάθεση και τάση «υποταγής» λόγω εξουσιαστικής θέσης. Κι ο έφηβος σ' αυτούς κινείται και εκφράζεται ελεύθερα, είναι ο εαυτός του. Είναι γεγονός, ότι η κριτική ή έστω και θετική «επιδιόρθωση» είναι δυσνόητη από τους νέους, διαστρεβλώνουν τα κίνητρά της και αρχίζει ένας αμυντικός αγώνας, που πολλές φορές οδηγεί σε μια λανθασμένη, προερχόμενη από λανθασμένη αυτοεντύπωση, εικόνα του εαυτού τους (Bowlby, 1951).

Η ταυτότητα του εφήβου και η ορθή διαμόρφωσή της είναι πολύ σημαντική, καθώς τον οδηγεί να θέτει ορθούς και προσβάσιμους στόχους. Αρχικά, κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης της, ο έφηβος οφείλει να κατανοήσει ότι υπάρχει μια ενότητα, μια χρονική συνέχεια από την παιδική, την εφηβική και την προσδοκώμενη μελλοντική ζωή του. Αποτελεί, ένα ξεχωριστό άτομο, με τον δικό του αξιολογικό κώδικα. Για να επιτευχθεί αυτή η προσωπική ταυτότητα χρειάζεται χρόνος και πειραματισμοί σε διάφορους τρόπους ζωής κατά την διάρκεια των διαφορετικών κοινωνικών του συνδιαλλαγών. Για ορισμένους εφήβους είναι αρκετά εύκολο. Για αρκετούς, όμως, είτε είναι μια δύσκολη και επίπονη διαδικασία, είτε προσπαθούν να την περνούν ανώδυνα, χωρίς προβληματισμούς και συγκρούσεις, με αποτέλεσμα να μην αναδύεται η καλύτερη ταυτότητα του Εγώ (Μακρή – Μπότσαρη, 2001).

Οι χώροι που επιβάλλουν τη διαμόρφωση μιας ταυτότητας είναι ο διαπροσωπικός, που περιλαμβάνει τον ελεύθερο χρόνο, τις διαπροσωπικές, κοινωνικές σχέσεις, τις επαφές με το αντίθετο φύλο, την φιλία και το οικογενειακό περιβάλλον και ο ιδεολογικός, που αφορά τη στάση ζωής, το θρήσκευμα, την πολιτική φιλοσοφία και το επάγγελμα. Σε όλους αυτούς τους τομείς πρέπει να κινητοποιηθεί η ταυτότητά του, που θα ορίζει τη δράση, τους στόχους του και τις επιλογές του (Μακρή – Μπότσαρη, 2001).

Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις της ταυτότητας. Μερικές από αυτές αναφέρονται στην συνέχεια:

A. Ψυχοσεξουαλική θεωρία του Sigmund Freud (1856 – 1939)

Η αναπτυξιακή θεωρία του Freud βασίστηκε στην ωρίμανση του σεξουαλικού ενστίκτου. Καθότι πίστευε πως αυτή η ωρίμανση αποτελεί την βασική αρχή για την ανάπτυξη των σταδίων της προσωπικότητας. Η ψυχοσεξουαλική θεωρία, ορίζει τα τρία μέρη της προσωπικότητας – το Εκείνο, το Εγώ, το Υπερεγώ – τα οποία

συνδέονται σε μια σειρά ψυχοσεξουαλικών σταδίων. Παρακάτω ακολουθούν τα 5 στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης σύμφωνα με τον Freud:

Στοματικό. Από την γέννηση έως 1 έτος, κατά το οποίο η απόλαυση αντλείται από στοματικές δραστηριότητες όπως: ο θηλασμός, το μάσημα και το δάγκωμα.

Πρωκτικό. Από 1 έως 3 χρόνων, στο οποίο η εκούσια άφεση των βιολογικών αναγκών γίνονται με σκοπό την εκπλήρωση του σεξουαλικού ενστίκτου.

Φαλλικό. 3 έως 6 χρόνων, εδώ η απόλαυση αντλείται από την διερεύνηση των γεννητικών οργάνων.

Λανθάνουσα σεξουαλικότητα. Από 6 έως 11 χρόνων, σε αυτό το στάδιο έχουν σημασία τα τραύματα του προηγούμενου σταδίου καθώς προκαλούν την καταπίεση των συγκρούσεων.

Ετερόφυλη σεξουαλικότητα. Από 12 χρόνων και άνω, το τελευταίο στάδιο του Freud στο οποίο η ήβη πυροδοτεί την αφύπνιση των σεξουαλικών ορμών (Shaffer, 2004).

B. Θεωρία ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erik Erikson (1902 – 1994)

Ο Erikson περιέγραψε σε συνέχεια της θεωρίας του Freud, περιέγραψε 8 στάδια ανάπτυξης, στα οποία ο κοινωνικός περίγυρος είναι σημαντικός και τα οποία λειτουργούν ως μια πρόκληση για το άτομο. Κάθε ένα από τα στάδια, όταν λειτουργήσει θετικά, δημιουργεί συγκεκριμένη εικόνα για την ταυτότητα του Εγώ και τα άτομα που τον πλαισιώνουν. Μετά από κάποια χρόνια, που ολοκληρώνεται το ένα στάδιο ακολουθεί η μετάβαση στο επόμενο. Το εφηβικό στάδιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη δημιουργία μιας προσωπικότητας, για την υιοθέτηση αρχών και τη λήψη αποφάσεων, που χωρίς να αποξενώνουν το παιδικό στάδιο, οδηγούν στη ζωή του ενήλικα. Οι προαναφερθείσες διαφορετικές, διαπροσωπικές και ιδεολογικές, ταυτότητες, οφείλουν να συνάδουν κι όχι να έρχονται σε πλήρη αντίθεση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, όταν ο έφηβος αντιμετωπίσει θετικά την επιδιωκόμενη επίτευξη μοναδικότητας, την απόκτηση ταυτότητας και την αποδοχή των τρίτων. Μια δυσκολία και παροδική δυσπροσαρμοστικότητα είναι λογική (Μακρή – Μπότσαρη, 2000).

Τα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου κατά τον Erikson είναι:

Από την γέννηση έως τον πρώτο χρόνο, μαθαίνουν να εμπιστεύονται. Πρόκειται ουσιαστικά για την εδραίωση της εμπιστοσύνης. Είναι σημαντικό οι έφηβοι να αισθάνονται πως έχουν ανθρώπους δίπλα τους, οι οποίοι τους εμπνέουν εμπιστοσύνη και αξιοπιστία, ώστε να διαχειριστούν μαζί τα άγχη και τις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσουν.

Από 1 έως 2 χρόνων, κατά τον οποίο αρχίζουν να μαθαίνουν την αυτονομία. Πραγματοποιείται η εδραίωση της αυτονομίας, όπου στην προκειμένη φάση, το νεαρό άτομο, βρίσκεται σε θέση να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και ευθύνες, χωρίς να χρειάζεται την συμβολή τρίτων.

Από 3 έως 6 χρόνων, μαθαίνουν την πρωτοβουλία. Σε αυτή την φάση γίνεται η λήψη πρωτοβουλιών. Οι έφηβοι, ξεκινούν να τοποθετούν στόχους, γι' αυτό που επιθυμούν, χωρίς να συμβιβάζονται σε αυτό που οι ενήλικες έχουν θεσπίσει.

Από 6 έως 12 χρόνων, μαθαίνουν να αναπτύσσουν το αίσθημα της φιλοπονίας.

Από 12 έως 20 χρόνων, ανακαλύπτει την ταυτότητά του.

Από 20 έως 40 χρόνων, διαμορφώνουν ισχυρές σχέσεις με οικειότητα.

Από 40 έως 65 χρόνων, είναι παραγωγικοί ως προς τις εργασίες ή και τις ανάγκες της οικογένειας. Η εργατικότητα αυτή, εμφανίζεται κυρίως, προς το τέλος της εφηβικής περιόδου. Οι νέοι εδώ, θέτουν διάφορες δοκιμασίες από μόνοι τους και επέρχεται ουσιαστικά η ανεξαρτησία της ενήλικης ζωής, όπου συμπεριλαμβάνονται και οι υποχρεώσεις για την κατάκτηση των στόχων της εργασίας.

Γηρατειά, όπου εάν έχουν ολοκληρωθεί με επιτυχία τα προηγούμενα στάδια, το άτομο φτάνει στην ακεραιότητα του Εγώ του (Shaffer, 2004).

Οι βασικές αρχές αυτής της θεωρίας του Erik Erikson είναι:

το επιτυχές πέρασμα από τα προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, οδηγεί στην απόκτηση ταυτότητας

ακόμα κι όταν παγιωθεί η ταυτότητα, αλλαγές μπορεί να επέλθουν καθ' όλη τη διάρκεια του ηλικιακού φάσματος

η ενεργή δραστηριοποίηση του εφήβου, μέσα από την εναλλαγή ρόλων, χωρίς απαραίτητη υιοθέτηση στοιχείων οδηγεί στην επιτυχή διαμόρφωση ταυτότητας

τα ιδεολογικά και διαπροσωπικά είδη ταυτότητας είναι ρευστά και διαμορφώνει ή επαναπροσδιορίζονται σε όλη την ενήλικη ζωή

το κοινωνικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο (Μακρή – Μπότσαρη, 2000).

Γ. Γνωστική – εξελικτική θεωρία του Jean Piaget (1896 – 1980)

Ο Piaget επιχείρησε να διερευνήσει, μέσα από τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια, την εξέλιξη της σκέψης, αλλά και των στοιχείων που συμπεριλαμβάνονται σε αυτή, όπως την γλωσσική ικανότητα και τους συλλογισμούς, που γίνονται κατά τις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Επίσης, προσπάθησε να μελετήσει, πώς το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τον χώρο και τον χρόνο. Ερεύνησε, την ηθική ανάπτυξη του παιδιού, ενώ, έδωσε έμφαση στην νοητική και την γλωσσική ανάπτυξη, παρά στην συναισθηματική και στην κοινωνική εξέλιξη του ατόμου. Επιπλέον, διέκρινε ορισμένα στάδια της νοητικής προόδου και ισχυριζόταν πως σε κάθε φάση της νοητικής λειτουργίας, ο άνθρωπος σκέφτεται και αντιλαμβάνεται ότι συμβαίνει γύρω του με διαφορετικό τρόπο (Αγγελόπουλος, 2009).

Ειδικότερα, ο Piaget ξεκίνησε να μελετά την νοητική ανάπτυξη των παιδιών γύρω στο 1920. Υποστήριξε πως τα παιδιά καθώς ωριμάζουν, σχηματίζουν πιο σύνθετες «γνωστικές δομές» οι οποίες βοηθούν στην προσαρμογή των παιδιών στο περιβάλλον τους. Κατασκευάζουν δηλαδή, νέες «κατανοήσεις» που βασίζονται στις καθημερινές εμπειρίες που αποκτούν. Την θεωρία λοιπόν που προκύπτει από αυτή την ανάλυση, την ονόμασε «γνωστική – εξελικτική», ενώ το ενδιαφέρον του εστιάστηκε στην ανάπτυξη της γνώσης και τις ικανότητες λογικής σκέψης των

παιδιών. Εν συνεχεία, ακολουθούν τα 4 στάδια της γνωστικής ανάπτυξης κατά τον Piaget:

Αισθησιοκινητικό στάδιο, από την γέννηση έως 2 χρονών, στο οποίο τα βρέφη χρησιμοποιούν αισθησιακές και κινησιακές ικανότητες ώστε να εξερευνήσουν τον κόσμο.

Προσυλλογιστικό στάδιο, από 2 έως 7 χρονών όπου τα παιδιά χρησιμοποιούν τον συμβολισμό να κατανοήσουν και να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον.

Συγκεκριμένων λογικών νοητικών ενεργειών. Από 7 έως 11 χρονών, στο οποίο τα παιδιά μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις γνωστικές αυτές λειτουργίες.

Στάδιο τυπικών λογικών πράξεων και η περίοδος των αφαιρετικών σκέψεων. Από 11 χρονών και άνω, εδώ ξεκινούν και κάνουν συστηματική και αφηρημένη σκέψη (Shaffer, 2004).

Δ. Θεωρία Συμπεριφορισμού του John Watson (1878 – 1958)

Ο J. Watson ήταν ο πρώτος θεωρητικός της κοινωνικής μάθησης. Υποστηρίζει πως ο τρόπος ανατροφής του παιδιού είναι το παν. Αντίθετα παράγοντες όπως η φύση ή η κληρονομικότητα δεν έχουν απολύτως κανένα ρόλο στην ανάπτυξη. Η θεωρία αυτή ονομάστηκε Συμπεριφορισμός. Οι βασικές παρατηρήσεις θα πρέπει να γίνονται στην έκδηλη συμπεριφορά παρά στις εκτιμήσεις, που αφορούν τα ασυνείδητα κίνητρα ή τις γνωστικές διαδικασίες. Αυτή είναι η βασική υπόθεση του συμπεριφορισμού σχετικά με την ανθρώπινη εξέλιξη.

Με πιο απλά λόγια, ο Watson υποστηρίζει πως τα παιδιά δεν έχουν έμφυτες τάσεις, ενώ η πορεία της ζωής τους εξαρτάται αποκλειστικά από το περιβάλλον στο οποίο ανατρέφονται. Επίσης σημαντικό παράγοντα αποτελεί και ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς ή άλλα πρόσωπα με ιδιαίτερο ρόλο, αντιμετωπίζουν τα παιδιά.

Σύμφωνα με την συμπεριφοριστική προσέγγιση, η εξέλιξη είναι μια συνεχής διαδικασία αλλαγής στην συμπεριφορά, η οποία διαμορφώνεται από το μοναδικό περιβάλλον ενός ανθρώπου. Η πεποίθηση αυτή οδήγησε τον Watson στο συμπέρασμα πως οι γονείς είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι για την πορεία της ζωής των παιδιών τους (Shaffer, 2004).

Ε. Θεωρία Ριζοσπαστικού Συμπεριφορισμού του B. F. Skinner (1904 – 1990)

Ο Skinner εισήγαγε μία διαφορετική συμπεριφοριστική θεωρία, την οποία ονομάζουμε Ριζοσπαστική συμπεριφοριστική θεώρηση. Κατά την οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο που έχουν τα εξωτερικά ερεθίσματα στον έλεγχο της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Υποστήριξε πως όλα τα έμβια όντα επαναλαμβάνουν πράξεις που έχουν ευνοϊκό αποτέλεσμα και αντίθετα απωθούν εκείνες τις πράξεις που έχουν μη ευνοϊκό αποτέλεσμα. Επομένως, ο Skinner πίστευε πως οι συνήθειες είναι εξελισσόμενες, ως αποτέλεσμα μοναδικών εμπειριών συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης.

Τις πράξεις τις κατηγοριοποιεί σε:

Θετικός ενισχυτής είναι η συνέπεια της πράξης η οποία αυξάνει τις πιθανότητες να επαναληφθεί.

Αρνητικός ενισχυτής είναι η συνέπεια μιας πράξης που μειώνει τις πιθανότητες επανάληψης (Shaffer, 2004).

Σύμφωνα με τον Shaffer (2004), πολλοί εξελικτικοί ψυχολόγοι πιστεύουν πως ο Skinner έδωσε υπερβολική έμφαση στις συντελεστικές συμπεριφορές που καθορίζονται από τα εξωτερικά ερεθίσματα, ενώ αγνόησε τους γνωστικούς παράγοντες που έχουν καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική μάθηση.

ΣΤ. Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης του Albert Bandura (1925 -)

Για τον Bandura σημαντική εξελικτική διαδικασία είναι η μάθηση μέσω παρατήρησης και μίμησης των προτύπων. Στην ουσία είναι η μάθηση που απορρέει από την παρατήρηση της συμπεριφοράς των άλλων, τους οποίους ονομάζει «μοντέλα». Εξέλιξε την θεωρητική αρχή του Ντετερμινισμού, του Watson η οποία πρεσβεύει την αντίληψη πως τα παιδιά είναι παθητικοί δέκτες και διαμορφώνονται από το περιβάλλον τους. Το 1986 ο Bandura εισήγαγε την θεωρία του “αμοιβαίου Ντετερμινισμού”, κατά την οποία η ανθρώπινη εξέλιξη αντικατοπτρίζει μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ενεργητικό άνθρωπο, την συμπεριφορά του και το περιβάλλον του. Καταλήγει δηλαδή στο ότι τα παιδιά εμπλέκονται ενεργά στην διαμόρφωση του περιβάλλοντος που με την σειρά του θα επηρεάσει την ανάπτυξη και την εξέλιξή τους (Shaffer, 2004).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Καταλήγοντας, συμπεραίνουμε ότι η κατανόηση του Εγώ, που θα οδηγήσει στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, αποτελεί μια επίπονη διαδικασία, με εσωτερικούς προβληματισμούς και ποικίλες κοινωνικές συγκρούσεις. Στο τέλος αυτής της «δοκιμασίας» το άτομο διαμορφώνει τη στάση ζωής του, κάνει τις επιλογές του και αποκτά μια νέα ταυτότητα, που θα τον ακολουθεί στη μετά – εφηβική και στην ενήλικη ζωή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50 – ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναπτυσσόμενη ικανότητα ενός εφήβου να αντιλαμβάνεται το περίπλοκο περιβάλλον στο οποίο ζει, αποτελεί ένα βασικό χαρακτηριστικό της μεταβολής που γίνεται στην εφηβεία. Παρόμοια, για να κατανοήσουμε την εφηβική ανάπτυξη, πρέπει να λάβουμε υπόψη ένα ευρύ και πολύπλοκο φάσμα του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο συνοδεύει την εφηβική ζωή. Υπάρχουν ορισμένες μεταβλητές, που επηρεάζουν την εφηβική πορεία του ανθρώπου. Τα βιώματα της παιδικής ζωής του εφήβου είναι σφραγίδα. Ανεξαρτήτου σχολής, ερμηνεύοντας τον άνθρωπο εκείνο το οποίο είναι κοινό γνώρισμα, είναι η παιδική ηλικία του ανθρώπου. Ενώ βασικό θεμελιακό στα βιώματα της παιδικής ζωής είναι οι σχέσεις με τους γονείς. Οι γονείς διαμορφώνουν την ατμόσφαιρά που κυριαρχεί στο σπίτι. Εάν η ατμόσφαιρά είναι αγχώδης, συνεργατική, καταπιεστική ή υπερπροστατευτική εξαρτάται από τους γονείς (Χουρδάκη, 1992).

Σύμφωνα με τον Κερανίδη (2005), ο κοινωνικό – πολιτιστικός παράγοντας επηρεάζει την εξέλιξη της σωματικής ανάπτυξης. Το φυσικό περιβάλλον παίζει επίσης ρόλο στην ζωή του εφήβου. Για παράδειγμα, ας συλλογιστούμε τους έφηβους που μεγαλώνουν στην αστική, επαρχιακή και την αγροτική κοινότητα ή τις διαφορές ανάμεσα στις πλούσιες και τις φτωχές συνοικίες. Το μέγεθος του σχολείου η φυλετική ή η εθνολογική ιστορία, ή θρησκεία και η ευχέρεια της γλώσσας, που οφείλονται στο περιβάλλον κάποιου, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή του εφήβου, ένα ρόλο που διαφέρει από άτομο σε άτομο. Στην σύγχρονη κοινωνία η φάση των ραγδαίων αλλαγών, φαίνεται να είναι αρκετά μακροχρόνια αφού ο έφηβος χρειάζεται να κατακτήσει αρκετά πολύπλοκες δεξιότητες τόσο εκπαιδευτικές, όσο και ψυχοκοινωνικές για να ολοκληρώσει την ταυτότητά του και να ενταχθεί αυτόνομα στην κοινωνία (Greydanus και συν., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, η οικογένεια και το σχολείο, αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Η εκπαίδευση αντιπροσωπεύει τις κοινωνικές αξίες της κάθε συγκεκριμένης εποχής οι γονείς και οι δάσκαλοι από την άλλη εκπροσωπούν τα πιο ισχυρά πρότυπα για τα παιδιά (Παπαϊωάννου, 2000). Η Κοκκέβη (2011), αναφέρει πως ο πυρήνας στη ζωή των εφήβων είναι το οικογενειακό τους περιβάλλον και ως εκ τούτου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε όλο το φάσμα της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες σε εφήβους, το κοινωνικό – οικονομικό προφίλ της οικογένειας έχει συνδεθεί με τη σχολική επίδοση, την επιθετικότητα και τη σχολική βία, τις διατροφικές συνήθειες και την παχυσαρκία, τη χρήση οιοπνευματωδών, το κάπνισμα, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την ψυχική υγεία (π.χ. ψυχοσωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη). Επίσης, στρεσογόνες καταστάσεις στη ζωή της οικογένειας, όπως η μετανάστευση και η ανεργία, επηρεάζουν σημαντικά την υγεία των εφήβων. Το 85,3% των εφήβων ζουν και με τους δύο βιολογικούς γονείς τους, και ένας στους 10 ζει σε μονογονεϊκή οικογένεια. Έτσι στην συνέχεια της ενότητας, θα αναφερθούν τόσο το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, όσο και η οικονομική ύφεση που διανύει η χώρα, καθώς θεωρούμε έχει άμεση επιρροή στην καθημερινή ανάπτυξη των εφήβων.

5.1. Ο θεσμός της οικογένειας

Στις βιβλιογραφικές αναφορές, ιστορικά η Ελλάδα αποτελούνταν από μικρές κοινότητες, στις οποίες κοινός στόχος ήταν η επιβίωση. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι σχέσεις των ανθρώπων να είναι συνεργατικές εφόσον η επιβίωση του ενός ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την επιβίωση του άλλου. Επιπλέον, οι ρόλοι που είχαν τα μέλη της οικογένειας ήταν ξεκάθαροι. Από την πλευρά του ο πατέρας όφειλε να εξασφαλίζει τα προς το ζην, να προστατεύει και να διασφαλίζει ένα “καλό όνομα” για την οικογένεια απέναντι στην κοινότητα. Ενώ η μητέρα από την άλλη, φρόντιζε σχεδόν αποκλειστικά για τις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών. Στην εποχή εκείνη, η κοινωνικοποίηση του παιδιού δεν αφορούσε μόνο την οικογένεια του, αλλά ολόκληρη την κοινότητα. Συγκεκριμένα, η μητέρα παρουσιάζεται να είναι επικεντρωμένη στην φροντίδα του παιδιού μέχρι τα δύο του χρόνια. Μόλις το παιδί είναι έτοιμο να ανεξαρτητοποιηθεί, η φροντίδα της μητέρας φαίνεται να μειώνεται, αυτό συμβαίνει στα τέσσερα του χρόνια. Στην συνέχεια, το παιδί αναλαμβάνει εργασίες ανάλογες με τις ικανότητές του. Φανερό είναι λοιπόν πως η περίοδος της σημερινής εφηβείας, δεν μοιάζει με αυτή που υπήρχε στην παραδοσιακή κοινωνία. Κατά την διάρκεια της βιομηχανικής επανάστασης αυτή η κοινωνική πραγματικότητα αρχίζει να αλλάζει. Εφόσον η οικονομία στηρίζεται πλέον στην βιομηχανία, οι άνθρωποι αναζητώντας την επιβίωση, μεταναστεύουν από την επαρχία στα αστικά κέντρα. Αυτή η μετανάστευση είχε σαν αποτέλεσμα να κατακερματιστεί η κοινότητα και οι άνθρωποι να ξεκινήσουν να λειτουργούν με ατομικά κίνητρα (Greydanus και συν., 2011).

Θέλοντας να διατυπώσουμε έναν απλό ορισμό καταλήγουμε στο ότι, η οικογένεια, είναι η βιολογική – κοινωνική – ψυχολογική ομάδα, που αποτελείται από τους δύο γονείς και τα παιδιά. Στον ελληνικό χώρο και πολιτισμό η οικογένεια είναι μια ομάδα ανθρώπων, που συνδέονται με δεσμούς αίματος ενώ αποτελείται από τους γονείς, τα παιδιά ή και τα εγγόνια, ζει στην ίδια στέγη και έχει κοινά συμφέροντα (Κυριακίδης, 2000). Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (2000:105), η οικογένεια είναι απόρροια μιας κοινωνικής δομής, όπου οι ηθικές αξίες και οι συμπεριφορές καλλιεργούνται σταδιακά και παράλληλα μεταφέρονται ή επιβάλλονται στο “αδιαμόρφωτο” παιδί.

Στην σημερινή εποχή, με το θεσμό του γάμου, δημιουργείται μία κοινωνική ομάδα που παρέχει ικανοποίηση, συναισθηματική τροφή, σεξουαλική σχέση, ευχέρεια απόκτησης παιδιών, αίσθηση ρίζας και συμμετοχής, κοινωνική ένταξη, επιβεβαίωση και σιγουριά. Ο κύκλος της ζωής μιας οικογένειας διακρίνεται σε περιόδους, ξεκινώντας έχουμε το ζευγάρι το οποίο προχωράει στον γάμο και στην δημιουργία της οικογένειας. Συνεχίζοντας, έχουμε την γέννηση του παιδιού, την ανάπτυξη και την ωρίμανση του και τέλος, την έξοδό του από την οικογένεια, με τη δημιουργία της δικής του οικογένειας. Με αυτό τον τρόπο συνεχίζει η πορεία αυτή και το ζευγάρι “μόνο” του και πάλι. Ο γάμος σήμερα σημαίνει ένα ιδιαίτερο είδος συντροφικότητας και προσωπικών κινήτρων, είναι το μέσω της προσωπικής ολοκλήρωσης με κυρίαρχες έννοιες την συμμετοχή, την αγάπη και την αυτοπραγμάτωση, μέρος της οποίας είναι και η απόκτηση παιδιών (Παπαϊωάννου, 2000).

Είναι φανερό πως η οικογένεια στην Ελλάδα αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς, ταλαντεύεται ανάμεσα στο “παλιό” που ήξερε και στο “νέο” που της είναι ξένο, το οποίο την τρομάζει, αλλά ταυτόχρονα την προκαλεί να εξελιχθεί.

5.1.1. Οι σχέσεις των μελών

Η διακύμανση των σχέσεων γονέα – παιδιού ξεκινούν με την έναρξη της ήβης. Σε ένα πολύ γενικό επίπεδο, οι έφηβοι απομακρύνονται από τους γονείς ενώ απευθύνονται σχεδόν αποκλειστικά στους συνομηλίκους τους για συμβουλές. Επίσης, παρατηρείται πως οι σχέσεις των εφήβων αλλάζουν πιο αισθητά με την μητέρα από ότι με τον πατέρα. Αυτό συμβαίνει ίσως διότι η μητέρα έχει λιγότερο κύρος στα μάτια των εφήβων, κατά συνέπεια πιστεύουν πως εκείνη δεν θα τους αμφισβητήσει, όπως θεωρούν για τον πατέρα. Η εφηβεία άλλωστε είναι μια περίοδος κατά την οποία οι σχέσεις χρειάζονται εκ νέου διαπραγμάτευση και αλλαγή, πράγμα το οποίο προκύπτει από τις αντιφάσεις που περνούν οι έφηβοι, για παράδειγμα ενώ υιοθετούν πολλές αξίες και πεποιθήσεις των γονιών, συγχρόνως τείνουν να διαφωνούν για τις ίδιες αξίες και πεποιθήσεις (Κουρκούτας, 2001).

Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001), οι σχέσεις με τους γονείς στην περίοδο της εφηβείας μεταβάλλονται σε δύο επίπεδα. Πρώτον, το εξωτερικό επίπεδο, δηλαδή υπάρχουν αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς και δεύτερον, το εσωτερικό επίπεδο στο οποίο συντελούνται αλλαγές στο ψυχικό φάσμα του εφήβου. Όμως, για να κοινωνικοποιηθεί ομαλά ένα παιδί έχει ανάγκη από τους γονείς του. Κυρίως μέσα από την σχέση του μαζί τους, αναπτύσσει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης που είναι όπως είδαμε σε προηγούμενη ενότητα, ιδιαίτερα αναγκαίο για την πορεία της ζωής του. Η εφηβική ηλικία άλλωστε είναι η περίοδος κατά την οποία ο έφηβος αγωνίζεται για αυτονομία ενώ προσπαθεί να διαμορφώσει την δική του ταυτότητα (Κυριακίδης, 2000).

Η εφηβεία όπως έχουμε προαναφέρει, είναι μια περίοδος της μετάβασης, των αντιφάσεων των αναδιαρθρώσεων της αναζήτησης και πολύ συχνά είναι μια περίοδος σύγχυσης. Ο διάλογος αποτελεί πολύτιμο μέρος της αγωγής των παιδιών. Με αυτόν τον τρόπο ο γονιός ακούγεται από τα παιδιά του και ταυτόχρονα επιζητά την δική τους άποψη (Παπαϊωάννου, 2000). Παρόλα αυτά, ο διάλογος ενώ είναι απαραίτητος, σπάνια είναι ικανοποιητικός. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος επαφής για τον έφηβο είναι να δημιουργήσει σύγκρουση, με σκοπό να αξιολογήσει τα δικά του όρια. Έτσι μέσα από ένα αδύνατο διάλογο, ικανοποιούνται ταυτόχρονα δύο αντιφατικές ανάγκες. Αφενός, η ανάγκη να προκαλέσει τους γονείς ώστε να επιβεβαιώσει την διαφοροποίησή του από την οικογένεια, και αφετέρου η ανάγκη του εφήβου να συνεχίσει εξαρτάται από τους γονείς (Μπρακόνιε & Μαρτσέλι, 2002).

Σύμφωνα με τους Μπρακόνιε και Μαρτσέλι (2002), διακρίνονται τρία είδη διαλόγου μεταξύ του εφήβου και του γονιού. Πρώτον, έχουμε τον διάλογο που γίνεται για την πληροφόρηση, ο οποίος χαρακτηρίζεται ουδέτερος ενώ πρόκειται για μια ανταλλαγή πληροφοριών. Δεύτερον, έχουμε τον διάλογο που αφορά την αλληλεπίδραση, ο συγκεκριμένος είναι ένας ζωντανός ή και παρορμητικός διάλογος ενώ πρόκειται για μία ανταλλαγή συναισθημάτων και συγκινήσεων. Ο τελευταίος διάλογος αφορά την κατανόηση σε συναισθηματικό επίπεδο, πρόκειται για ένα διάλογο αλληλεπίδρασης και πληροφόρησης μαζί, έχει να κάνει δηλαδή με την ικανότητα να αντιλαμβάνεται το άτομο, την κίνηση των συναισθημάτων.

Εν συνεχεία, οι γονείς δεν χρειάζεται να αισθάνονται υποχρεωμένοι να ικανοποιούν όλες τις ανάγκες των παιδιών. Αντίθετα, το παιδί χρειάζεται χώρο ώστε να επιλέξει και να ανακαλύψει τις ανάγκες του και παράλληλα να νιώσει την ικανοποίηση πως κατάφερε να τις αφογκραστεί αλλά και να τις ικανοποιήσει μόνο του. Μέσα από την

διαδικασία αυτή το παιδί θα αποκομίσει ένα σημαντικό εφόδιο, το οποίο θα έχει τον σπουδαιότερο ρόλο στην ομαλή ένταξή του στην πραγματική κοινωνία, φεύγοντας από την οικογενειακή (Cole, 2002).

Άλλωστε, δεν έχουν απλώς ανάγκη την βιολογική ύπαρξη των γονέων τους, αλλά χρειάζονται και την ποιοτικά καλή σχέση μεταξύ τους, ως συζύγων. Σχέση που αντανακλά και στα ίδια τα παιδιά. Διότι οι κακές σχέσεις των γονέων έχουν σχεδόν πάντοτε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοσωματική εξέλιξη των παιδιών και στην κοινωνική τους συμπεριφορά. Οι σχέσεις των συζύγων δεν πρέπει να είναι ανταγωνιστικές. Είναι πολύτιμο ο καθένας να διατηρεί την αυτονομία του και παράλληλα, να επιτρέπει στον άλλον την διατήρηση της δικής του (Κυριακίδης, 2000).

Στην συνέχεια, θα αναφέρουμε συνοπτικά ορισμένες σημαντικές παραμέτρους σύμφωνα με τους Michael Cole & Shiela R. Cole (2002), για την εδραίωση της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου.

Το άτομο πρέπει να νιώθει επιθυμητό, να ζει σε κλίμα συναισθηματικής ασφάλειας, χωρίς την “αρρωστημένη” υπερπροστασία.

Το παιδί χρειάζεται να αναλάβει πρωτοβουλίες χωρίς να επιφορτίζεται ρόλους που δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί ακόμα.

Χρειάζεται ο διάλογος και η επεξήγηση από τους γονείς.

Οι εγωιστικές επιθυμίες των γονέων δεν πρέπει να προβάλλονται στο παιδί, ενώ οι απαιτήσεις που έχουν από αυτό να είναι ρεαλιστικές και λογικές.

Οι γονείς οφείλουν να κατανοούν και να αποκωδικοποιούν τις υπερβολές αλλά και τις επιθυμίες των παιδιών αλλά και τις συγκρούσεις και τις ανασφάλειες τους.

Οι γονείς οφείλουν να μάθουν να αποδέχονται και να ανέχονται τις αδυναμίες των εφήβων, χωρίς να προσβάλλονται από τις αποτυχίες τους και να ξεσπών με επιθετικότητα.

Ο υπερβολικός έλεγχος και η υπερβολική προστασία οδηγούν σε παρορμητικά ξεσπάσματα ενάντια στην γονεϊκή καταπίεση.

Οι έφηβοι δεν χρειάζονται “κήρυγμα” αλλά πράξεις, διότι εύκολα ταυτίζονται και μιμούνται τις πράξεις των ενηλίκων.

Οι έφηβοι δεν ανήκουν στους γονείς, οι τελευταίοι χρειάζεται να συνειδητοποιήσουν ότι η εφηβεία είναι η έναρξη της σταδιακής απομάκρυνσης από την οικογένεια.

Η ψυχραιμία, η αυτοσυγκράτηση και οι λογικές σκέψεις είναι απαραίτητες σε περιόδους κρίσης, ενώ κατανόηση απαιτείται για την αντιμετώπισή τους.

Στόχος πρέπει να είναι η “υπευθυνοποίηση” του εφήβου.

Ο γονέας δεν χρειάζεται να μεγαλώσει το παιδί, αλλά να το συνοδεύσει στην ανάπτυξή του.

Η μη λειτουργία και η απουσία κάποιων από τα παραπάνω στοιχεία, μας οδηγούν αναπόφευκτα στον τύπο μιας δυσλειτουργικής οικογένειας, σύμφωνα με τον

Κεσανίδη (2005). Επιπλέον, οι σχέσεις των μελών μιας οικογένειας, επηρεάζονται ιδιαίτερα και από εξωτερικούς παράγοντες. Οι οποίοι μπορεί να είναι βοηθητικοί ή να διαταράσσουν την ισορροπία της και έτσι να συντελούν και αυτοί, στην δυσλειτουργικότητά της. Όπως το κάθε άτομο έτσι και η κάθε οικογένεια έχει την δική της προσωπικότητα, η οποία προκύπτει από προηγούμενες γνωστές εμπειρίες αλλά και επηρεάζεται από νέες καταστάσεις. Μέσα σε όλο αυτό το φάσμα της σύγχυσης, το παιδί έχει ανάγκη να αναπτύξει σχέσεις με τα μέλη, ώστε να ανακαλύψει την θέση του μέσα στην οικογενειακή ομάδα (Παπαϊωάννου, 2000). Επομένως, η δυσλειτουργία οδηγεί σε αναπόφευκτη κρίση και έχει σαν συνέπεια την διάβρωση των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Όπου κατ' επέκταση, εμφανίζεται η ρουτίνα ή και η εγκατάλειψη, οι αδυναμίες, όπως είναι η ζήλια και η απιστία και η αυταρχική συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από βία και κακοποίηση (Κυριακίδης, 2000).

Πιο συγκεκριμένα, η οικογένεια σε κρίση διέπεται από αποδιοργάνωση ενώ εκφράζει έντονο θυμό και παράλληλα αποποιείται τις ευθύνες της, χρησιμοποιώντας πολλές φορές βία. Η βία, σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι, είτε ψυχολογική είτε σωματική κακοποίηση. Ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να αποτελεί η παραμέληση του παιδιού ή των συζύγων μεταξύ τους, η απόρριψη της συμπεριφοράς του παιδιού ή η έντονη αίσθηση εξουσίας με λεκτικό τρόπο, απέναντι στο άλλο άτομο (είτε στο παιδί, είτε στον σύζυγο). Η σωματική κακοποίηση από την άλλη, επιφέρει τραύματα εμφανή όμως παράλληλα και τραύματα ψυχικά, σε ένα βαθύτερο επίπεδο που δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμο. Επιπλέον επιφέρει μεταξύ άλλων, σωματικό πόνο και οργανικές δυσλειτουργίες, οι οποίες είτε απορρέουν από την κακοποίηση είτε είναι ψυχογενείς, σωματοποιημένες δηλαδή ψυχικές διαταραχές. Στην σωματική κακοποίηση εντάσσουμε και την σεξουαλική βία, η οποία καταστρέφει την παιδικότητα, είτε όταν την υπομένει το παιδί είτε όταν βλέπει πως την υπομένει ο ένας από τους δυο γονείς του. Οι διάφορες αυτές μορφές οικογενειακής βίας συμβάλλουν ιδιαίτερα στην ψυχοσύνθεση του παιδιού, ενώ οι επιπτώσεις είναι ψυχοπαθολογικές με πολλά ψυχιατρικά προβλήματα στην μετ' εφηβική ζωή του (Παπαϊωάννου, 2000).

Στην συνέχεια, θα αναφερθούν ποσοστά από έρευνες ώστε να δούμε την οπτική αντίληψη των εφήβων, για τον τρόπο ζωής τους και για την οικογένειά τους. Αρχικά, η πλειονότητα των εφήβων δηλώνουν “πολύ ικανοποιημένοι” από τις σχέσεις στην οικογένειά. Από αυτούς σε υψηλότερο ποσοστό απάντησαν τα αγόρια και οι 11χρονοι μαθητές. Εν συνεχεία, θεωρούν εύκολη την επικοινωνία με τη μητέρα τους οι 4 στους 5 εφήβους, ενώ οι 2 στους 3 με τον πατέρα τους και οι 7 στους 10 εφήβους με τα μεγαλύτερα αδέρφια τους. Οι κοινές δραστηριότητες τώρα, με την οικογένεια είναι για τους περισσότερους έφηβους τα κοινά γεύματα, οι συζητήσεις και η παρακολούθηση τηλεόρασης. Επίσης, οι 2 στους 3 εφήβους αναφέρουν ότι έχουν συναισθηματική στήριξη από τους γονείς τους, με το αντίστοιχο ποσοστό να μειώνεται καθώς οι έφηβοι μεγαλώνουν. Διαχρονικά, από το 2006 στο 2010 μειώνεται σημαντικά το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν πως έχουν συναισθηματική στήριξη από τους γονείς.

Επιπλέον, το 2010 ποσοστό 3,6% των μαθητών (4,4% των κοριτσιών και 2,7% των αγοριών) δηλώνουν πως δεν είναι “καθόλου” ικανοποιημένοι από τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Μεγαλώνοντας οι έφηβοι δηλώνουν σε υψηλότερα ποσοστά ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια (1,1% των 11χρονων, έναντι 4,1% των 13χρονων και 5,6% των 15χρονων). Οι έφηβοι

ρωτήθηκαν για το βαθμό στον οποίο είναι ικανοποιημένοι από τις σχέσεις στην οικογένειά. Για την πλειονότητα των εφήβων οι σχέσεις στην οικογένεια είναι από “πολύ καλές” έως “άριστες”. Οι 11χρονοι αντιλαμβάνονται τις σχέσεις στην οικογένεια ως “πολύ καλές” ή “άριστες” σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους 13χρονους και τους 15χρονους. Επίσης, μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών από ό,τι κοριτσιών αναφέρουν “πολύ καλές” έως “άριστες” σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Διαχρονικά από το 2006 στο 2010 έχει μειωθεί σημαντικά το ποσοστό των εφήβων που δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις σχέσεις στην οικογένειά τους. (Κοκκέβη και συν., 2011).

Είναι φανερό πως η επικοινωνία μεταξύ παιδιών και γονέων είναι ανεπαρκής. Βασική αιτία της έλλειψης της σωστής επικοινωνίας, είναι η αμοιβαία αμφισβήτηση. (Κυριακίδης, 2000). Εξάλλου, μάσα στους κόλπους της οικογένειας έχει ο έφηβος την ευκαιρία να μάθει την αξία της συζήτησης και της έκφρασης της γνώμης του. Μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας μπορεί να μάθει να ακούει την γνώμη των άλλων ανθρώπων, να έχει το δικαίωμα να συμφωνεί ή να διαφωνεί εξηγώντας και προτείνοντας εναλλακτικές, εξακολουθώντας να έχει την αγάπη και την παραδοχή των μελών της οικογένειας (Παπαϊωάννου, 2000).

Ο γονέας οφείλει να είναι ο εαυτός του μακριά από υπερβολές και να διαμορφώνεται μέσα από την καθημερινή σχέση με την αναπτυσσόμενη προσωπικότητα του παιδιού του. Άλλωστε, δεν υπάρχουν “ιδανικοί γονείς” ούτε ιδανικά πρότυπα γονέων (Cole, 2002).

5.1.2. Τα σύγχρονα οικογενειακά δυναμικά

Σταδιακά όπως είδαμε, η εκτεταμένη μορφή οικογένειας, στην οποία οι γονείς ζούσαν με τους δικούς τους γονείς ενώ γειτνιάζαν με τα αδέρφια τους, απομονώνεται στα αστικά κέντρα και παίρνει ολοένα και περισσότερο την μορφή που έχουμε σήμερα. Την σημερινή εποχή η πυρηνική οικογένεια καλείται χωρίς δεδομένο υποστηρικτικό πλαίσιο, να κοινωνικοποιήσει τα παιδιά της, ωστόσο είναι μόνη της σε μια κοινωνία γεμάτη αντιφάσεις (Greydanus και συν., 2011).

Σύμφωνα με την Μουσούρου (2005), η παραδοσιακή δομή που είχε η οικογένεια, αντικατοπτρίζει αφενός τον παραδοσιακό πάγιο προσδιορισμό των ρόλων ανάλογα με το φύλλο και την ηλικία και αφετέρου, την ιεράρχηση των ρόλων. Πρέπει να φαίνεται δηλαδή ότι οι άνδρες έχουν εξουσία πάνω στις γυναίκες και οι γεροντότεροι πάνω στους νεότερους. Στις μέρες μας τώρα σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (2000), η εκτεταμένη οικογένεια έχει σχεδόν εξαφανιστεί και την θέση της έχει πάρει η πυρηνική η οποία αποτελείται από την μητέρα, τον πατέρα και το παιδί. Η μορφή αυτή της σύγχρονης οικογένειας αποτελεί την “ανθρωπολογική σταθερά” που έχει επιβιώσει μέσα από κοινωνικό – οικονομικές μεταβολές ως θεμελιακός θεσμός της συνολικής κοινωνικής οργάνωσης. Η παραδοσιακά εύθραυστες σχέσεις της οικογένειας μεταλλάχθηκαν σε ενδοοργανικές επικοινωνίες (Κορώσης, 2002).

Αρχικά αναγκαίο είναι να αποτυπώσουμε τον όρο “γονεϊκότητα”, ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις άτυπες οικογενειακές καταστάσεις – μορφές που διαφέρουν από το πρότυπο της δυτικής κοινωνίας. Από την άλλη ο όρος “πολυγονεϊκότητα” έρχεται να διασαφηνίσει σχηματισμούς οικογένειας όπως: οι ανάδοχοι, οι θετές, οι σύνθετες, οι ομογονεϊκές κ.λπ. Ωθεί προς μια ουτοπική

προοπτική, στην οποία βάση έχει το παιδί, καθώς δεν θα είναι πια, το προσκολλημένο συναισθηματικά παιδί, απέναντι στους γονείς και στην γενεαλογική σειρά, επιπλέον θα πάψει να εκτίθεται στους κινδύνους της απώλειας των στερεότυπων δεσμών αλλά και των στερεότυπων αντιλήψεων περί εντιμότητας (π.χ. παιδί εκτός γάμου).

Πιο συγκεκριμένα, η μονογονεϊκότητα είναι ο όρος που προσδίδεται σε μια οικογένεια η οποία αποτελείται από τον έναν γονέα και τα παιδιά. Ο όρος αυτός ήρθε να καταργήσει τον όρο “μόνη μητέρα”, ο οποίος λειτουργούσε ως στίγμα για το κοινωνικό σύνολο. Στην συνέχεια η έννοια της ομογονεϊκότητας, η οποία εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1990, επινοήθηκε προκειμένου να χαρακτηρίσει τις οικογένειες που αποτελούνται από γονείς του ίδιου φύλου (Παπαχρηστόπουλος & Σαμαρτζή, 2010).

Επιπλέον, οι “χωλές” οικογένειες, πρόκειται για οικογένειες οι οποίες έχουν διασπαστεί σε δύο ή περισσότερα τμήματα, γεγονός το οποίο οφείλεται, είτε σε λόγους μετανάστευσης είτε σε επαγγελματικές υποχρεώσεις κ.α. Ακόμα, υπάρχει ο τύπος οικογένειας που ονομάζεται “κοινόβιο”, δηλαδή συλλογικό νοικοκυριό το οποίο συμμετέχει μαζί με άλλες οικογένειες, σε κοινές δραστηριότητες. Επίσης, γίνεται η από κοινού χρησιμοποίηση των υλικών μέσων και των δυνατοτήτων που το συλλογικό νοικοκυριό διαθέτει (Μουσούρου, 2002).

Σύμφωνα τώρα, με την Κατάκη (2009), υπάρχουν και οι μικτές οικογένειες οι οποίες αποτελούνται από άτομα τα οποία ενώνουν την προηγούμενη οικογένειά τους με την νέα. Δηλαδή, ένας άντρας ο οποίος από προηγούμενο γάμο έχει παιδί και μία γυναίκα η οποία αντίστοιχα έχει παιδί, παντρεύονται και συνιστούν μια νέα οικογένεια. Εκεί προκύπτουν αδέρφια που δεν έχουν συγγένεια εξ’ αίματος.

5.2. Το σχολικό περιβάλλον

Με το πέρασμα των χρόνων, από την υποχρεωτική εκπαίδευση περάσαμε στην εκούσια εκπαίδευση, η οποία αντιπροσωπεύει την βούληση των εφήβων ή των γονιών τους. Μερικές φορές βέβαια αυτή η βούληση ανήκει αποκλειστικά στους γονείς, γεγονός το οποίο συμβάλει στην δημιουργία πιθανών συγκρούσεων με τον έφηβο. Παράλληλα το σχολείο είναι ίσως “περισσότερο” σημαντικό από όσο νομίζουμε, διότι ο έφηβος έχει την απαίτηση να τον προετοιμάσει για την επαγγελματική ζωή και την προσωπική του εκπαίδευση, καθώς θεωρεί επίσης ότι είναι μια δυνατότητα ανάπτυξης για το σύνολο της ζωής του και της προσωπικότητας του. Άλλωστε, το σχολείο συμβάλει στην προσωπική ανάπτυξη του εφήβου, κάτι που εκείνος το περιμένει, επίσης τίθεται το ζήτημα του εκπαιδευτικού, ο οποίος βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα άτομο σε πλήρη ανάπτυξη και σε κρίση. Αυτό εκδηλώνεται από το γεγονός ότι ο εκπαιδευτικός μερικές φορές αναλαμβάνει και άλλους ρόλους εκτός από τον δικό του. Μέσα στο σχολικό περιβάλλον αποκτάται η έννοια της ευθύνης, την οποία δύσκολα κατανοεί ο έφηβος ωστόσο είναι απαραίτητη για την προσωπική και κοινωνική του ζωή αλλά και για την προσωπική ανάπτυξη του γενικότερα (Μπρακόνιε & Μαρτσέλι, 2002).

Ωστόσο το παιδί για να ενταχθεί στο περιβάλλον αυτό πρέπει να είναι έτοιμο, δηλαδή να έχει σωματικά, πνευματικά και συναισθηματικά φτάσει στην ωριμότητα που απαιτεί η ηλικία του. Η “κανονική” σωματική ανάπτυξη του παιδιού, αποτελεί αυτό που λέμε “βιολογική ωριμότητα”. Η πνευματική ωριμότητα του από την άλλη,

φαίνεται εάν έχει φτάσει η νοημοσύνη του σε επίπεδο ώστε να έχει περιέργειες, να έχει αποκτήσει την ικανότητα για την εκμάθηση της γραφής και της ανάγνωσης, να έχει φαντασία, να μπορεί να κάνει συλλογισμούς ανάλογα με την ηλικία του και ακόμη να μπορεί να συγκεντρώνει την προσοχή του σε κάτι που θα ακούσει και θα πρέπει να κάνει. Τέλος, λέμε πως έχει φτάσει σε ψυχολογική ωριμότητα όταν έχει αποκτήσει κάποια ανεξαρτητοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον. Έτσι θα είναι δυνατή ή πιο εύκολη η προσαρμογή στην μεγαλύτερη ομάδα των παιδιών που θα συναντήσει στο σχολικό περιβάλλον και θα καταφέρει να δεχτεί την καινούργια προσωπικότητα του δασκάλου με άνεση. Σε αυτό θα συντελέσει και ο ίδιος ο δάσκαλος με την συμπεριφορά του, η οποία πρέπει να είναι θερμή, δίκαιη, επιβλητική και με κύρος. Θα ανακαλύψει πως όλοι έχουν δικαιώματα, ίδιες υποχρεώσεις και πως στο μέλλον δεν θα πρέπει να βασίζεται παρά στον εαυτό του, να μην έχει ανάγκη από την μεσολάβηση τρίτου για να επιβάλει στους ομηλικούς του το σεβασμό προς την προσωπικότητά του. Ας μην ξεχνάμε όμως, πως οι αλλαγές και το νέο περιβάλλον συνοδεύονται πολλές φορές από φόβο (Χουρδάκη, 1992).

Επομένως είναι φυσικό να υπάρχει αναταραχή και αναστάτωση, που χωρίς την απαιτούμενη ωριμότητα μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά συμπτώματα για την υπόλοιπη πορεία της ζωής του. Έτσι λοιπόν το παιδί που πηγαίνει σχολείο, εκτός από τις γνώσεις που θα πάρει και την εκπαίδευση, έχει να ωφεληθεί πολύ και στο επίπεδο της κοινωνικής συμπεριφοράς. Έτσι, ανάλογα με την προσαρμογή που θα έχει, θα φανερωθούν και οι ιδιότητες της προσωπικότητάς του. Θα μάθει να προσαρμόζεται μέσα στο σύνολο. Εξάλλου είναι μέσα στο πλαίσιο της εφηβείας, όταν τα παιδιά “βασανίζονται” από άλλα θέματα, να παρουσιάζουν δυσκολίες στην επίδοση των σχολικών μαθημάτων (Χουρδάκη, 1992).

Οι έφηβοι, των οποίων η ψυχική υγεία, για οποιονδήποτε λόγο, έχει διαταραχθεί για μικρό ή εκτεταμένο χρονικό διάστημα, δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του σχολείου και να ακολουθήσουν τους κανόνες της σχολικής ζωής. Το πρόβλημά τους διογκώνεται ή έστω δε συρρικνώνεται, όταν εξαιτίας της συμπεριφοράς τους δέχονται και βιώνουν τις αρνητικές ή λανθασμένες αντιδράσεις των συμμαθητών τους. Έτσι, κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα εκδηλώνοντας κάποιες φορές επιθετική συμπεριφορά ή μείωση της σχολικής τους επίδοσης και με αυτό τον τρόπο, το πρόβλημά τους διαιωνίζεται (Ματσαγγούρα, 2000).

Οι νέοι με κλονισμένη ψυχική υγεία μπορούν να εμφανίσουν μέσα στο σχολικό περιβάλλον, είτε ιδιαιτερότητες στη μάθηση, είτε επιθετικότητα. Όταν αυτές οι διαταραχές συνυπάρχουν με άλλες, όπως διαταραχές συναισθήματος ή όταν εξωτερικοί παράγοντες εμφανίζονται, όπως άλλη γλώσσα, πολιτισμικές διαφορές, μη κατάλληλος εκπαιδευτικός τρόπος, τότε οι δυσκολίες γιγαντώνονται (Ματσαγγούρα, 2000).

Οι διαταραχές, λόγω ύπαρξης ψυχικού προβλήματος, αποτυπώνονται παντού. Κατά τη διάρκεια του μαθήματος το νεαρό άτομο δεν προσέχει, δεν ακολουθεί τις οδηγίες του δασκάλου και δεν ολοκληρώνει τις ασκήσεις, που του έχουν ζητηθεί. Μέσα στη σχολική αίθουσα μπαίνει με καθυστέρηση και ενοχλεί τους υπολοίπους πετώντας τους αντικείμενα, πειράζοντας τους, κάνοντας θόρυβο και χλευαστικούς μορφασμούς. Για να μιλήσει δε ζητά το λόγο από τον εκπαιδευτικό και διακόπτει τους άλλους. Επίσης, μιλά κατά τη διάρκεια του μαθήματος με το διπλανό του για θέματα εξωσχολικά και γενικά χρησιμοποιεί υβριστική γλώσσα προς όλους.

Τέλος, εκτός της τάξης μπορεί να ψεύδεται, να κλέβει ή να προβαίνει σε λεκτικές ή σωματικές επιθέσεις. Ο στόχος ενός τέτοιου τύπου εφήβου είναι:

Η υπονόμηση της εξουσίας των εκπαιδευτικών

Ο έλεγχος των ορίων τους

Να αντιδράσει σε τραυματικές καταστάσεις, που έχει βιώσει μέσα στην οικογένεια ή από τους συμμαθητές και τους δασκάλους

Να εκτονώσει διαταραχές συναισθήματος (άγχος, στρες, θλίψη κ. ά.)

Να προσελκύσει την προσοχή (Mayer, 1995)

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι οι έφηβοι με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να παρουσιάσουν μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες επηρεάζουν την επίδοσή τους στην τάξη και τις σχολικές τους δεξιότητες. Συνήθως, εκδηλώνουν προβλήματα στη γραφή, στην ομιλία, στο διάβασμα, στις μαθηματικές πράξεις, στο συλλαβισμό ή στην ορθογραφία. Λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης δεν προσπαθούν για καλύτερα αποτελέσματα και σε αυτό σίγουρα δε βοηθά ούτε η αντιμετώπιση πολλές φορές του εκπαιδευτικού, ούτε η στάση των συνομηλίκων τους. Η απόρριψη και η κοινωνική απομόνωση τους δημιουργεί άγχος, μοναξιά και τους οδηγεί σε παραβατική ή αντικοινωνική συμπεριφορά (Ματσαγγούρα, 2000).

Από την άλλη πλευρά, κάποιοι μαθητές μπορεί να επιδείξουν άγχος, φόβο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, περιθωριοποίηση, αντικοινωνικότητα, παραβατικότητα και επιθετικότητα μέσα στο περιβάλλον του σχολείου. Όλα ξεκινούν από την ψυχική τους υγεία, που για κάποιο λόγο έχει διαταραχθεί. Τα άτομα αυτά μετατοπίζουν τα προβλήματά τους και ξεσπούν στους δασκάλους και τους συμμαθητές τους (Ματσαγγούρα, 2000).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τα προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολικό περίγυρο. Σύμφωνα με τον Goodman και τον Scott (1997), τα προβλήματα συμπεριφοράς χωρίζονται σε διασπαστικά (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, διασπαστική διαταραχή, διαταραχή της αντίθεσης), σε συναισθηματικά (άγχος, στρες, κατάθλιψη, διαταραχή της αντίδρασης) και σε εξελικτικά (διανοητική ανικανότητα, καθυστέρηση ομιλίας, ανάγνωσης, αυτισμός). Έτσι, παρατηρούμε στο σχολικό περιβάλλον:

Ανικανότητα του μαθητή να αναπτύξει ομαλές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές

Ανικανότητα στη μάθηση

Αποκλίνουσες συμπεριφορές

Εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων (Heward, 2000)

Το «Συμβούλιο για Παιδιά με Προβλήματα Συμπεριφοράς» (CCBD) διατυπώνει ένα δεύτερο ορισμό για τα χαρακτηριστικά των ατόμων, με προβλήματα συμπεριφοράς, ο οποίος είναι:

Στο σχολικό περιβάλλον εκδηλώνουν συμπεριφορές που δεν ταιριάζουν στο "φυσιολογικό" της ηλικίας και στους κοινωνικοπολιτισμικούς κανόνες. Η προβληματική τους συμπεριφορά είναι μόνιμη, μη εύκολα αντιμετωπίσιμη από το σχολείο και επηρεάζει τις δεξιότητες και την απόδοσή τους.

Είναι πιθανό να συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές (Heward, 2000).

Εκτενέστερη ανάλυση για την στάση που έχουν οι εκπαιδευτικοί μέσα στην αίθουσα, αλλά και για τις τεχνικές που χρησιμοποιούν σε ζητήματα κρίσης, θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο.

5.3. Η οικονομική κρίση

Η κρίση ως έννοια πολυδιάστατη, έχει διατυπωθεί με διάφορους τρόπους, ακόμα και από το λαό, που προσπαθεί να περιγράψει την πολύπλοκη καθημερινότητα, την οποία βιώνει τα τελευταία οκτώ περίπου χρόνια. Σύμφωνα με τον Πανηγυράκη (2001), η λέξη κρίση προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη κρίσις. Ουσιαστικό το οποίο αναφέρεται, στην ενέργεια και το αποτέλεσμα του κρίνω ή και στην νοητική ενέργεια που οδηγεί σε μια απόφαση ή σε μια επιλογή. Επιπλέον, κρίση μπορεί να είναι η απότομη όξυνση ενός προβλήματος, για παράδειγμα η οικονομική κρίση. Επομένως, η κρίση είναι η μετάβαση από την κατάσταση της κανονικότητας σε μια μη κανονική κατάσταση. Μια κατάσταση η οποία εγκυμονεί κινδύνους τόσο για το επίπεδο διαβίωσης, όσο και για την ίδια την ζωή των ανθρώπων.

Σύμφωνα με τον Μαρξ (1982), οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από μια «πληθώρα κεφαλαίου» δηλαδή υπερπαραγωγή προϊόντων. Σε μια ποιο ελεύθερη μετάφραση, αυτό που θέλει να πει ο Μαρξ είναι πως παράγονται πολλά προϊόντα προς πώληση, όμως οι μισθοί είναι μειωμένοι, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν αγοραστές, καθώς υπάρχει συσσωρευμένος πλούτος στα χέρια κάποιων. Υποστηρίζει πως η περιορισμένη κατανάλωση είναι η αιτία όλων των οικονομικών κρίσεων. Διότι στο καπιταλιστικό σύστημα τον πρώτο ρόλο για την ύπαρξή του, παίζει η κατανάλωση προϊόντων, όταν όμως οι μισθοί έχουν ήδη μειωθεί ή η κοινωνία περνάει ιδεολογική κρίση σε σχέση με τον καταναλωτισμό, επόμενο είναι να μειωθεί η κατανάλωση. Εκεί δημιουργείται η κρίση του καπιταλιστικού συστήματος και κατ' επέκταση η οικονομική κρίση.

Η οικονομική κρίση που πλήττει την χώρα τα τελευταία οκτώ χρόνια, είναι απόρροια μιας παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης, η οποία ξεκίνησε τα τέλη της δεκαετίας του 2000. Στην συνέχεια, θα δούμε κάποια στατιστικά δεδομένα της Ελληνικής πραγματικότητας σχετικά με την τοπική οικονομία με σκοπό να αντιληφθούμε το ποσοστό των ανθρώπων που επιβιώνουν κοντά ή κάτω από το όριο της φτώχειας. Στα πλαίσια της παγκόσμιας διακύμανσης της οικονομίας, οι αντιδράσεις λειτουργούν σαν ντόμινο και κατά συνέπεια έχουμε επιπτώσεις τόσο στο κοινωνικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο υγείας.

Πολλοί σχολιαστές έχουν εκφράσει την ανησυχία τους, για τις επιπτώσεις που θα έχει η παρούσα οικονομική ύφεση στη δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας που προκαλεί διαταραχές στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια και θα επηρεάσει κυρίως τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι οι αρνητικές συνέπειες της

κρίσης θα είναι πολύ μεγαλύτερες για τα κράτη που έχουν αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς και κατεστραμμένες δομές (Καραϊσκού και συν, 2012).

Στην συνέχεια, θα δούμε τα δεδομένα της ελληνικής κοινωνίας μέσα στο πλαίσιο της οκτάχρονης πορείας της κρίσης, καθώς και τις επιπτώσεις της. Ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα αποτελέσματα ερευνών για την οπτική των εφήβων, γύρω από την σύγχρονη οικονομική κατάσταση.

5.3.1. Η σημερινή κατάσταση και οι επιπτώσεις στα σύγχρονα αστικά κέντρα

Όπως συχνά αναφέρεται η οικονομική κρίση που πλήττει την χώρα είναι μια από τις μεγαλύτερες της σύγχρονης ιστορίας. Ιστορικά η προηγούμενη μεγάλη οικονομική ύφεση που είχε βιώσει το ελληνικό κράτος, ήταν το κραχ των Η.Π.Α. το 1929, που εξελίχθηκε σε παγκόσμια οικονομική κρίση και διήρκεσε από ένα μέχρι δέκα χρόνια, ανάλογα την ανάπτυξη της εκάστοτε χώρας. Αναφορικά, η σημερινή κατάσταση της οικονομίας ξεκίνησε καθώς κατέρρευε η ρευστότητα του Τραπεζικού συστήματος της Αμερικής το 2008, με αποτέλεσμα να εξελιχθεί σε παγκοσμίου επιπέδου κρίσης, λόγω της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας.

Οι παράγοντες που δημιούργησαν ένα έφορο έδαφος για την ανάπτυξη της κρίσης στην Ελλάδα, εντοπίζονται τόσο στα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν τα τελευταία τριάντα χρόνια, όσο και στην διεθνή οικονομική κρίση που τα ανέδειξε περισσότερο (Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδος, 2014). Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου αυξάνεται το ποσοστό της ανεργίας αλλά και αυτό της εργασιακής ανασφάλειας γεγονός τα οποία οδηγούν σε απώλεια ευημερίας και φτώχεια ενώ έχουν δραματικές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων.

Υποδεικνύεται πως η μακροχρόνια ανεργία σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον, κύριος λόγος γίνεται για τις ψυχικές διαταραχές, που πυροδοτούν ένα νέο κύκλο προβλημάτων, όπως τις αυτοκτονίες και τους βίαιους θανάτους (εγκλήματα, θανατηφόρα τροχαία, θάνατοι από υπερβολική δόση αλκοόλ και ναρκωτικών). Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας με ότι αυτό συνεπάγεται, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητά τους, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν τη φροντίδα τους αναλογιζόμενοι τα επιπλέον έξοδα (Καραϊσκού και συν, 2012).

Ας δούμε όμως την Ελληνική πραγματικότητα μέσα από ποσοστά, στην συνέχεια, παραθέτονται στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, η οποία διερεύνησε τον Δείκτη Σχετικής Φτώχειας και δημοσίευσε τα ακόλουθα στοιχεία του πίνακα, το έτος 2014.

Πίνακας 1. Δείκτης Σχετικής Φτώχειας, ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)

| Έτος | Ποσοστά Φτώχειας % |
|------|--------------------|
| 2009 | 19,7% |
| 2010 | 20,1% |
| 2011 | 21,4% |
| 2012 | 23,1% |

Αναφορικά, το έτος 2009 ο Δείκτης Σχετικής Φτώχειας ήταν 19,7% , το 2010 αυξήθηκε στο 20,1%, το 2011 στο 21,4%, ώστε να φτάσει στο 23,1% το 2012. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε περίπου 2.536.000 ανθρώπους. Ενώ οι νέοι ηλικίας μέχρι 17 ετών αντιμετωπίζουν σε ποσοστό περίπου 26,9% τον κίνδυνο φτώχειας, έναντι του ποσοστού 45,8% των ενήλικων ανέργων (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2014).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ, ο Δείκτης Ανεργίας στην χώρα αναδρομικά παρουσιάζεται παρακάτω

Πίνακας 2. Δείκτης Ανεργίας, ΕΛ.ΣΤΑΤ (2017)

| Έτος | Ποσοστά Ανεργίας % |
|------|--------------------|
| 2011 | 20,6% |
| 2012 | 26,4% |
| 2013 | 27,7% |
| 2014 | 25,9% |
| 2015 | 24,5% |
| 2016 | 23,0% |

Όσον αφορά τώρα τον Δείκτη Ανεργίας, το Νοέμβριο του 2011 το ποσοστό βρισκόταν στο 20,6%, το 2012 στο 26,4%, το 2013 η αύξηση της ανεργίας κορυφώνεται με ποσοστό 27,7%, ενώ το 2014 ξεκινάει μια σταδιακή μείωση της ανεργίας φτάνοντας στο ποσοστό 25,9%, το 2015 συνεχίζει την μείωση στο ποσοστό 24,5% και το 2016 φτάνει στο 23,0%. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν, πως σήμερα το ποσοστό της ανεργίας στην χώρα, εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το έτος 2011. Το 2011 και ενώ υπήρχε ήδη η κρίση για σχεδόν δύο χρόνια, ήταν που έγινε ιδιαίτερα αισθητή στις περισσότερες κοινωνικό – οικονομικές τάξεις. Επιπλέον, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017) τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας στην χώρα, παρατηρούνται στις ηλικίες μεταξύ 15 – 24 χρόνων.

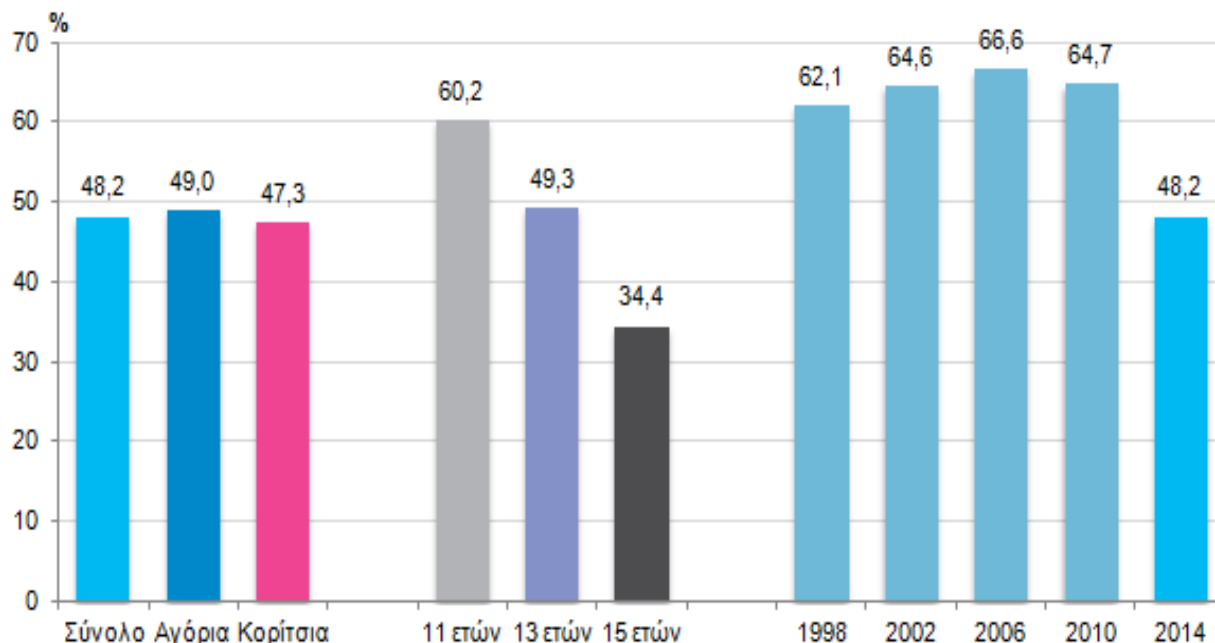
Όλα αυτά τα δεδομένα μας δείχνουν πως υπάρχει μια συνεχόμενη διακύμανση της οικονομικής ζωής. Πράγμα το οποίο καθιστά μετέωρη την ποιοτική διαβίωση των ανθρώπων ενώ έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία πρόσφορου εδάφους ανάπτυξης διαταραχών, τόσο στην σωματική όσο και την ψυχική υγεία, τις οποίες θα δούμε αναλυτικά στην συνέχεια.

Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα, η εφηβική ηλικία είναι μια περίοδος αναζήτησης. Τόσο σε επίπεδο αυτοπροσδιορισμού ή και προτύπων, όσο και σε επίπεδο συναισθηματικών αντιδράσεων. Όμως οι επιπτώσεις της κρίσης, όπως είναι: η γονεϊκή ανεργία, η μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων και ο αυξανόμενος αριθμός των αστέγων, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία της αναζήτησης που περνούν οι έφηβοι της ελληνικής κοινωνίας. Η οικογένεια αποτελεί το πρωταρχικό πλαίσιο για την ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση τους, το οικογενειακό περιβάλλον όμως, δεν παρέχει πλέον ασφάλεια στους νέους, οι οποίοι σε μια ηλικία κατά την οποία οικοδομούνται οι αντιλήψεις τους για τον κόσμο, νιώθουν ανασφαλείς και εκτεθειμένοι σε διάφορους εξωτερικούς κινδύνους (Ευθυμίου και συν, 2013).

Επομένως, το ρευστό κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, μπορεί να αποτελέσει αφορμή για εμφάνιση διαταραγμένης συμπεριφοράς καθώς και ψυχικών νοσημάτων. Στην οικονομική κρίση ο νέος αντιμετωπίζει ένα παρόν συνεχώς μεταβαλλόμενο και ένα απροσδιόριστο μέλλον. Οι προκλήσεις στις οποίες καλείται να ανταποκριθεί καθημερινά, τον οδηγούν στην ψυχική ή και συναισθηματική εξουθένωση. Παράγοντες οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην διαμόρφωση μιας μη υγιούς ταυτότητας. Επιπρόσθετα βιώνει την αγωνία των γονέων, και λόγω του στρες αναπτύσσει ψυχοσωματικά συμπτώματα με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτος απέναντι σε ασθένειες (Αναγνώστου, 2012).

Έρευνα την οποία πραγματοποίησαν οι Κοκκέβη και συν (2015), για το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, σχετικά με το πως αξιολογούν οι έφηβοι την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, μας δίνουν κάποια δεδομένα (Γράφημα1).

Γράφημα 1. Έφηβοι που αξιολόγησαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως καλή ή πολύ καλή (%)



Πηγή: ΕΠΙΨΥ | Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών – HBSC/WHO, 2014.

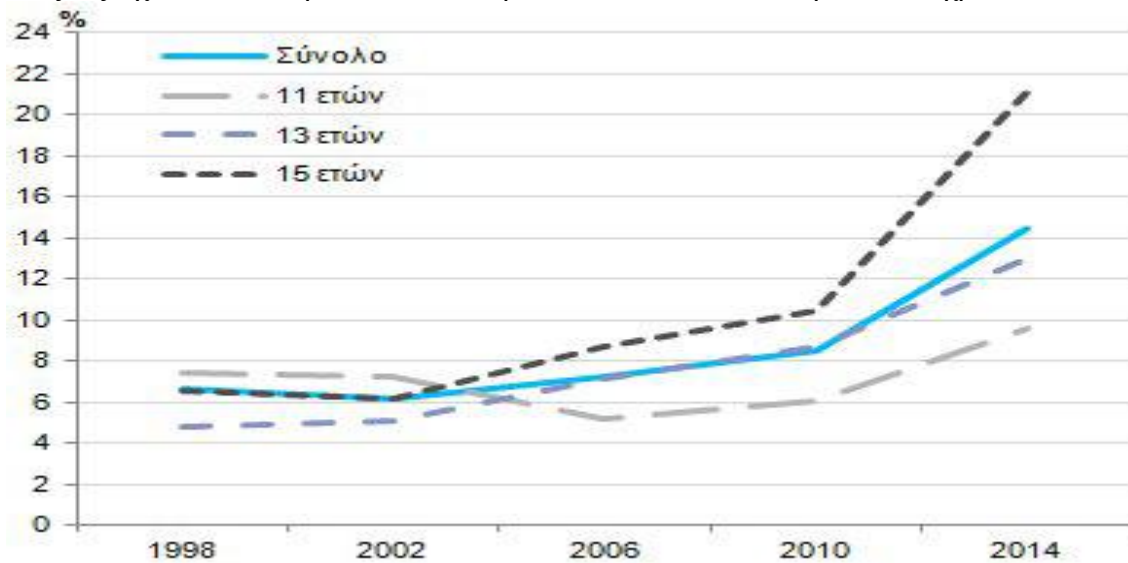
Από το Γράφημα 1. προκύπτει το ποσοστό 48,2% το οποίο απάντησε ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς ήταν καλή ή πολύ καλή, ενώ προκύπτει ένα 37,3%, ποσοστό που την τοποθέτησε στο μέσο όρο, επιπλέον όχι πολύ ή καθόλου καλή την αξιολόγησε το ποσοστό 14,5%.

Μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων, σε μεγαλύτερο ποσοστό οι έφηβοι 11 χρόνων (60,2%) χαρακτήρισαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως καλή ή πολύ καλή, συγκριτικά με τους 13χρονους (49,3%) και τους 15χρονους (34,4%).

Διαχρονικά, από το 1998 στο 2006 παρατηρήθηκε κάποια τάση αύξησης του ποσοστού των εφήβων που θεωρούσαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως καλή, ενώ τα επόμενα χρόνια το ποσοστό μειώθηκε, με το 2014 να φτάνει στα χαμηλότερα επίπεδα διεξαγωγής της έρευνας.

Στην συνέχεια, θα δούμε την αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης συγκριτικά με τις ηλικιακές ομάδες των εφήβων.

Γράφημα 2. Έφηβοι που αξιολόγησαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως όχι και τόσο ή καθόλου καλή, στο σύνολο και ανά ηλικία, διαχρονικά (%).



Πηγή: ΕΠΙΨΥ | Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών – HBSC/WHO, 2014.

Παρατηρούμε πως από την έρευνα προκύπτει μια αύξηση στο ποσοστό των εφήβων όλων των ηλικιών, που απαντούν ότι είναι σε οικογένεια με τόσο ή καθόλου καλή οικονομική κατάσταση. Από τις διαχρονικές αναλύσεις, στις τρεις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, προκύπτει ότι η αίσθηση περί καθόλου καλής οικονομικής κατάστασης της οικογένειας γίνεται εντονότερη με την αύξηση της ηλικίας, με το ποσοστό των 15 χρόνων να διπλασιάζεται μεταξύ 2010 και 2014.

Κατανοητό είναι λοιπόν, πως ο νέος καλείται να οραματιστεί και να οργανώσει το υπόλοιπο της ζωής του λαμβάνοντας υπόψη τα τωρινά δεδομένα. Δεδομένα τα οποία είναι αβέβαια, δεδομένα στα οποία η ζωή μεταβάλλεται πάρα πολύ εύκολα, ενώ υπάρχει έλλειψη σταθερότητας και σιγουριάς από τις κοινωνικές δομές και από τους ίδιους τους ανθρώπους. Σαν αποτέλεσμα, ο σημερινός έφηβος καλείται να μπει σε ένα ρόλο, διαφορετικό από αυτόν που είχαν οι έφηβοι τα παλαιότερα χρόνια. Εκεί δημιουργείται ένα αδιέξοδο, το οποίο, πρέπει να αντιμετωπιστεί από τον νέο, ανάλογα με την ευαλωτότητα που διακατέχει την κάθε προσωπικότητα (Ντολιοπούλου, 2013).

Στην συνέχεια, θα δούμε τι χρειάστηκε να αλλάξει ο νέος στην καθημερινότητά του, θα δούμε ποιες είναι οι επιπτώσεις από την οικονομική αστάθεια στην οποία ζούμε, έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι έφηβοι. Οι οποίοι ρωτήθηκαν το 2014 σχετικά με τις επιπτώσεις στους ίδιους και στην οικογένειά τους. Αναλυτικά οι απαντήσεις των μαθητών παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Συχνότερα από τους εφήβους, με ποσοστό 27,9% αναφέρθηκαν η αδυναμία της οικογένειας να κάνει διακοπές ή/και ταξίδια. Με ένα ελαφρώς μικρότερο ποσοστό (27,3%) αναφέρθηκε η δημιουργία εντάσεων και καυγάδων στην οικογένεια, ενώ το ποσοστό 21,3% απάντησε πως τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς έχασε τη δουλειά του. Γενικά, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι βιώνουν ή αντιλαμβάνονται σε

υψηλότερο ποσοστό τις συνέπειες της οικονομική κρίσης, συγκριτικά με τους μικρότερους. Επιπλέον, περισσότερα κορίτσια από ότι αγόρια, αντιλαμβάνονται τις εντάσεις μέσα στην οικογένεια και την αδυναμία της οικογένειας να κάνει διακοπές και ταξίδια (Πίνακας 3).

Οι έφηβοι φαίνεται ότι αντιλαμβάνονται τις συνέπειες της πρόσφατης οικονομικής κρίσης μέσα από τις απαντήσεις τους. Επιπλέον, αυξάνεται το ποσοστό εκείνων που έχουν τουλάχιστον έναν άνεργο γονιό και παράλληλα μειώνεται αισθητά το ποσοστό εκείνων που θεωρούν καλή την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους. Παράλληλα, σημαντική μερίδα των εφήβων, και κυρίως των μεγαλύτερων σε ηλικία, βιώνουν έντονα την οικονομική κρίση όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την αδυναμία της οικογένειάς να κάνει διακοπές και ταξίδια, την ανάγκη για μετακόμιση σε μικρότερο σπίτι και, σε κάποιες περιπτώσεις, την αδυναμία για αγορά τροφίμων. Επιπλέον σημαντικό ποσοστό των εφήβων αναφέρουν ότι λόγω της κρίσης δημιουργήθηκαν καυγάδες και εντάσεις στην οικογένειά. Οι μικρότεροι έφηβοι δεν φαίνεται να βιώνουν τόσο έντονα τις συνέπειες της κρίσης, γεγονός το οποίο αποδίδεται στο ότι οι ίδιοι δεν έχουν την ωριμότητα να αντιληφθούν προβλήματα οικονομικής φύσης που αντιμετωπίζει η οικογένειά τους, όσο και ότι η ίδια οι οικογένεια προστατεύει τα μικρότερα παιδιά από τα προβλήματα αυτά (Κοκκέβη και συν, 2015).

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των εφήβων σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, στο σύνολο, ανά φύλο και ηλικία (%)

| | Σύνολο | Αγόρια | Κορίτσια | 11 Ετών | 13 Ετών | 15 Ετών |
|--|--------|--------|----------|---------|---------|---------|
| Σταμάτησαν να πηγαίνουν διακοπές ή ταξίδια | 27,9 | 25,2 | 30,5 | 15,6 | 29,2 | 39,3 |
| Δημιούργησε εντάσεις και καυγάδες μέσα στην οικογένεια | 27,3 | 23,2 | 31,3 | 14,0 | 27,3 | 41,0 |
| Τουλάχιστον ένας γονιός έμεινε άνεργος | 21,3 | 21,9 | 20,8 | 17,8 | 21,3 | 25,1 |
| Σταμάτησαν τα φροντιστήρια/ ιδιαίτερα μαθήματα | 10,5 | 10,9 | 10,0 | 5,8 | 10,2 | 15,6 |
| Χρειάστηκε να μετακομίσουν σε άλλη περιοχή ή μαζί με συγγενείς | 8,2 | 9,4 | 7,0 | 8,9 | 7,0 | 8,7 |
| Τους λείπουν χρήματα για να αγοράσουν τρόφιμα | 5,4 | 4,7 | 6,2 | 3,6 | 5,3 | 7,5 |
| Χρειάστηκε να αλλάξουν σχολείο (από ιδιωτικό σε δημόσιο) | 3,1 | 3,5 | 2,7 | 2,6 | 3,9 | 2,6 |

Πηγή: ΕΠΙΨΥ | Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών – HBSC/WHO, 2014.

Εν συνεχεία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, μπορεί να δυσχεράνει την ποιότητα ζωής, ο οποίος γίνεται εντονότερος μέσα από την ταξική ανισότητα της σύγχρονης κοινωνίας, ενώ οι κοινωνικοί δεσμοί αδυνατούν. Με αποτέλεσμα το άτομο να «κλείνεται» στον εαυτό του, να απομονώνεται και να αυξάνεται η ευαλωτότητα απέναντι στην κατάθλιψη και τις διαταραγμένες συμπεριφορές. Ακόμη, οι έφηβοι μέσα στο μοτίβο της απελπισίας, τον φαύλο κύκλο που δημιουργεί η σύγχρονη κοινωνία στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης που την διακατέχει, αναζητούν διέξοδο καταναλώνοντας εξαρτησιογόνες ουσίες. Το αδιέξοδο στο οποίο βρίσκεται ο έφηβος, είναι απόρροια της σύγχρονης ζωής. Είναι σημαντικό, ο ρόλος των γονέων να είναι προστατευτικός απέναντι στην ψυχική υγεία και ευεξία των εφήβων.

Τα τελευταία χρόνια λοιπόν, η ύφεση της οικονομίας επιφέρει όπως θα δούμε πολλά προβλήματα. Η διακύμανση αυτή της οικονομίας, αποτελεί παράγοντα πολλών ανατροπών. Μια από τις βασικές επιπτώσεις της σημερινής οικονομικής κρίσης, μεταξύ άλλων είναι η διατάραξη της ευεξίας των ανθρώπων ενώ ωθεί ένα μεγάλο ποσοστό πληθυσμού στην φτώχεια. Η ανεργία ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης φαίνεται να σχετίζεται με την υιοθέτηση μη υγιεινών συνηθειών, ενώ συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως υγεία ορίζεται η απουσία νόσου και η κατάσταση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας (Αναγνώστου, 2012).

Η απώλεια εργασίας σύμφωνα με τον Τούντα (2004) καταλαμβάνει την 8η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, η απώλεια εργασίας σχετίζεται με την ψυχική υγεία, τα μειωμένα επίπεδα ευεξίας, την μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, την κατάθλιψη και των συνεπακόλουθων των βίαιων συμπεριφορών.

Σύμφωνα με τους Μπούρα & Λύκουρα (2011), η απώλεια της εργασίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, την αύξηση της κατάθλιψης και την αντικοινωνική συμπεριφορά. Ο σύγχρονος άνθρωπος είναι δομημένος πάνω στην εργασία του και την οικονομική του τάξη επομένως, η εργασία συμβάλει στον απόδοση της ταυτότητας αλλά και στην εικόνα του εαυτού. Έτσι, εκτός από τα πρακτικά προβλήματα που εμφανίζονται, καθώς μειώνεται ο μισθός, πολύ σημαντική είναι και «συμβολική» κατάρρευση που βιώνει το άτομο, γεγονός το οποίο επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους.

Οι συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης αντανακλώνται κυρίως μέσα από :

την οικονομική ζωή και

την κοινωνική ζωή

Πιο αναλυτικά, στην οικονομική ζωή οι επιπτώσεις είναι η μείωση ή η απουσία εισοδήματος, πράγμα το οποίο οδηγεί στην φτώχεια. Η περικοπή δαπανών τόσο για την εκπαίδευση όσο και για την υγεία, καταστάσεις οι οποίες συμβάλουν στην καλή ποιότητα της ζωής. Στην κοινωνική ζωή, υπάρχει μια συνεχόμενη γενικευμένη αβεβαιότητα που κυριαρχεί. Οι οικονομικές επιπτώσεις οδηγούν στην αλλαγή της καθημερινότητας των ανθρώπων το οποίο επιδρά αρνητικά στην ψυχοκοινωνικότητά τους, η οποία αποτελείται τόσο από την ψυχική ευεξία όσο και από την κοινωνική συναναστροφή. Συναναστροφή η οποία είναι απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία

των ατόμων μέσα στην κοινωνία. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μονοπάτια που οδηγούν σε εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, σε σκέψεις που μπορεί να είναι απελπιστικές και αδιέξοδες, ακόμη οδηγήσουν μέχρι και στην αυτοκτονία. Τα άτομα τα οποία πλήττονται πρώτα συνήθως, από μια οικονομική κρίση, είναι οι εργάτες, οι χειρώνακτες, άτομα με χαμηλή εκπαίδευση και άτομα τα οποία ανήκουν σε χαμηλό ταξικό επίπεδο. Επίσης, στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανήκουν τα άτομα που νοσούν από ψυχιατρικά νοσήματα, καθώς δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος στον οποίο η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο (Γιωτάκος, 2010).

Η οικονομική διακύμανση που οδηγεί στην φτώχεια, συνεπάγεται αλλαγή της ποιότητας της ζωής σε όλα τα επίπεδα. Αρχικά στην μειωμένη ποιότητα του φαγητού, πράγμα το οποίο οδηγεί σε χρόνιες παθήσεις. Σε πολλές περιπτώσεις η μετανάστευση προς αναζήτηση καλύτερης επαγγελματικής αποκατάστασης και φυσικά σε ένα γενικευμένο άγχος το οποίο συνεπάγεται πολλές διαταραχές (Καραϊσκού και συν, 2012).

Το αντίκτυπο των οικονομικών κρίσεων στην γενικότερη υγεία των ανθρώπων, ποικίλλει όπως θα δούμε και στην συνέχεια, αφού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, στην συνέχεια θα αναφερθούν η ψυχική υγεία και η σωματική.

A. Ψυχική υγεία

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία αλλά και την οικονομική του επιφάνεια. Οι περισσότεροι ερευνητές, όπως αναφέρει ο Αναγνώστου (2012), συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Υπάρχει μια ισχυρή συνάφεια, ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς κ.α.

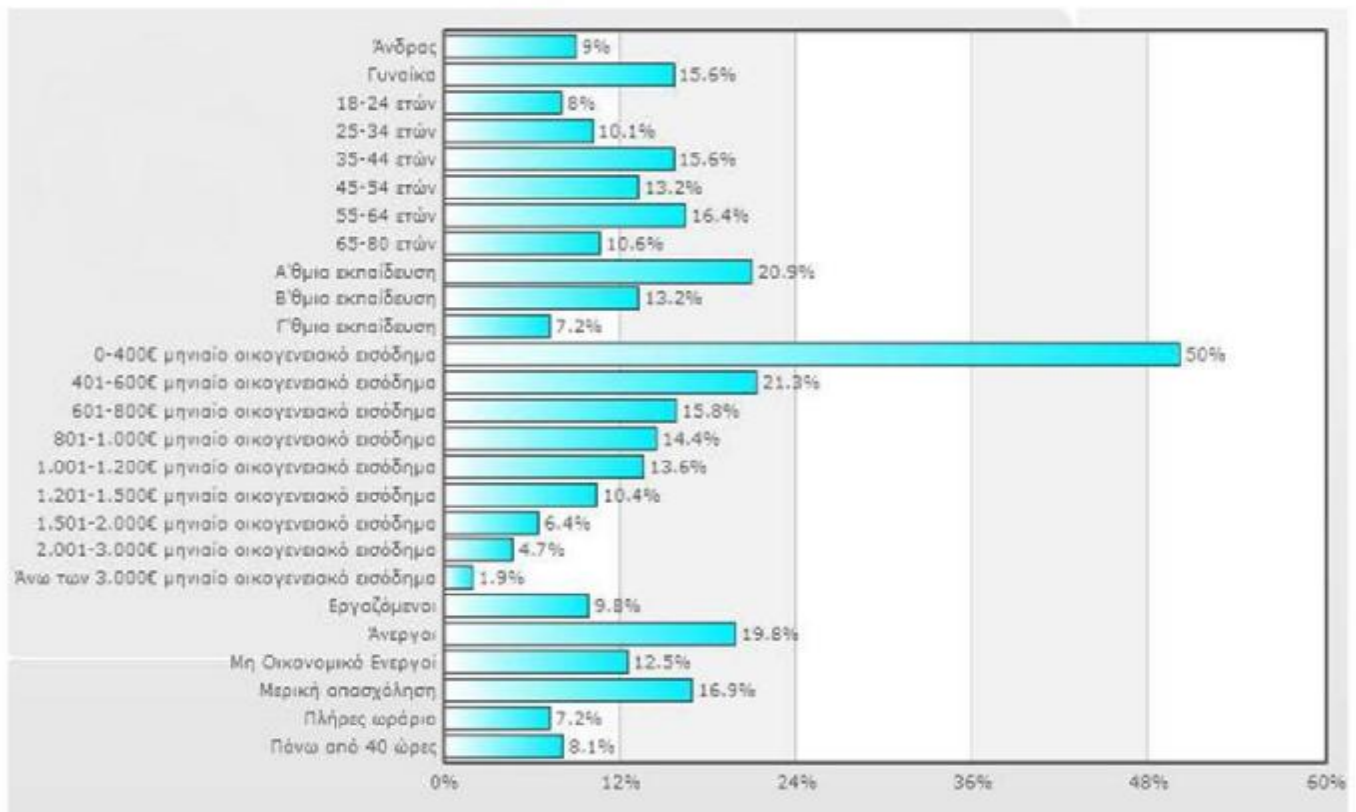
Η σημασία των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία, κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δεύτερες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001). Σύμφωνα με τον Αναγνώστου (2012), ο μέσος όρος των ατόμων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα είναι υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%) σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται (16%). Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα. Επίσης, οι περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτώχη διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα αλλά και θνησιμότητα. Επιπλέον η εύρεση εργασίας είναι βασικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής, γιατί αποτελεί την προϋπόθεση για την αποφυγή της φτώχειας, η οποία επιδρά αρνητικά στην ικανοποίηση του ατόμου. Το βιοτικό επίπεδο, είναι προσδιοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής καθώς επηρεάζει την υλική ευημερία, η οποία έχει πολύ μεγάλη αξία στην σύγχρονη εποχή.

Σύμφωνα με έρευνα (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2013) το 4,7% του πληθυσμού δηλώνει πως πάσχει από κατάθλιψη, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το 2009 (2,6). στην ίδια έρευνα το 7,6% δηλώνει πως πάσχει από αγχώδεις διαταραχές, ενώ ένα ποσοστό της τάξης 1,7% δηλώνει πως πάσχει από άλλες ψυχικές διαταραχές.

Η οικονομική ύφεση, σε συνδυασμό με την μη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, συχνά, μπορεί να καταβάλει ψυχολογικά τα νεαρά άτομα (Σταθόπουλος, 2005).

Ας δούμε τον πίνακα που περικλείει το προφίλ των ατόμων που έχουν επιρρέπεια προς την κατάθλιψη.

Γράφημα 3. Το προφίλ των ατόμων που παρουσιάζουν βαριά κατάθλιψη



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2013

Οι Ευθυμίου και συν (2013), αναφέρουν πως τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης (1,69 με 2,07 φορές) από εκείνους με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ανεξάρτητα από την πορεία της ζωής τους ακόμη και μετά την ενηλικίωση. Η οικονομική δυσφορία έχει μικρότερες συνέπειες στην ψυχική υγεία ενός ατόμου το οποίο έχει ισχυρές πεποιθήσεις, τόσο για την αυτοπεποίθησή του όσο και για την αποτελεσματικότητά του. Επίσης οι αυξημένες κοινωνικές επαφές δείχνουν να σχετίζονται με την καλύτερη ψυχική υγεία. Επομένως, φαίνεται ότι και κάτω από έντονο αντικειμενικό οικονομικό στρες, το υποκειμενικό οικονομικό στρες, μπορεί να ποικίλει. Το ίδιο συμβαίνει και με την ψυχική υγεία του ατόμου. Επίσης κατά την αγροτική κρίση της Αμερικής το 1980, οι τότε οικονομικές αλλαγές φαίνεται να σχετίζονταν, με την τότε

έντονη εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στον επαρχιακό πληθυσμό. Σημαντικό παράγοντα αποτέλεσαν η προσωπική αντίληψη για τις ατομικές οικονομικές προοπτικές, η κοινωνική δομή και το οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο της κοινότητας.

Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν σχεδόν τρεις φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφανίζουν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1%. Ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα. Σχετικά με την απασχόληση τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας είχαν όσοι εργάζονται. Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία (Ευθυμίου και συν, 2013).

Φυσικά στην εξέλιξη της ψυχοσυναισθηματικής των ατόμων σε περίοδο κρίσης, όπως προαναφέρθηκε σημαντικό ρόλο έχει η προσωπικότητα του καθενός. Ο κάθε άνθρωπος, επεξεργάζεται τα γεγονότα της ζωής του και τον τρόπο αντιμετώπισής τους, ανάλογα με το τι κρύβει ο ψυχισμός του. Όπως λέει και η κα Κατάκη (2014), ο ψυχισμός “είναι ένα οικοδόμημα το οποίο σε μεγάλο βαθμό χτίστηκε ερήμην μας”.

Σύμφωνα με τον Μπούρα και Λύκουρα (2011), τα στοιχεία από την Γραμμή Βοήθειας, δείχνουν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατ' εξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18 – 30 ετών), καθώς βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από τους καλούντες δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν την δύσφορη και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν ή βρίσκονται, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας το 2010 τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Κατά τους Πατελάρου και συν (2011), οι Stuckler et al το 2009 μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης, για το διάστημα 1970 – 2006, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορούν να επηρεάσουν τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις τρεις αυτές δεκαετίες και βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,79% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών. Σε μελέτη από τον Οικονόμου το 2007, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη της θνησιμότητας κατά 2,18 (Μαλλιάρου & Σαράφης, 2012: 206).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως συνολικά το ποσοστό της θνησιμότητας κατά το έτος 2012 στην Ελλάδα, άγγιξε τον αριθμό των 116.670 αποβιωσάντων. Ο αριθμός αυτός είναι το υψηλότερο νούμερο από το 1949 στην χώρα. Επιπλέον, ιστορικά η οικονομική αστάθεια μιας χώρας έχει συνδεθεί με την αύξηση της θνησιμότητας (Vlachadis et al, 2014: 691). Κατά το έτος 2015 σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016) το νούμερο των αποβιωσάντων ανήλθε σε 121.212.

Οι Ευθυμίου και συν. (2013:23), αναφέρουν μελέτη του πανεπιστημίου του Ελσίνκι, στην Φιλανδία, η οποία δείχνει πως η θνησιμότητα στους ανέργους που έχουν

υπάρξει ξανά άνεργοι ήταν 2,5 φορές υψηλότερη από αυτούς που δεν είχαν υπάρξει ξανά άνεργοι.

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2012), υπάρχουν στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Ένωση τα οποία συνδέουν την ανεργία με την θνησιμότητα. Επίσης κάνουν λόγο για αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονίες εξαιτίας της ανεργίας. Γίνεται αναφορά σε περιπτώσεις ατόμων που δεν έχουν ούτε τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να ζήσουν. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο στους άντρες από ότι στις γυναίκες, ίσως επειδή οι άντρες τείνουν να πιστεύουν περισσότερο πως δεν υπάρχει κατάλληλη πηγή στήριξης και βοήθεια όταν οι οικονομικές καταστάσεις τείνουν να επιδεινώνονται.

B. Σωματική υγεία

Το επίπεδο υγείας είναι άμεσα συνυφασμένο με το εισόδημα και κατ' ακολουθία, η οικονομική ύφεση δεν θα μπορούσε να μην έχει επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Η κρίση της διαχείρισης του ελληνικού συστήματος υγείας εξελίχθηκε και συνεχίζει να εξελίσσεται μέσα από τις δραματικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία.

Η οικονομική ύφεση, και τα φαινόμενα που την συνοδεύουν, συνεπάγονται όπως είδαμε σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική, όπως θα δούμε, υγεία των πολιτών. Επιπλέον, οι αλλαγές στο επίπεδο διαβίωσης είναι δραματικές, η Ντολιοπούλου (2013:109) αναφέρει πως οι μαθητές, βρίσκονται αντιμέτωποι με το φάσμα του υποσιτισμού, λαμβάνουν ανεπαρκή ιατρική και ψυχική φροντίδα, δυσκολεύονται ολοένα και περισσότερο στις σχολικές τους επιδόσεις, καθώς τους λείπουν όχι μόνο πολλά σχολικά είδη αλλά και είδη καθημερινής ένδυσης, ενώ συχνά καταλήγουν και θύματα της παιδικής εργασίας.

Σύμφωνα με έρευνα του Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος» σε 152 σχολεία της χώρας κατά την σχολική χρονιά (έτος 2012-2013, δείγμα 15.897 ερωτηματολογίων), ο ένας στους τέσσερις μαθητές, ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 27%, αισθάνονταν επισιτιστική ανασφάλεια με ύπαρξη πείνας. Αυτά είναι ποσοστά τα οποία δεν θεωρούνται πως αποδίνουν μια ολοκληρωμένη εικόνα, καθώς όταν μιλάμε για ανηλικούς η καταμέτρηση δεν μπορεί να είναι ακριβής (Μπουρικός & Σωτηρόπουλος, 2014).

Επιπλέον, τα προβλήματα εθισμού, οι εξαρτήσεις, ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, η κατανάλωση καπνού, αλκοόλ καθώς και οι τροφές με χαμηλή διατροφική αξία, αποτελούν κάποιες από τις αρνητικές επιδράσεις στην υγεία γενικότερα. Ιδιαίτερα αυξημένα είναι τα επίπεδα καρδιαγγειακών νοσημάτων, τα οποία μπορεί να επιφέρουν το θάνατο. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα συνδέονται άμεσα με το στρες και με την κατάθλιψη. Ευρήματα ερευνών σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες, συσχετίζουν την ανεργία με την ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα αναπνευστικά προβλήματα, τα ηπατικά νοσήματα (Πατελάρου και συν, 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2014, για την γενική κατάσταση της υγείας των πολιτών, οι ερωτώμενοι απάντησαν με ποσοστό 74,8% ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή ή καλή, με ποσοστό 18,2% απάντησαν πως έχουν μέτρια υγεία και το 7,0% ότι έχει κακή ή πολύ κακή υγεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Στην ίδια έρευνα, καταγράφεται αύξηση 25,2% στον πληθυσμό που δηλώνει ότι πάσχει από χρόνιο πρόβλημα υγείας, σε σχέση με το 2009.

Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕΠΚΑ, 2011), τα τελευταία χρόνια που διανύουμε την οικονομική κρίση το 65,44% των καταναλωτών έχει αλλάξει σημαντικά την διατροφική συμπεριφορά του. Η ανεργία έχει πλήξει πολλές οικογένειες, οι μισθοί έχουν μειωθεί, τα εισοδήματα ολοένα και συρρικνώνονται ενώ την ίδια στιγμή, οι τιμές σε πολλά προϊόντα παραμένουν ακόμη και σήμερα σε υψηλά επίπεδα.

Διακυμάνσεις οι οποίες στο σύνολο μπορούν να επιφέρουν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας. Πόσο μάλλον εφόσον το άτομο το οποίο αλλάζει, θέλοντας ή όχι, δραματικά την διατροφική του αξία, είναι νεαρός έφηβος. Μία περίοδο κατά την οποία όπως είδαμε και σε προηγούμενη ενότητα, λαμβάνει μέρος η απότομη ανάπτυξη του σώματος, η οποία είναι σημαντική για την υπόλοιπη ζωή. Εάν ο νέος δεν λαμβάνει τις απαραίτητες διατροφικές αξίες, χάνει δομικά στοιχεία για την σωματική του υγεία. Το ανθρώπινο σώμα και ο ανθρώπινος νους δεν μπορούν να λειτουργήσουν σωστά, αν στερούνται βασικά θρεπτικά συστατικά, ιδιαίτερα βιταμίνες και μέταλλα. Επίσης, δεν υπάρχει σωστή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, όταν το σώμα αδυνατεί να λάβει σε καθημερινή βάση τις αξίες που χρειάζεται (Ολιστική Αρμονία, 2005).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί το πρωταρχικό πλαίσιο για την ανάπτυξη και την κοινωνικοποίηση του εφήβου. Επιπλέον, η οικογένεια θεωρείται ο σημαντικότερος μηχανισμός μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η υγεία και η ευεξία όλων των ατόμων. Από τις έρευνες που παρουσιάστηκαν συμπεραίνουμε πως, τόσο η δομή της οικογένειας, όσο και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα σε αυτήν, και πρωτίστως η επικοινωνία με τα γονικά πρόσωπα, είναι καίριας σημασίας για την ανάπτυξη του εφήβου, τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία του και την εξέλιξή του στην μετέπειτα ζωή.

Η πλειονότητα των εφήβων στην Ελλάδα αναφέρουν πως ζουν και με τους δύο βιολογικούς γονείς τους, ωστόσο το ποσοστό που ζει σε μονογονεϊκού τύπου οικογένεια δείχνει να έχει διπλασιαστεί μεταξύ 1998 και 2014. Επιπλέον, οι έφηβοι δείχνουν να επηρεάζονται έντονα από τις συνέπειες της σύγχρονης οικονομικής κρίσης. Δεδομένου πως η εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδο στην ζωή του ατόμου, το οικογενειακό περιβάλλον και ιδιαίτερα οι σχέσεις μέσα σε αυτό, είναι σημαντικό, να αποτελούν πεδίο εστίασης στην ανάπτυξη παρεμβάσεων και πολιτικών, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπως αυτή που διανύει η χώρα. Επομένως, παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας που αναπτύσσονται στην αστική κοινότητα και συγκεκριμένα στο σχολικό περιβάλλον, επιβάλλεται να λάβουν υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα των οικογενειών λόγω οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών (Κοκκέβη και συν., 2015).

Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001), οι έφηβοι και οι γονείς, οφείλουν να διαπραγματεύονται αυτή την νέα μορφή ανεξαρτησίας, που υιοθετεί ο έφηβος, η οποία αυτόματα, του αναθέτει ένα ρόλο μεγαλύτερης ισότητας και σχεδόν ίσης ευθύνης με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Επαναδιαπραγμάτευση, χρειάζονται οι κανόνες, τα όρια αλλά και οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια, ώστε να επιτρέπεται σταδιακά η αυτονομία, ταυτόχρονα όμως ο έφηβος να προστατεύεται από σοβαρούς

κινδύνους. Η επικοινωνία χρειάζεται να είναι ευθεία και ξεκάθαρη και να διέπεται από σεβασμό και θετική ενίσχυση. Η σύνθεση και ο βαθμός των παραπάνω σημείων καθώς και η προσωπική ενημερότητα των γονέων, διαμορφώνει τελικά την δυναμική της οικογένειας, η οποία υποστηρίζει την ανάπτυξη του εφήβου και την ολοκλήρωση της ταυτότητά του με στόχο την τελική αυτονομία (Greydanus και συν., 2011).

Η οικονομική κρίση, από την άλλη, αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας καθώς και για τον τομέα της υγείας. Οι ρυθμοί ζωής στα σύγχρονα αστικά κέντρα επιταχύνονται και πλέον ο άνθρωπος για να προλάβει να διεκπεραιώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις, μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, αφήνει κατά μέρος βασικές λειτουργικές, ανάγκες για τον οργανισμό του, όπως είναι η ξεκούραση και η φυσική δραστηριότητα. Ας μην ξεχνάμε πως η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ψυχολογικό δείκτη κάθε ατόμου (Δημοσχάκης & Κουθούρης, 2013).

Όλα αυτά είναι εμπειρίες - βιώματα που έρχονται στην επιφάνεια κατά την διάρκεια της εφηβείας. Αυτό συμβαίνει, καθότι η περίοδος αυτή είναι η αναμόχλευση των ψυχολογικών, των κοινωνικών και των βιολογικών βιωμάτων. Για αυτό το λόγο ο έφηβος έχει ανάγκη να προβληματιστεί αλλά και να επαναστατήσει (Χουρδάκη, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο – ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέσα στο σχολικό περιβάλλον, σε αυτό το μικρό αλλά αντιπροσωπευτικό κοινωνικό σύνολο, οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, εμφανίζουν ιδιαιτερότητες είτε κατά τη διάρκεια του μαθήματος είτε εκτός. Όταν αυτά συνυπάρχουν και με άλλου είδους προβλήματα, τότε η αντιμετώπιση και η διαχείρισή τους είναι ιδιαίτερος δύσκολη και αυτά διαιωνίζονται. Ο συνήθης τρόπος αντιμετώπισής τους από την πλευρά των εκπαιδευτικών είναι η αντίδραση και η επιθετικότητα, ένας τρόπος αναποτελεσματικός. Ο εντοπισμός, η σωστή διαχείριση και προσέγγιση ενός τέτοιου μαθητή είναι επιβεβλημένη. Ο διδάσκων, είτε ακολουθήσει τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, είτε την οικοσυστημική ή την ενεργητική, οφείλει πρώτα να μπορέσει με διάφορες ψυχοπαιδαγωγικές θεωρίες να προσεγγίσει τον μαθητή. Επιπρόσθετα, από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θεωρείται ότι το πρόσφορο σχολικό περιβάλλον είναι ιδανικό για την απαιτούμενη και απαραίτητη ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, στην οποία πρέπει να συμβάλλει, βέβαια, όλος ο περίγυρος του νέου. Τέλος, για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα οφείλεται να πραγματοποιείται συνεχής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών.

6.1. Τρόποι προσέγγισης και αντιμετώπισης των διαταραχών ψυχικής υγείας από τους εκπαιδευτικούς

Ο σύνηθες τρόπος αντιμετώπισης από την πλευρά του εκπαιδευτικού είναι η επιθετικότητα. Οι εκπαιδευτικοί είναι εχθρικοί και αυστηροί με τον έφηβο που έχει κάποιο πρόβλημα κι έτσι η κατάσταση επιδεινώνεται περαιτέρω. Η αρνητικότητα τους δεν περιορίζεται μόνο στα άτομα που εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά αλλά και στα νεαρά άτομα που πιθανόν να τους δημιουργούν πρόβλημα κατά την εκτέλεση του μαθήματος. Αυτή η λανθασμένη συμπεριφορά του καθηγητή περιλαμβάνει κυρίως τιμωρίες, επικριτικά σχόλια, εχθρική και απαξιωτική στάση, αποπομπή από την αίθουσα και άλλα. Αυτή η στάση των εκπαιδευτικών, όχι μόνο δεν επιλύει το πρόβλημα, αλλά επηρεάζει τις ήδη διαταραγμένες, εξαιτίας της διαταραχής ψυχικής υγείας, σχέσεις του νεαρού νοσούντα με τους συμμαθητές του. Αυτή η έλλειψη αποδοχής από τους συμμαθητές επηρεάζει την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Επιπλέον, πολλές φορές ο εκπαιδευτικός θεωρεί ότι το κάθε πρόβλημα, η κάθε είδους διαταραχή δεν είναι αντιμετωπίσιμη από τον ίδιο. Θεωρεί ότι είναι κάτι που δε μπορεί να το αλλάξει, κάτι για το οποίο, επειδή δεν ευθύνεται ο ίδιος, αλλά η οικογένεια, δεν έχει καμιά ευθύνη. Δεν πρέπει, επίσης, να ξεχνάμε ότι μέσα σε μια σχολική αίθουσα, τα άτομα με διαταραχή πολλές φορές αποτελούν τον αποδιοπομπαίο τράγο. Ακόμα κι όταν δεν ευθύνονται ουσιαστικά τα ίδια, λειτουργούν ως ένας εύκολος στόχος. Σίγουρα δεν πρέπει να λησμονούμε, ότι λόγω αδιαφορίας και τεμπελιάς, πολλοί μαθητές έχουν χαμηλή επίδοση στο μάθημά τους. Δεν είναι καχύποπτοι απέναντι στο γεγονός, ότι πίσω από ένα τέτοιο νέο ίσως να βρίσκονται πολλαπλά προβλήματα με ποικίλες αιτίες. Οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να μην κάνουν διαχωρισμό σε καλούς και κακούς μαθητές καθώς έτσι καλλιεργείται ο κοινωνικός στιγματισμός, με επακόλουθο τα αρνητικά σχόλια και το χλευασμό των υπολοίπων. Επιπροσθέτως, ορισμένοι εκπαιδευτικοί επικεντρώνονται καθαρά και

μόνο στη μάθηση, στην εκπαίδευση και τη διδακτική διαδικασία. Επόμενο, λοιπόν, είναι να θεωρούν πάρεργο, μια πρόσθετη επιβάρυνση την ενασχόλησή τους με τα προβλήματα ψυχικής υγείας των νέων (Fontana, 1996).

Στη λανθασμένη στάση, στη λάθος αντιμετώπιση των καθηγητών προς τους εφήβους που πάσχουν από ζητήματα ψυχικής υγείας παίζουν ρόλο:

Η προσωπικότητα του καθηγητή

Τα πρώτα μηνύματα στην αρχή κάθε σχολικού έτους

Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επικοινωνία συμμαθητών και συμμαθητών - εκπαιδευτικού

Ο τρόπος με τον οποίο στηρίζεται και προωθείται η επιδιωκόμενη συμπεριφορά

Η ποιότητα και η οργάνωση του μαθήματος

Κατά γενική ομολογία, η υπηρεσιακή θέση που κατέχει ο εκπαιδευτικός, του προσδίδει μεγάλο κύρος. Εκτός των εκπαιδευτικών του γνώσεων που χαίρουν σημαντικής εκτίμησης, όταν ενδιαφέρεται και προσφέρει στους μαθητές κερδίζει την αγάπη και την αφοσίωσή τους. Επίσης, λόγω θέσης έχει τη δυνατότητα να προσφεύγει σε ένα σύστημα ποινών και αμοιβών. Για να θεωρείται επιτυχημένος πρέπει να κοσμείται από κάποια ουσιώδη χαρακτηριστικά. Η φιλικότητα, η ευχάριστη διάθεση, η ισορροπία, η νοημοσύνη, η υπομονή, η αποφασιστικότητα, η πρωτοτυπία, ο αυτοέλεγχος, η συνέπεια και η τήρηση των κανονισμών με μεθοδικότητα κι όχι περιστασιακά και μεροληπτικά είναι απαραίτητα προσόντα της επιτυχίας. Επιπροσθέτως, για τη διασφάλιση της ποιότητας του μαθήματος, κάτι το οποίο είναι καίριο, καθώς βοηθά τους νέους, να μην εκδηλώνουν τόσο εύκολα ή τόσο συχνά ή ακόμα και να ξεπερνούν προβλήματα που αντικατοπτρίζουν ή οδηγούν σε διατάραξη της ψυχικής τους υγείας, χρειάζεται το μάθημα να έχει ποικιλία, να προσφέρει κίνητρα και να δραστηριοποιεί κάθε μαθητή ανάλογα τα ενδιαφέροντά του, τις κλίσεις του και το μαθησιακό του προφίλ. Επιπλέον, να δίνονται εξ αρχής οι ακριβείς στόχοι του μαθήματος, το τί θα διδαχθεί, πώς και με ποιόν τρόπο, να ακολουθείται μια λογική σειρά στο διδακτικό περιεχόμενο και νέες μεθοδολογικές μέθοδοι από τον εκπαιδευτικό. Όσον αφορά το περιεχόμενο του μαθήματος, το ορθό είναι να δραστηριοποιεί το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή όλων μέσω των ερωτήσεων, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα και τέλος να ολοκληρώνεται ορθά και ομαλά (Wragg, 2003).

Για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των προβλημάτων, σε γενικές γραμμές οι παρεμβάσεις των διδασκόντων είναι λεκτικές και μη λεκτικές. Οι λεκτικές τους παρεμβάσεις περιλαμβάνουν θετικό σχολιασμό, αναφορά του ονόματος, ερώτηση στον άτακτο και απείθαρχο μαθητή, χρήση χιούμορ, επισήμανση των κανόνων, επίπληξη και έμμεση υπόδειξη. Στις μη λεκτικές αναφέρεται το άγγιγμα, η επιτίμηση, η αγνόηση και η προσέλευση του ενδιαφέροντος. Οι κυρώσεις, που συνεπάγονται πρέπει να γίνονται με παιδαγωγικό σκοπό και να έχουν λογικές συνέπειες, όπως αποκατάσταση ζημιών, αποκατάσταση τάξης, στέρηση προνομίων, απομόνωση. Βέβαια, σήμερα θεωρείται ότι δεν πρέπει να επιβάλλονται ποινές γιατί έχουν επιστημονικά διατυπωθεί νέες απόψεις για τη φύση του εφήβου και προωθούν λανθασμένα πρότυπα κοινωνικοποίησης. Επίσης, αρνητικό θεωρείται το γεγονός, ότι δημιουργούν υποταγμένους ή επαναστάτες, ηττημένους ή νικητές και ενοχή,

αρνητική αυτοεκτίμηση στους μαθητές κι όχι ευθύνη και συνέπεια πράξεων. Με αυτό τον τρόπο καταστρέφονται οι σωστές σχέσεις ανάμεσα στους συμμαθητές και μεταξύ συμμαθητών και εκπαιδευτικών. Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι οι ποινές δεν ωθούν την ορθή αναπτυξιακή πορεία του ατόμου, απλά για λίγο αναστέλλουν το σύμπτωμα, πετυχαίνοντας παροδικό και επιφανειακό αποτέλεσμα (Καλαντζή – Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Ο εντοπισμός ενός μαθητή που εκδηλώνει διαταραχές μάθησης λόγω κλονισμένης ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολος. Θα πρέπει η οικογένεια και οι εκπαιδευτικοί να είναι σε εγρήγορση στην αναγνώριση τέτοιου τύπου μαθητών. Τα σχολεία που διαθέτουν εκπαιδευτικό προσωπικό, που έχει καταρτιστεί στο συγκεκριμένο αντικείμενο και διαθέτει κατάλληλες γνώσεις θα μπορέσει να κάνει μια έγκαιρη και πιθανό σωτήρια διάγνωση. Θα πρέπει να έρχεται σε συνεννόηση και να κάνει συστηματική ενημέρωση δασκάλων και οικογενείας. Η αναγνώριση, λοιπόν, και κατόπιν η διαχείριση ενός μαθητή με δυσκολίες μάθησης είναι μια διαδικασία δύσκολη και χρονοβόρα. Στόχος της από τη μια, να βελτιώσει την επίδοση του μαθητή και να τον βοηθήσει να αναπτύξει τις δεξιότητές του (νοητικές, αντιληπτικές, γνωστικές). Από την άλλη, να εξαλείψει τις διαταραχές συναισθήματος που έχουν δημιουργηθεί. Εκτός από το νέο ρόλο που θα πρέπει να έχουν οι εκπαιδευτικοί και από την αλλαγή προς ένα πιο ορθό τρόπο διδασκαλίας και μαθήματος, θα πρέπει να υπάρχουν και ειδικοί που θα στηρίζουν τους μαθητές με πρόβλημα και θα συνεργάζονται τόσο με τους εκπαιδευτικούς όσο και με την ίδια την οικογένεια. Επίσης, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν εξατομικευμένα προγράμματα παρέμβασης, που θα αναγνωρίζουν και θα βελτιώνουν την αναπτυξιακή πορεία του μαθητή (Καλαντζή – Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι προσέγγισης και αντιμετώπισης μιας τέτοιας συμπεριφοράς από τους εκπαιδευτικούς. Ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι τύποι:

A. Συμπεριφορική Προσέγγιση

Η συμπεριφορική προσέγγιση έχει αποτέλεσμα στα προβλήματα που έχουν μόλις παρουσιαστεί, αλλά δεν είναι μακράς διάρκειας. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι οι συνέπειες που μπορεί να έχει μια συμπεριφορά θα καθορίσουν αν θα εξαλειφθεί ή θα επαναληφθεί. Αν οι συνέπειες είναι αρνητικές, η συγκεκριμένη συμπεριφορά δε θα επαναληφθεί. Αν δεν υπάρχουν συνέπειες ή είναι θετικές, τότε ίσως ξαναεμφανιστεί και διατηρηθεί. Οι συνέπειες θα πρέπει να ορίζονται από τον εκπαιδευτικό, ο οποίος σε συνεργασία με την τάξη θα διατυπώσει κανόνες, τους οποίους θα υπενθυμίζει ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές που θα πρέπει να ακολουθήσει ο δάσκαλος, που υιοθετεί τη συμπεριφορική προσέγγιση:

Υπερδιόρθωση: υπάρχει η αποκαταστατική υπερδιόρθωση, όπου ο δάσκαλος ζητά από το μαθητή να αποκαταστήσει ζημιά που έχει προκαλέσει λόγω προβληματικής συμπεριφοράς. Όμως, η υπερδιόρθωση μπορεί να αφορά και την απαίτηση, την άμεση με επιδεικτικό και επικριτικό τρόπο, να ακολουθήσει ο έφηβος την κατάλληλη συμπεριφορά.

Σταδιακή διαμόρφωση: ο εκπαιδευτικός προσπαθεί να διαμορφώσει σταδιακά μια επιθυμητή συμπεριφορά μέσα από την ενίσχυση της θετικής και αποδεκτής συμπεριφοράς, όταν αυτή εκδηλώνεται.

Θετική – αρνητική ενίσχυση: ο δάσκαλος βρίσκει τις ορθές, βάσει σχολικών κανόνων, συμπεριφορές μέσα στην αίθουσα και τις επιβραβεύει με θετικά σχόλια, χειροκρότημα, επαίνους, βραβεία, χαμόγελο κ.ά. Αντιθέτως, αντιδρά αρνητικά σε λανθασμένες συμπεριφορές, όπως το να απομακρύνει το μαθητή από την αίθουσα. Η αρνητική ενίσχυση έχει λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα από τη θετική, καθώς, συνήθως, δαιωνίζει τις παρεκτρέπουσες των κανόνων συμπεριφορές.

Συμβολικές αμοιβές: με αυτό τον τρόπο οι εκπαιδευτικοί ενισχύουν και επιβραβεύουν την ορθή συμπεριφορά και την καλή επίδοση.

Προσωρινή απομάκρυνση: απομακρύνονται οι μαθητές από τη σχολική αίθουσα προσωρινά ή για όλη τη διάρκεια του μαθήματος.

Ανάλυση έργου: αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται, όταν το πρόβλημα είναι συχνό και εκτεταμένο. Ο δάσκαλος προσπαθεί σταδιακά θέτοντας μικρούς κάθε φορά στόχους και συζητώντας με τον έφηβο, να αλλάζει με υπομονή, σταθερότητα και βήμα βήμα κάθε λανθάνουσα συμπεριφορά.

Παιχνίδι ρόλων: το άτομο ταυτίζεται με έναν κοινωνικής φύσης ρόλο, ένα ρόλο που περιλαμβάνει κοινωνικές δραστηριότητες κι έτσι αρχίζει μέσω της παρατήρησης και της ερμηνείας συμπεριφορών να διορθώνεται.

Συμβόλαιο συμπεριφοράς: ο εκπαιδευτικός και ο μαθητής κάνουν μια γραπτή συμφωνία, στην οποία αναφέρονται οι κανόνες που θα πρέπει να τηρούνται από το μαθητή και οι επιβραβεύσεις που θα ακολουθήσει ο δάσκαλος.

Εναλλακτικές αντιδράσεις: ο εκπαιδευτικός και ο μαθητής μέσω ενός επικοινωνιακού διαλόγου εξετάζουν λύσεις και εναλλακτικές αντιδράσεις για να αντιμετωπιστούν οι δύσκολες καταστάσεις.

Αυτοκαθοδήγηση: ο ίδιος ο μαθητής αναπτύσσοντας παράλληλα τον αυτοέλεγχο του προσπαθεί να ακολουθήσει ένα ορθό πρότυπο συμπεριφοράς, που έχει διατυπώσει ο εκπαιδευτικός. Βέβαια, βρισκόμενος συνεχώς υπό την καθοδήγηση του δασκάλου, διατυπώνοντας και τις δικές του σκέψεις, πριν προβεί σε κάποια ενέργεια.

B. Οικοσυστημική προσέγγιση

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη τακτική, οι εκπαιδευτικοί, χωρίς να το κάνουν εσκεμμένα, υιοθετώντας συμπεριφορές παρόμοιες με τις προβληματικές των μαθητών (π.χ. απειλές, εριστικά ή υβριστικά σχόλια, προσβολές) συντηρούν τέτοιες καταστάσεις. Η κατάσταση συνεχίζει να υφίσταται με το συγκεκριμένο τρόπο όπως έχει, έως ότου γίνει μια αλλαγή από κάποια πλευρά. Χαρακτηριστικά της οικοσυστημικής προσέγγισης είναι:

Δεν απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις από τον εκπαιδευτικό

Οι εκπαιδευτικοί έχουν τη δυνατότητα να αρχίσουν την αντιμετώπιση του προβλήματος από όποια κατάσταση/αντίδραση επιθυμούν ακολουθώντας, εάν θέλουν, διαφορετικό κάθε φορά τρόπο αντιμετώπισης.

Στόχος είναι όχι η ουσιαστική λύση του προβλήματος ψυχικής υγείας, αλλά η αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς.

Ο δάσκαλος, που στηρίζει το εκπαιδευτικό του έργο στο σύστημα της οικοσυστημικής προσέγγισης, έχει τη δυνατότητα, την επιλογή να ακολουθήσει τις εξής τεχνικές:

Της αναπλαισίωσης: να υιοθετήσει ένα διαφορετικό τρόπο σκέψης του προβλήματος

Της θετικής υποδήλωσης των κινήτρων: στα προβλήματα των μαθητών ψάχνει και βρίσκει τα θετικά κίνητρα

Της υποδήλωσης των λειτουργιών του οικοσυστήματος: αναζητά να βρει πώς τα προβλήματα μπορούν να λειτουργήσουν θετικά

Της κερκόπορτας: το πρόβλημα επηρεάζεται με έμμεσο τρόπο

Του εντοπισμού των εξαιρέσεων: δίνει βάση στα στοιχεία και στη συμπεριφορά του εφήβου που δε δημιουργούν κανένα πρόβλημα

(Fraser, 2004).

Γ. Ενεργητική ακρόαση

Το τελευταίο είδος προσέγγισης, που χρησιμοποιείται ευρύτατα από τους εκπαιδευτικούς, αποτελεί η ενεργητική ακρόαση. Ο εκπαιδευτικός και ο μαθητής που αντιμετωπίζει κάποια διαταραχή της ψυχικής του υγείας και που εξαιτίας αυτού η συμπεριφορά του έχει γίνει προβληματική, μέσω της συζήτησης και του διαλόγου προσπαθούν να ανακαλύψουν τα αίτια της προβληματικής συμπεριφοράς, να διερευνήσουν τον τρόπο σκέψης του νεαρού ατόμου και βέβαια, συνεχώς υπενθυμίζονται οι κανόνες και οι συνέπειες, όταν υπάρχει παράβασή τους. Ο δάσκαλος μέσω της συζήτησης και της ακρόασης, χωρίς να είναι απειλητικός ή επικριτικός, προσπαθεί να γνωρίσει πραγματικά το νέο, την προσωπικότητά του, τις αρχές και τις αξίες του και στη συνέχεια να εκφράσει με απλό τρόπο τη δική του άποψη. Μετέπειτα, αναφέρει στο μαθητή, αφού πρώτα εξετάσει αν επιθυμεί πραγματικά ο μαθητής να αλλάξει στάση, τις συνέπειες των πράξεών του, όχι, όμως, με ύφος ειρωνικό, διδακτικό ή αυταρχικό. Τέλος, μέσα σε ένα κλίμα απόλυτης και ουσιαστικής συνεργασίας καθορίζεται ένα πλάνο επιθυμητής συμπεριφοράς (Ψαρρά, 2008).

Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί ο εκπαιδευτικός στην ενεργητική ακρόαση είναι:

Επιβεβαίωση ακρόασης: ο εκπαιδευτικός με σύντομες φράσεις (λεκτικός τρόπος επικοινωνίας) ή με εκφράσεις και χειρονομίες (μη λεκτικός τρόπος επικοινωνίας) δείχνει, ότι χωρίς να παρεμβαίνει, παρακολουθεί με συνέπεια τα συναισθήματα και τον τρόπο σκέψης του μαθητή. Ο τελευταίος, με τη σειρά του νιώθει το κέντρο του διαλόγου και αποκτά αυτοπεποίθηση.

Καθρέπτισμα: ο δάσκαλος επιλεκτικά, όπου το κρίνει σκόπιμο ο ίδιος, διακόπτει το μαθητή επαναλαμβάνοντας τα λόγια του. Έτσι, ο νέος ακούγοντας αυτό που ο ίδιος έχει διατυπώσει το ξανασκέπτεται διεξοδικά και το διαψεύδει ή το επαληθεύει.

Αντανάκλαση: ο δάσκαλος παρατηρώντας τη στάση του σώματος, τον τόνο της φωνής και την ένταση του μαθητή προσπαθεί πίσω από τα λόγια του να ανακαλύψει τα συναισθήματά του. Στη συνέχεια, ο εκπαιδευτικός προχωρά σε λεκτική διατύπωση του συναισθήματος με στόχο ο μαθητής να κατανοήσει καλύτερα τον συναισθηματικό του κόσμο.

Παράφραση: ο διδάσκαλος, αφού ακούσει το νεαρό με προσοχή, προσπαθεί μέσα σε μια μικρή φράση, με μια σύντομη διατύπωση, να αποδώσει το νόημα των λόγων του (Cooper, 1994)

Η διάκριση των έφηβων με προβληματική συμπεριφορά και η ορθή παρέμβαση με στόχο την εξάλειψη του προβλήματος θα πρέπει να γίνεται σε πολύ μικρή ηλικία, έως 8 ετών, πριν το πρόβλημα σταθεροποιηθεί. Υπάρχουν, όμως, και μερικοί που υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα σε τόσο νεαρή ηλικία, καθώς περνούν τα σχολικά έτη, εξαλείφονται από μόνα τους. Σύμφωνα με δεδομένα ερευνών, αυτό ισχύει σε μεγάλο ποσοστό για άτομα με προβλήματα ομιλίας, λόγου, άγχους, απομόνωσης και για έφηβους με φοβίες. Δε συμβαίνει το ίδιο με νέους που έχουν προβλήματα διασπαστικής συμπεριφοράς ή που εκδηλώνουν βίαη, επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά στο σχολικό περιβάλλον (Heward, 2000).

6.1.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις παρέμβασης

Σύμφωνα με ψυχοπαιδαγωγικές προσεγγίσεις, υπάρχουν κάποια θεωρητικά μοντέλα για την κατανόηση του προβλήματος κάθε μαθητή και εν συνεχεία για ένα πρόγραμμα παρέμβασης.

Ψυχοπαιδαγωγικό μοντέλο: υπάρχουν ασυνείδητες αιτίες που ωθούν το άτομο σε τέτοιου είδους συμπεριφορές, που πρέπει να διορθωθούν για να μπορεί να είναι λειτουργικό στο σχολείο. Η λύση βρίσκεται στις θεραπευτικές συζητήσεις.

Ψυχοδυναμικό μοντέλο: θεωρούν ότι υπάρχει πρόβλημα παθολογικό στη διανοητική διαδικασία. Το υποσυνείδητο ωθεί τους μαθητές στη λάθος συμπεριφορά. Θεραπευτική μέθοδος αποτελεί η ψυχοθεραπεία και η απαίτηση για ένα ανεκτικό σχολικό περιβάλλον.

Βιογενετικό μοντέλο: σύμφωνα με αυτό, η προβληματική συμπεριφορά προέρχεται από ιατρικούς και γενετικούς λόγους. Άρα πρέπει αυτά να αντιμετωπιστούν για να επιλυθεί η διαταραχή. Ως μεθόδους χρησιμοποιούν την άσκηση, τη διατροφή, τη θεραπεία με φάρμακα και τη βίο – επανατροφοδότηση.

Ανθρωπιστικό μοντέλο: εστιάζεται στο γεγονός ότι ο μαθητής δεν έχει επαφή με τα συναισθήματά του και δε τον καλύπτει ο παραδοσιακός εκπαιδευτικός τρόπος. Η παρέμβαση γίνεται από τον ίδιο τον μαθητή, όπου επιλέγει ο ίδιος τις δραστηριότητες που επιθυμεί.

Συμπεριφοριστικό μοντέλο: η λανθασμένη συμπεριφορά μαθαίνεται, εδραιώνεται και συντηρείται μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Στόχος της παρέμβασης είναι να περιοριστούν η μη αποδεκτές συμπεριφορές.

Οικολογικό μοντέλο: δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην επαφή του εφήβου με το ευρύτερο σχολικοκοινωνικό περιβάλλον, όπου και μαθαίνει να λειτουργεί ομαλά μέσα σε αυτό (Kauffman, 1997).

Οι εκπαιδευτικοί, βέβαια, σπάνια χρησιμοποιούν ένα μόνο τρόπο προσέγγισης ή υιοθετούν ένα μόνο μοντέλο τεχνικής. Συνήθως, συνδυάζουν θεωρίες και μεθόδους για το επιθυμητό αποτέλεσμα (Heward, 2000).

Όσον αφορά τη σύγχρονη αντιμετώπιση, το 1974 ο Goldiamond διατύπωσε τον όρο «λειτουργική προσέγγιση». Σύμφωνα με αυτή, το σημαντικό είναι η σαφή διατύπωση των σχολικών κανόνων και η βοήθεια από τους εκπαιδευτικούς ή από τους ειδικούς στα σχολεία προς τους μαθητές. Στο επίκεντρο βρίσκεται, όχι η τιμωρία και οι ποινές, αλλά η εκπαιδευτική διαδικασία με τους εξής στόχους:

Αλλαγές στο σχολικό πρόγραμμα, στην ύλη και στην οργάνωση της σχολικής ζωής.

Αναζήτηση των ικανοτήτων (γνωστικών ή κοινωνικών) των μαθητών, που θα πρέπει να ενισχυθούν.

Ενίσχυση των ορθών συμπεριφορών (Goldiamond, 1974).

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού θα πρέπει να ενισχυθεί μέσω κάποιων προγραμμάτων με στόχο την ενίσχυση των αξιών, της επικοινωνίας και του κυρίαρχου ρόλου του ως συνεκτικού δεσμού μέσα στην αίθουσα. Οι γονείς και οι υπόλοιποι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να ανταποκρίνονται θετικά, τονίζοντας και ενισχύοντας τέτοιες δράσεις.

Επίσης, οι σχολικοί κανόνες θα πρέπει να διατυπώνονται με τη συμμετοχή μαθητών και δασκάλων, δε θα πρέπει να είναι πολλοί σε αριθμό για την πιο εύκολη κατανόηση και απομνημόνευση τους, να κολλούνται σε ορατό από όλους σημείο στην αίθουσα κι όταν κρίνεται απαραίτητο να ανανεώνονται. Το εκπαιδευτικό υλικό θα πρέπει να ανταποκρίνεται στην διαφορετικότητα κάθε ατόμου (Mayer, 1995).

Τέλος, είναι απαραίτητη η «λειτουργική αξιολόγηση», η προσπάθεια δηλαδή να προσδιοριστεί και να αξιολογηθεί το περιβάλλον του μαθητή. Για να υλοποιηθεί η «λειτουργική αξιολόγηση» θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί πλήρως η προβληματική συμπεριφορά, να εντοπιστούν προηγούμενα γεγονότα που οδήγησαν στη συγκεκριμένη συμπεριφορά και που θα λειτουργήσουν προγνωστικά για το μέλλον και να διερευνηθούν οι λόγοι που διατηρείται η εν λόγω συμπεριφορά. Στη συνέχεια, να γίνει παρατήρηση και επαλήθευση του μαθητή από το περιβάλλον του (Horner, 1994).

6.2. Νέοι μέθοδοι και τεχνικές στην εκπαίδευση

Με βάση την εμπειρία τους, τα αποτελέσματα ερευνών και τα επιστημονικά δεδομένα, πολλοί επαγγελματίες (ερευνητές, επιστήμονες, θεωρητικοί), που ασχολούνται με την ψυχική υγεία εφήβων, θεωρούν ότι το σχολικό περιβάλλον είναι το ιδανικό πλαίσιο για να εντοπιστούν αλλά και να αντιμετωπιστούν τα αρχικά

προβλήματα, οι πρώτες δυσλειτουργίες των νεαρών ατόμων, οι οποίες πολύ εύκολα μπορούν να εξελιχθούν σε μόνιμες ψυχικές διαταραχές. Ο ιδεατός χώρος του σχολείου για έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να στελεχωθεί με υπηρεσίες, παιδοκεντρικής, βέβαια, λογικής, οι οποίες καθημερινά θα έχουν ένα βαρυσήμαντο ρόλο.

Ωστόσο, μια επιτυχής παρέμβαση στο σχολείο πρέπει να πληρεί ορισμένα χαρακτηριστικά:

Οι παρεμβάσεις να γίνονται πράξη μέσα σε πραγματικά πλαίσια.

Ο εντοπισμός και η παρέμβαση να πραγματοποιούνται άμεσα.

Η αξιολόγηση του νέου, αλλά και η παρέμβαση να γίνεται από όλους, τον ειδικό, τους συμμαθητές, τους γονείς, τον εκπαιδευτικό και το διευθυντή του σχολείου.

Οι γονείς να μπορούν εύκολα να ακολουθήσουν ένα δίκτυο υποστήριξης από το σχολείο, χωρίς να υπάρχει στιγματισμός.

Τα προγράμματα να έχουν ψυχοπαιδαγωγικό και ψυχολογικό περιεχόμενο, χωρίς να γίνεται ιατρική ή φαρμακευτική παρέμβαση (Κουρκούτας, 2007).

Είναι πολύ σημαντικό οι οποιοσδήποτε τύπου παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σχολείου να έχουν εκτός άλλων και πρωταρχικό στόχο την ψυχική ανθεκτικότητα ή την ψυχική ενίσχυση. Η φιλοσοφία και το θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο στηρίζονται τα προγράμματα για την ψυχική ανθεκτικότητα είναι τα εξής:

Να γίνεται γνωστική εκπαίδευση των γονέων και να παρέχονται πόροι ή και τα μέσα, όπου κρίνεται απαραίτητο, με σκοπό η οικογένεια να λειτουργεί ορθά.

Να ενισχύονται οι δεξιότητες του εφήβου με τη χρήση της proactive.

Διαφορετικού είδους επιστήμονες, χρησιμοποιώντας διαφορετικά μέσα να βοηθούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Να υπάρχουν μοντέλα συνεργασίας μεταξύ ειδικών και γονέων για την υποστήριξη των οικογενειών (Dunst, Trivette, & Thompson, 1996).

Όπως, αναφέρει ο Σταθόπουλος (2005), στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επισκέπτριες υγείας ή άλλοι επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων, αναλαμβάνουν, κυρίως, τον υποστηρικτικό ρόλο της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

6.2.1. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών

Οι εκπαιδευτικοί μέσα στην σχολική αίθουσα έχουν να αντιμετωπίσουν μεγάλη ποικιλομορφία. Γι' αυτό είναι απαραίτητο, εκτός του γνωστικού αντικείμενου τους, να έχουν παιδαγωγικές, ψυχολογικές και οργανωτικές γνώσεις. (Ματσαγγούρα, 2000). Υπάρχουν διάφοροι τύποι εκπαιδευτικού ανάλογοι με τον τρόπο που

διαχειρίζονται το μάθημα, τη στάση τους και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν γενικότερα στην αίθουσα. Μερικοί από αυτούς τους τύπους, αναγράφονται στην συνέχεια:

Αυταρχικός: ο τρόπος του να επιβληθεί και να αντιμετωπίσει τις μη «ορθές» στάσεις και συμπεριφορές είναι οι ποινές, οι τιμωρίες, οι διαταγές. Τα μέσα που χρησιμοποιεί, τα όπλα του είναι οι διαταγές, οι ποινές, οι αποβολές, το κάλεσμα των γονέων, η επίπληξη και η επίκληση του νόμου. Από τη συμπεριφορά του δασκάλου παρατηρείται, ότι τα χαρακτηριστικά του είναι το άγχος που τον διακατέχει, η επιθετικότητα, η έλλειψη σεβασμού, ο κίνδυνος μιας αποτυχημένης διδακτικής πορείας, η ανικανότητα ουσιαστικού διαλόγου και επικοινωνίας, η απάθεια και η περιφρόνηση προς όλους και προς το ίδιο το πρόβλημα.

Δημοκρατικός: μέσα στην αίθουσα δημιουργείται ένα κλίμα συντροφικότητας, οικειότητας, αμοιβαίας εμπιστοσύνης και κατανόησης. Στόχος του συγκεκριμένου τύπου δασκάλου είναι η ενεργοποίηση, η δραστηριοποίηση του μαθητή, η ώθησή του στην ανάληψη πρωτοβουλιών, στην απόκτηση αυτοπεποίθησης, στην κοινωνικοποίηση και στην δραστηριοποίησή του. Με μέθοδο την έρευνα, την παρατήρηση, την καινοτομία και την εποικοδομητική κριτική, προάγεται ένα κλίμα κατανόησης, ελπίδας και φιλίας.

Ελευθεριάζων: ο ελευθεριάζων εκπαιδευτικός δε βασίζεται σε παραδεδεγμένες αξίες και αλήθειες, αφήνει τον έφηβο ελεύθερο κι αυτό δημιουργεί στο νεαρό άτομο επιθετικότητα, σύγχυση, εσωστρέφεια, άγχος, έλλειψη ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Fontana, 1996).

Αρχικά όπως έχει προαναφερθεί, ο τρόπος για την ψυχική ενίσχυση των εφήβων είναι οι σωστές και εποικοδομητικές σχέσεις των ανηλίκων με τους εκπαιδευτικούς και τους ενήλικες μέσα και έξω από τον σχολικό χώρο. Από έρευνες έχει παρατηρηθεί, ότι αυτό, όταν γίνεται πράξη, οδηγεί σε ευκολότερη προσαρμογή στο σχολείο και στην επιτυχημένη ολοκλήρωση της σχολικής πορείας, σε σπουδές. Επίσης, είναι πολύ θετικό για την ψυχική υγεία και την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική τους ευεξία (Elksnin & Elksnin, 2003).

Οι παρεμβάσεις στην ψυχική ανθεκτικότητα μειώνουν τους κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσει ο έφηβος στο σχολείο και στην καθημερινότητά του, αλλά και τους κινδύνους που προέρχονται, δημιουργούνται και γεννιούνται από το ίδιο το νεαρό άτομο. Ακόμα και αν κάποιες δυσκολίες δεν μπορέσουν να αντιμετωπιστούν, ο νέος με ενισχυμένη ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί από μόνος του, έχοντας μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του και καλές σχέσεις με το σχολικό περίγυρο (συμμαθητές, δασκάλους), να τις ξεπεράσει (Κουρκούτας, 2007).

Ακόμα, όμως και άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς λόγω διαταραγμένης ψυχικής υγείας, μπορούν να ενισχύσουν την ανθεκτικότητά τους. Οι παράγοντες που βοηθούν σε αυτή την κατεύθυνση είναι:

Να αναπτύσσεται στο σχολείο η μάθηση μέσω συνεργασίας.

Το σχολικό πρόγραμμα πέρα της ακαδημαϊκής μάθησης να αναπτύσσει και την ψυχοκοινωνικότητα του εφήβου.

Όλο το προσωπικό του σχολείου να συνεργάζεται ενεργά για τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια.

Για τους έφηβους που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες, οι γονείς να συμμετέχουν ενεργά σε όλες τις δραστηριότητες και στο πρόγραμμα του σχολείου.

Κανόνες συμπεριφοράς, ρεαλιστικοί στόχοι, θετική λεκτική ανταμοιβή και τιμωρία με στόχο την υπευθυνότητα.

Προγράμματα ψυχοπαιδαγωγικά εναλλακτικού τύπου για την κάλυψη εξειδικευμένων εκπαιδευτικών αναγκών (θεατρικό παιχνίδι, δραματοποίηση παραμυθιών κ. ά.).

Συμβουλές και υποστήριξη στους εκπαιδευτικούς για να είναι σε θέση να χειρίζονται ορθά τους νέους με προβλήματα συμπεριφοράς (Κουρκούτας, 2007).

Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι όχι προσωρινές, αλλά μόνιμες και μακροπρόθεσμες, ευέλικτες, να υποστηρίζουν την οργανωμένη κοινωνική ένταξη, να στηρίζονται στην κλινική αξιολόγηση του εφήβου, να προσεγγίζουν και να επικεντρώνονται όχι στις ακαδημαϊκές γνώσεις, αλλά στη συμπεριφορά, δηλαδή να είναι προσωποκεντρικές. Επίσης, να πραγματοποιούνται ατομικά, εξατομικευμένα αλλά και συλλογικά συνέδρια, στα οποία θα συμμετέχουν εκπαιδευτικοί και γονείς και οι τεχνικές που θα χρησιμοποιούνται να είναι συμβουλευτικές, ψυχοπαιδαγωγικές και ψυχοθεραπευτικές. Τέλος, καίριας σημασίας είναι, το σχολείο να μην αντιμετωπίζεται επιπόλαια, ως ένας χώρος απλά μάθησης. Να γίνει χώρος ψυχικής υγείας, δημιουργικότητας και καλλιέργειας των δυνατοτήτων όλων των μαθητών, των ευάλωτων ομάδων και μη (Schorr, 1998).

Στο πλαίσιο των παρεμβάσεων η υποστηρικτική εργασία τόσο με τον νέο, όσο και με τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς είναι απαραίτητη. Ως προς τον έφηβο, θα πρέπει το σχολείο να λειτουργεί ως ένας χώρος που δέχεται όχι μόνο τα θετικά συναισθήματα αλλά και τα αρνητικά (άγχος, θυμό, στεναχώρια κ.ά.). Επίσης, οφείλει να δίνει τη δυνατότητα στο νεαρό άτομο να τα λεκτικοποιεί, εκφράζοντας τα με αυτό τον τρόπο. Έτσι, όχι μόνο καταλαβαίνουμε, κατανοούμε το νέο, αλλά σεβόμαστε τον ψυχικό του κόσμο. Ο εκπαιδευτικός ή ο ειδικός στο σχολείο μέσα σε κλίμα εμπιστοσύνης, βοηθά τον έφηβο με ασφάλεια και με λεκτικό τρόπο, όχι με πρακτικό, να τα εξωτερικεύσει (acting out). Αρχικά, ο ενήλικας προσπαθεί να βρει τα αίτια, που μπορεί να προέρχονται από την οικογένεια ή από το σχολείο ή από το ίδιο τον νέο, τα οποία τροφοδοτούν συμπεριφορικά προβλήματα. Εν συνεχεία, διατυπώνοντας το νόημα των αναγκών κάθε ατόμου, του δίνει τη δυνατότητα να εκφράσει τις δικές του επιθυμίες (Campbell, 2002).

Παρ' όλα αυτά δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας, ότι οι εκπαιδευτικοί και οι ειδικοί είναι ορθό και επιβεβλημένο να σέβονται τα προβλήματα του εφήβου και να τον αντιμετωπίζουν ως ισάξιο των υπολοίπων, να τον σέβονται, να τον στηρίζουν και να δουλεύουν καθημερινά μαζί του. Να λειτουργούν ως «δεκτικοί» ενήλικες που βοηθούν το νέο να αναπτύξει τις δεξιότητές του και να συμμετέχει στις ψυχολογικές, εκπαιδευτικές /ακαδημαϊκές και κοινωνικές δραστηριότητες (Mcevoy & Walker, 2000).

Όσον αφορά την υποστηρικτική εργασία με τους εκπαιδευτικούς, οι μελέτες έχουν δείξει ότι, για να κατορθώσουν οι δάσκαλοι να «αντιμετωπίσουν» κάποια άτομα με

«προβληματική» συμπεριφορά, είναι αναγκαία η εποπτεία και η υποστήριξη, η οποία θα τους κάνει να αφήσουν τον πατροπαράδοτο, τον παραδοσιακό τους ρόλο και να ικανοποιήσουν γνωστικά και δημιουργικά όλη την τάξη (Weare, 2000).

Οι στόχοι μιας τέτοιας παρέμβασης είναι να αναδειχθεί ο ρόλος τους, να διευρυνθεί και να αλλάξει η στάση τους, να γίνει πιο δεκτική και αποφασιστική. Συγκεκριμένα να γίνουν τα ακόλουθα:

Να αλλάξει η στερεότυπη εικόνα και η στάση τους για το νέο με πρόβλημα ψυχικής υγείας, κατανοώντας τον συναισθηματικό του κόσμο και την ψυχολογία του.

Να αλλάξουν τα δικά τους αρνητικά συναισθήματα και τις δικές τους αντιλήψεις για το τί αποτελεί «πρόβλημα».

Μέσω της καθημερινής και της ουσιαστικής επαφής με τα νεαρά άτομα να διευρύνουν τις γνώσεις τους, τις εμπειρίες τους και να αποκτήσουν διαίσθηση.

Να αποκτήσουν επικοινωνία και σχέσεις με τους γονείς.

Να υιοθετήσουν εναλλακτικούς τρόπους στρατηγικής και λύσεων, βασισμένες σε γνώσεις ψυχολογίας.

Να κατανοήσουν ότι τα προβλήματα των εφήβων, συνήθως, οφείλονται σε προβληματικές οικογενειακές σχέσεις (Κουρκούτας, 2007).

Απαραίτητη για την πρόληψη και για την επίλυση προβλημάτων συμπεριφοράς, δυσλειτουργιών μαθησιακών και ψυχοκοινωνικών, που προέρχονται από την ψυχική υγεία των νέων είναι η υποστηρικτική εργασία με τους γονείς, η οικογενειακή θεραπεία. Πρώτα-πρώτα θα πρέπει να γίνονται συζητήσεις/συναντήσεις με τους γονείς, για να εξεταστεί η δομή και η οργάνωση της οικογένειας. Στις συνεδρίες αυτές θα πραγματοποιείται:

Αποτίμηση των σχέσεων των μελών της οικογένειας και του εκάστοτε ρόλου τους. Θα διερευνώνται, επίσης, πιθανά αρνητικά συναισθήματα των γονιών προς τον έφηβο.

Βοήθεια προς τους γονείς να αποκτήσουν ρεαλιστικά σχέδια, μελλοντικά και παροντικά, για το παιδί τους.

Βοήθεια να κατανοήσουν τα αίτια, τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του νεαρού ατόμου και να μπορούν να διαχειριστούν τις διάφορες καταστάσεις.

Ενίσχυσή τους, ώστε να κατανοούν τα διαφορετικά μεταβατικά στάδια του νέου για να αποφεύγονται οι συγκρούσεις και οι απογοητεύσεις.

Βοήθεια να ζουν καθημερινά σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και σεβασμού, μέσα στο οποίο θα εκπληρώνουν τους πραγματικούς τους, ουσιαστικούς ρόλους και θα αναπτύξουν την κοινωνική τους ζωή

Συνεργασία με ειδικούς (Walsh, 2006).

Όλες αυτές οι παρεμβάσεις, η υποστηρικτική εργασία με όλους θα πρέπει να γίνεται σε ένα ειλικρινές κλίμα συνεργασίας όλων των εμπλεκομένων. Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι, για να μην αποκτήσουν ψυχιατρικό χαρακτήρα και για να μην είναι αποκομμένες από την καθημερινή πραγματικότητα του εφήβου, θα πρέπει να πραγματοποιούνται εντός του σχολικού χώρου.

Στις νέες μεθόδους, στις νέες τεχνικές που πρέπει να εισαχθούν στην εκπαίδευση είναι και η επιμόρφωση των παιδαγωγών με νέα γνωστικά αντικείμενα, τα οποία θα τους δώσουν τη δυνατότητα να διευρύνουν τις γνώσεις τους και να μπορούν να διαχειρίζονται με δεξιά τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Προτείνονται τα γνωστικά αντικείμενα της Σχολικής Ψυχολογίας και της Παιδαγωγικής, τα οποία θα τους προσφέρουν μοντέλα διαχείρισης, θεωρίες μάθησης και μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης προβλημάτων συμπεριφοράς στο σχολείο. Παρά το διαχωρισμό που υπάρχει μεταξύ Σχολικής Ψυχολογίας, Παιδαγωγικής Ψυχολογίας και Ψυχοπαιδαγωγικής σε επιστημονικό επίπεδο, η συνεργασία που απαιτείται ανάμεσα σε σχολικούς ψυχολόγους και δασκάλους είναι αναγκαία. Ορισμένα από τα γνωστικά αντικείμενα επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών θα μπορούσαν να είναι:

Παιδαγωγική/Σχολική Ψυχολογία

Διδακτική Μεθοδολογία

Κοινωνική Ψυχολογία

Πρακτική άσκηση

Πληροφορική και γενικότερα νέες τεχνολογίες

Ειδική Αγωγή

Κλινική Ψυχολογία

Αναπτυξιακή Ψυχολογία

Διαπολιτισμική εκπαίδευση

Σχολική Συμβουλευτική

6.2.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην εκπαίδευση

Το Σικάγο, όπως και άλλες πόλεις των Η.Π.Α., είχαν κατακλυσθεί από πολλές οικογένειες μεταναστών. Τα παιδιά τους ανταποκρίνονταν με δυσκολία στα σχολικά μαθήματα, λόγω χαμηλών γνώσεων και κακής χρήσης της αγγλικής γλώσσας, ενώ και οι ίδιοι είχαν προβλήματα με την προσαρμογή τους στα νέα αστικά κέντρα, αφού προέρχονταν κυρίως, από αγροτικές περιοχές. Τότε, ξεκίνησε η ένταξη των κοινωνικών λειτουργών στις σχολικές αίθουσες, η οποία εμφανίστηκε το 1889, σε μια βιομηχανική συνοικία του Σικάγου. Ιδρυτής της κοινωνικής υπηρεσίας: «Hull House», ήταν ο Jane Addams (κοινωνικός λειτουργός) (Σταθόπουλος, 2005). Το 1913

στο Ρότσεστερ οι κοινωνικοί λειτουργοί πραγματοποιούσαν κατ' οίκων επισκέψεις με σκοπό να βοηθήσουν τα παιδιά στην μελέτη και την κατανόηση των σχολικών μαθημάτων. Επιπλέον, αποτελούσαν τον συνδεδετικό κρίκο των δασκάλων και των γονιών. Την επόμενη δεκαετία ανέλαβαν κλινικό ρόλο ώστε να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών που αντιμετώπιζαν ψυχοσυναισθηματικά γεγονότα. Πολλές δεκαετίες αργότερα το 1960, στο σχολικό περιβάλλον αντιμετωπιζόταν ως ένα κοινωνικό σύστημα το οποίο διαιώνιζε την καταπίεση, την φτώχεια και άλλες κοινωνικές ασθένειες (Καλλινικάκη, 2011).

Ωστόσο, τα αντικείμενα απασχόλησης των κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία μεταβάλλονται συνεχώς, ανάλογα με τις ευρύτερες αλλαγές που έχει υποστεί η κοινωνία κατά καιρούς. Ειδικότερα, οι κοινωνικοί λειτουργοί, αρχικά, είχαν ως στόχο την ενσωμάτωση των μεταναστών στα σχολεία και γενικότερα στην κοινωνία. Έπειτα, έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στην εξάλειψη του φαινομένου της παιδικής εγκληματικότητας και κυρίως στην πρόληψη της παραπτωματικής συμπεριφοράς των νεαρών ατόμων. Στην δεκαετία του 1930, μέχρι και το 1945, η εκπαίδευση της κοινωνικής εργασίας επηρεάστηκε από την ψυχολογία και την ψυχανάλυση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην φροντίδα των ψυχικά παραμελημένων / διαταραγμένων και νοητικά καθυστερημένων μαθητών, ώστε να συνεχίζουν την μάθησή τους σε «κανονικά» εκπαιδευτικά ιδρύματα. Ύστερα, το 1960, με αφορμή το κίνημα των «Μαύρων» και άλλων εθνικοτήτων, οι σχολικοί κοινωνικοί λειτουργοί, έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για την προάσπιση των δικαιωμάτων των παιδιών, που προέρχονταν από μη-προνομιούχες κοινωνικές ομάδες. Ενώ, το 1980, οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολήθηκαν με την ενσωμάτωση των παιδιών με αναπηρία σε «κανονικά» σχολεία, καθώς επίσης, προασπίστηκε η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (Κ.Ε.Κ), με σκοπό την πρόληψη των διάφορων κοινωνικών προβλημάτων, που δυσκολεύουν το εκπαιδευτικό έργο (Σταθόπουλος, 2005).

Στην Αγγλία, οι κοινωνικοί λειτουργοί, ως μέλη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, έχουν ως βασικό στόχο την ανάπτυξη υπηρεσιών, ενώ αποτελούν και τον συνδεδετικό κρίκο ανάμεσα στο σχολείο, την οικογένεια, αλλά και των κοινωνικών υπηρεσιών στην κοινότητα. Αντίθετα, στην χώρα μας, από το 1978, υπάρχει νομοθεσία, η οποία κρίνει αναγκαία την ένταξη των κοινωνικών λειτουργών στα σχολικά προγράμματα. Ωστόσο, δεν έχουν θεσμοθετηθεί οι κοινωνικές υπηρεσίες. Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία, με το Ν.Δ. 195/1974 και το Π.Δ. 891/1978, καθορίζονται τα καθήκοντα και το πλαίσιο λειτουργίας των κοινωνικών λειτουργών στον χώρο της εκπαίδευσης. (Σταθόπουλος, 2005). Ενώ, είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η σχολική κοινωνική εργασία έχει ενταχθεί σε ελάχιστα ιδιωτικά σχολεία προνομιούχων οικογενειών. Παρόλα αυτά, η κοινωνική εργασία, εξακολουθεί να είναι ανύπαρκτη στα περισσότερα σχολικά προγράμματα (Ζωγράφου, 2002).

Όπως έχουμε δει και σε παραπάνω κεφάλαια, το σχολικό περιβάλλον, καλείται να μεταδώσει γνώσεις και αξίες στα νεαρά άτομα, ενώ επίσης, οφείλει να γίνει φορέας κοινωνικής αλλαγής και πολιτικής αγωγής. Είναι σαφές πως οι εκπαιδευτικοί, δυσκολεύονται συχνά να ανταποκριθούν επάξια στις ανάγκες των μαθητών τους. Συνεπώς, η κοινωνική υπηρεσία έρχεται να αντιμετωπίσει ορισμένες από αυτές τις ανάγκες.

Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι μια ειδικότητα αρκετά σημαντική, η οποία διαθέτει την ικανότητα με τις γνώσεις και τις μεθόδους να συμβάλει θετικά

στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός, μπορεί να δράσει σε μικρο – επίπεδο. Στην προκειμένη περίπτωση, ο κοινωνικός λειτουργός ενημερώνεται, συνήθως από τον εκπαιδευτικό για τα πιθανά προβλήματα μάθησης, για προσαρμοστικά προβλήματα, καθώς και για προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο κοινωνικός λειτουργός, καλείται να ανακαλύψει τα βαθύτερα αίτια που προκαλούν τις κάθε δυσκολίες και ύστερα να επιχειρήσει, σε συνεργασία με τον μαθητή και την οικογένειά του, να αντιμετωπιστεί, όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά μια κατάσταση, δίχως να επηρεαστεί η ψυχολογική του ανάπτυξη, αλλά και η σχολική του επίδοση. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός, μέσα στο σχολικό περιβάλλον έχει την δυνατότητα να δράσει σε μακρο – επίπεδο. Ουσιαστικά, να οργανώνει ομάδες γονέων, όπου εκεί όλοι οι γονείς και οι κηδεμόνες των εφήβων, θα έχουν την ευκαιρία να ανταλλάσουν απόψεις και προβληματισμούς, αναφορικά με την διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να δημιουργήσουν ομάδες εκπαιδευτικών, όπου πρωταρχικός στόχος θα είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών, για τον ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών, που συμβάλουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών και των κοινωνικών δυσκολιών των μαθητών (Σταθόπουλος, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός στο πλαίσιο της εκπαίδευσης επιδιώκει:

Την πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων που αναφέρονται τόσο στο σχολικό περιβάλλον όσο και μέσα στην οικογένεια, διότι επιδρούν στην προσαρμογή και στην επίδοση των μαθητών.

Την κινητοποίηση και αξιοποίηση των κοινοτικών πόρων.

Την μείωση του περιοριστικού περιβάλλοντος για τον μαθητή.

Την εκπαίδευση παιδιών που ζουν σε μη «φυσιολογικές» οικογένειες.

Την υποστήριξη και την ένταξη μαθητών που έχουν μαθησιακές ή άλλου τύπου δυσκολίες.

Την αξιοποίηση των πολιτικών για ειδικές ομάδες παιδιών (μετανάστες).

Την προάσπιση των δικαιωμάτων των μαθητών που ανήκουν σε μειονότητες (Καλλινικάκη, 2011).

Η επαγγελματική συνεργασία που αναπτύσσεται ανάμεσα στην σχολική κοινότητα και την κοινωνική εργασία, εξαρτάται από το κατά πόσο η δεύτερη είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τους στόχους της και να αξιοποιήσει κατάλληλα τις μεθόδους της ή αλλιώς αν απορροφάται και γίνεται ένα άβουλο όργανο του σχολείου και αντί να προσαρμόζεται το σχολείο στις ανάγκες των μαθητών, να συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο, δηλαδή να προσαρμόζονται οι ανάγκες των μαθητών στις απαιτήσεις που επιβάλλει το σχολικό περιβάλλον. Μερικές, λοιπόν από τις μορφές και τα πρότυπα συνεργασίας της κοινωνικής εργασίας με το σχολείο είναι τα ακόλουθα:

Το πρότυπο της «υπαγωγής της κοινωνικής εργασίας στους σκοπούς του σχολείου». Σε αυτή την περίπτωση η κοινωνική εργασία απορροφάται από τις απαιτήσεις του σχολικού περιβάλλοντος. Αυτό ως ένα μέρος είναι φυσικό, καθώς η εκπαίδευση των μαθητών είναι ο πρωταρχικός στόχος του σχολείου. Παρόλα αυτά, η κοινωνική

εργασία, βρίσκεται αρκετά περιορισμένη, ώστε να αναπτύξει δια μεθοδικά και διεπιστημονικά προγράμματα.

Το πρότυπο της «κριτικής ένταξης». Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η κοινωνική εργασία και το σχολείο, συμφωνούν σε ένα πρόγραμμα συνεργασίας, διατηρώντας ωστόσο, την αυτονομία τους και την διαφορετική τους αυτοαντίληψη. Η συνεργασία αυτή, γίνεται στα πλαίσια της κοινωνικό – παιδαγωγικής συμπλήρωσης και εμβάθυνσης της διδασκαλίας.

Το πρότυπο της «απορριπτικής απόστασης». Το συγκεκριμένο πρότυπο, υποστηρίζει πως η σχολική κοινωνική εργασία, δρα ως ένας ελεύθερος φορέας, αφού είναι επικεντρωμένοι στους μαθητές και όχι στα σχολεία. Ωστόσο, υπογραμμίζει την σημαντικότητα της συμφωνίας ανάμεσα στο σχολείο και στην κοινωνική εργασία, για διάφορα ζητήματα, όπως την διάθεση χώρων και άλλα (Ζωγράφου, 2002).

Η συστηματική συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους εκπαιδευτικούς, αποτελεί βοηθητικό παράγοντα στην εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των μαθητών. Επίσης, σε διεπιστημονικό πλαίσιο, γίνεται η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών, των αναγκών των μαθητών – θυμάτων οικογενειακής ή ενδοσχολικής βίας και των αναγκών της απόρριψης των νέων (Καλλινικάκη, 2011).

Ο κοινωνικός λειτουργός προκειμένου να είναι άρτιος εκπαιδευτικά, ώστε να μπορεί να διεκπεραιώσει όλα τα προαναφερθέντα ζητήματα, οφείλει κατά την εκπαίδευσή του να γνωρίζει τα ακόλουθα:

Ειδικές γνώσεις,

Γνώση και κατανόηση της κοινωνικής εργασίας στην εκπαίδευση,

Αξίες και δεοντολογία,

Επιστημονικές θεωρίες,

Βασικές δεξιότητες της Κ. Ε.,

Ικανότητες για ανάλυση, σύνθεση και οργάνωση,

Ικανότητες παρέμβασης και αξιολόγησης,

Δεξιότητες επικοινωνίας,

Δεξιότητες διεπιστημονικής συνεργασίας (Καλλινικάκη, 2011).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Συνοψίζοντας, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ο εντοπισμός και η ορθή αντιμετώπιση των νέων με κλονισμένη ψυχική υγεία είναι μια πολύ δύσκολη υπόθεση. Ο αντίκτυπος, τα αποτελέσματα τέτοιου τύπου εφηβικών προβλημάτων φαίνονται ξεκάθαρα στη μικρή σχολική κοινωνία. Το σχολείο, λοιπόν, είναι ένα πρόσφορο έδαφος, όπου νέοι, εκπαιδευτικοί, γονείς και διάφοροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μπορούν να συνεργαστούν για τα λύσουν τα τυχόν προβλήματα. Προβλήματα, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με την σχολική επίδοση ή την συμπεριφορά του εφήβου. Καθώς, όμως, το μεγαλύτερο φορτίο πέφτει στους εκπαιδευτικούς, πρέπει η προσέγγιση των νέων από την πλευρά τους να γίνεται ορθά, συντονισμένα και να επιμορφωθούν με τα πλέον κατάλληλα μέσα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα παλαιά χρόνια, στην χώρα μας, ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια, με την έξαρση της οικονομικής κρίσης, η ιατρική περίθαλψη και τα μέσα που χρησιμοποιεί υπολειμματούν συνεχώς. Καταλαβαίνουμε, πως η ψυχική υγεία των ατόμων δεν μπορεί να μείνει ανεπηρέαστη, από τους δύσκολες εποχές που διανύουμε. Ιδιαίτερα, δύσκολη φαίνεται η κατάσταση αυτή για τα νεαρά άτομα, όπου το μέλλον τους είναι αβέβαιο. Κρίνεται, λοιπόν, σημαντική η βοήθεια διάφορων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, ώστε να συνεισφέρουν στην πρόληψη, αλλά και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ενώ, επίσης, η δημιουργία δομών, ενδέχεται να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες, για την κάλυψη των αναγκών του εφηβικού πληθυσμού.

7.1. Προληπτικοί τρόποι αντιμετώπισης και μείωσης του προβλήματος

Πολλές χώρες στην Ευρώπη αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο προσπαθούν σήμερα να υιοθετήσουν ένα νέο τρόπο στην προσέγγιση και στη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς, που οφείλονται σε διαταραχή της ευαίσθητης ψυχικής υγείας των εφήβων.

Στη Γαλλία για τη σύγχρονη αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς επιστρατεύονται οι συμβουλευτικοί ψυχολόγοι των σχολείων. Σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, προσπαθούν να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και να αναλύσουν τη συμπεριφορά των μαθητών, να καλλιεργήσουν ένα πνεύμα συνεργασίας στην τάξη και να αλλάξουν τη λανθασμένη και παγιωμένη αντίληψη των παιδαγωγών, ότι οι «λάθος» συμπεριφορές είναι κατακριτέες και αποτρόπαιες. Το ορθό δεν είναι αυτό, είναι να υπάρχει κατανόηση και ορθή διαχείριση των παραβάσεων (Mallet & Paty, 2004).

Από το 2004 στη Μ. Βρετανία οι παιδαγωγοί προσχολικής, κυρίως, εκπαίδευσης μαθαίνουν, μέσω σεμιναρίων πώς να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προαναφερθέντα προβλήματα συμπεριφοράς. Η κατάρτισή τους, λοιπόν, περιλαμβάνει τη διδασκαλία ορθών τρόπων συμπεριφοράς μέσα στην αίθουσα, την προώθηση των κοινωνικών συναναστροφών και την επιβράβευση των σωστών συμπεριφορών. Επίσης, για την πρόληψη πιθανόν προβλημάτων υπερτονίζουν έναν κατάλογο, συντασσόμενο από τους ίδιους, που εμπεριέχει τις ορθές και αποδεκτές συμπεριφορές. Επιπροσθέτως, προσπαθούν να υπερτονίζουν τα θετικά στοιχεία κάθε μαθητή και σε τυχόν προβλήματα, υιοθετούν την προσέγγιση της επίλυσης. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί παρατήρησαν ότι μαθητές με προβλήματα επιθετικότητας και με αντιδραστική ή διασπαστική συμπεριφορά, είχαν μεγαλύτερη απόδοση στα μαθηματικά και εργάζονταν πιο γρήγορα και ορθά μέσα στην αίθουσα, όταν κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας ακουγόταν χαμηλή μουσική δωματίου (Hallam & Price, 1997).

Στην Ελλάδα έχει διαπιστωθεί, ότι το σχολείο είναι ένας αυτόνομος και ζωντανός οργανισμός που παίζει κυρίαρχο ρόλο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του νέου και

στη μετάβασή του από ανήλικα σε ένα ψυχικά υγιή ενήλικα. Γι' αυτό, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να ασκούν θετική επιρροή στον έφηβο, να σέβονται την προσωπικότητά του και να υπάρχει, μέσα στη σχολική αίθουσα, αλλά και σε ολόκληρο το σχολικό περιβάλλον, ένα κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης (Κολιάδης, 1991).

Έχει κριθεί, λοιπόν, αναγκαίο το μάθημα της Αγωγής Υγείας να ενσωματωθεί στο σχολικό πρόγραμμα. Η Αγωγή Υγείας αφορά και την κατάρτιση των εκπαιδευτικών για την πρόληψη των προβληματικών συμπεριφορών και της σχολικής βίας. Μέσα από το πρόγραμμα αυτό, ο στόχος του δασκάλου είναι να καλλιεργηθεί η αυτονομία, η υπευθυνότητα και το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής των μαθητών. Αυτό πραγματοποιείται σε δύο στάδια, μέσα στην τάξη και στον ευρύτερο χώρο του σχολείου.

1ο στάδιο-τάξη: οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να θέσουν κάποια όρια, να μειώνουν τις εντάσεις και να μην προκαλούν οι ίδιοι βίαιες συμπεριφορές και αντιδράσεις. Επίσης, να ασκούν τις κοινωνικές δεξιότητες, όπως ο αυτοσεβασμός, η αυτοεκτίμηση, η διαχείριση του άγχους και της πίεσης, η επίγνωση των ατομικών και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κ. ά.

2ο στάδιο-σχολείο: οφείλεται να γίνονται σε δια θεματικές πλαίσιο συζητήσεις για τη βία και την επιθετικότητα στα σχολεία και να προωθηθεί η θέση ότι το σχολείο είναι ένας χώρος ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Fortin, 1998)

Η Αγωγή Υγείας επικεντρώνεται όχι μόνο στην προαγωγή της υγείας των νέων, αλλά και στην πρόληψη των παραβάσεων και των προβλημάτων συμπεριφοράς. Το μάθημα αυτό προσπαθεί να προωθήσει τη δημιουργικότητα και την αυτοεκτίμηση των μαθητών, υπερτονίζοντας τις ηθικοπολιτισμικές εκφάνσεις της εκπαίδευσης, παρέχοντας παράλληλα τρόπους για μια εσωτερική ενδοσκόπηση μέσω της αυτοκριτικής. Επιπλέον, προσφέροντας μια ουσιαστική και ολόπλευρη θέαση του περιβάλλοντος και τέλος, δίνοντας ώθηση στους μαθητές να πράττουν αναλόγως και στην κοινότητά τους (ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ, 1999).

Σίγουρα, ξεχωριστό και ιδιαίτερο τρόπο αντιμετώπισης έχει το σύγχρονο και καλπάζων σε συχνότητα φαινόμενο του εκφοβισμού (bullying). Μια μορφή αντιμετώπισης, που δείχνει να έχει αποτελέσματα στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι το άτομο-θύμα του εκφοβισμού να εκδηλώσει κι αυτό με τη σειρά του επιθετική συμπεριφορά. Έτσι, η δύναμη του θύτη αμφισβητείται και το θύμα δε νιώθει τόσο ευάλωτο. Από τη μεριά του, ο εκπαιδευτικός οφείλει να δράσει άμεσα. Μέσω της συζήτησης με το θύτη, να τον κατανοήσει, να γνωστοποιήσει το πρόβλημά του και προσεγγίζοντας τον συναισθηματικά να γίνει σύμμαχος και συναγωνιστής του. Όσον αφορά το θύτη, τον επιθετικό και βίαιο μαθητή θα πρέπει να τον εντάξει σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης με στόχο την αλλαγή στη συμπεριφορά του. Τέλος, οι οικογένειες και των δύο μαθητών (θύτη και θύματος) κρίνεται αναγκαίο να ενταχθούν σε τέτοιου τύπου προγράμματα, τα οποία πολλές φορές είναι μακρόχρονα και επίπονα

[httpHYPERLINK](http://en.wikipedia.org/) ["http://en.wikipedia.org/"](http://en.wikipedia.org/)://HYPERLINK
"<http://en.wikipedia.org/>"enHYPERLINK ["http://en.wikipedia.org/"](http://en.wikipedia.org/).HYPERLINK
"<http://en.wikipedia.org/>"wikipediaHYPERLINK
"<http://en.wikipedia.org/>".HYPERLINK ["http://en.wikipedia.org/"](http://en.wikipedia.org/)orgHYPERLINK
"<http://en.wikipedia.org/>".

Πολλοί επιστήμονες έχουν προβεί σε προτάσεις για την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού:

Ύπαρξη προγραμμάτων με διάφορες δραστηριότητες, οι οποίες έχουν ως στόχο την ανάπτυξη των καλών σχέσεων και της συνεργασίας μεταξύ των μαθητών.

Ομιλίες, που έχουν ως στόχο να κοινοποιήσουν ότι τέτοιου είδους περιστατικά είναι μη αποδεκτά.

Εντατικές επιτηρήσεις σε χώρους που έχουν εκδηλωθεί περιστατικά, για να ενισχυθεί το αίσθημα της ασφάλειας.

Συνεργασία των μαθητών με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς.

Μακρόχρονη παρατήρηση και επίβλεψη των θυτών και των θυμάτων.

Βοήθεια σε επιθετικά άτομα για τον έλεγχο του θυμού τους (Ross, 1998).

Σήμερα, στην Ελλάδα, κρίνεται απαραίτητη η κινητοποίηση και η άμεση παρέμβαση στους σχολικούς χώρους για την εξάλειψη βίαιων (σωματικών και ψυχολογικών) συμπεριφορών. Σε διάφορες χώρες της Ευρώπης έχουν ήδη καταρτιστεί νόμοι και έχουν υιοθετηθεί μέτρα και προγράμματα για να διαφυλάξουν την ασφάλεια των μαθητών στο σχολείο και για να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο του εκφοβισμού και της θυματοποίησης. Για παράδειγμα, στη Σκωτία λειτουργεί ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός στα σχολεία, ένα δίκτυο για την καταπολέμηση του συγκεκριμένου φαινομένου. Ξεκίνησε το 1999 από το Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου με στόχο:

Τη λειτουργία μιας ιστοσελίδας που προσφέρει πληροφορίες για τον εκφοβισμό και προτείνει τρόπους για την αντιμετώπισή του.

Την έρευνα διάφορων τρόπων για τη μείωση του φαινομένου.

Τη δημιουργία μιας υπηρεσίας που προσφέρει συμβουλές και εκπαίδευση.

Τη δημιουργία αντισταθμιστικών μεθόδων για το σχολικό εκφοβισμό.

Τέλος, πρέπει να επισημάνουμε, ότι ολόκληρη η Ευρώπη, στο σύνολό της πρέπει να πάρει μέτρα κοινώς αποδεκτά από όλες τις χώρες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση κάθε αποκλίνουσας συμπεριφοράς, που επηρεάζει την ψυχική υγεία των εφήβων. Σε συζήτηση αναλόγου θέματος η κ. Μπατζελή στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο πρότεινε κάποια μέτρα:

Τη λειτουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής για ολόκληρη την Ευρώπη, που θα παρέχει βοήθεια σε νέους.

Βάσει των εθνικών παρατηρητηρίων, τη δημιουργία Ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου για ενήλικες.

Την ενσωμάτωση, στα ήδη υπάρχοντα προγράμματα των κοινοτήτων, πρακτικών για την πρόληψη.

Μέσω μελέτης από εμπειρογνώμονες να εκδοθεί ένα πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της παραβατικότητας.

Υπηρεσίες στην τοπική και στην περιφερειακή αυτοδιοίκηση για την κοινωνική πρόνοια των ανήλικων παραβατών και γενικότερα ένα πλαίσιο με πιο σύγχρονα συστήματα διαχείρισής τους (<http://www.europarl.europa.eu/>).
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>
<http://www.europarl.europa.eu/>

7.2. Τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών των εφήβων από το κράτος, από ιδιώτες και από Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.)

Η υγεία είναι η βάση της δικαιοπρακτικής ικανότητας και της δυνατότητας για καταλογισμό. Πολλές φορές, ωστόσο, η υγεία μπορεί να κλονιστεί. Αυτό μπορεί να συμβεί από την εμφάνιση διάφορων σωματικών ή και ψυχικών διαταραχών. Και οι δύο περιπτώσεις, κρίνονται αρκετά σημαντικές και συνεπώς ο νόμος και κατ'επέκταση οι κρατικές δομές, οφείλουν να προστατεύουν τα άτομα που πάσχουν, ώστε να υπερασπίζονται, πιο αποτελεσματικά, τα συμφέροντά τους. Μάλιστα, τα θέματα που αφορούν την υγεία, σωματική και ψυχική, προστατεύονται από το Σύνταγμα και συγκεκριμένα από το άρθρο 21 παρ. 3, του Ποινικού και Αστικού Κώδικα (Βάρκα – Αδάμη 2009).

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης, χαρακτηρίζεται ως ένας από τους βασικούς άξονες μιας κοινωνίας, μαζί με την κοινωνική πρόνοια και την κοινωνική ασφάλιση. Τα δημόσια νοσοκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές και τα αγροτικά ιατρεία, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, ήταν οι μόνες παροχές ιατρικής περίθαλψης. Αντίθετα, η ψυχιατρική περίθαλψη γινόταν μέσω των δημόσιων ψυχιατρείων. Ενώ, στην Αθήνα, είχε ιδρυθεί ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγιεινής. Σε γενικές γραμμές η υγειονομική και η ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, χαρακτηριζόταν χαμηλού επιπέδου, καθώς δεν υπήρχαν ιατρικοί εξοπλισμοί και όσοι υπήρχαν υπολειπορούσαν και υπήρχε ανισότητα στις υπηρεσίες που παρείχαν στα άτομα που προέρχονταν από τα μεγάλα αστικά κέντρα, σε σύγκριση με τους ασθενείς, που προέρχονταν από τις αγροτικές περιοχές (Σταθόπουλος, 2005).

Όλοι οι άνθρωποι οφείλουν να διαθέτουν το δικαίωμα για καλή ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, η παροχή διάφορων ιατρικών υπηρεσιών, για την εφηβική ομάδα είναι παραγκωνισμένη. Ιδιαίτερα, τα τελευταία χρόνια, λόγω και της οικονομικής κρίσης, σημειώνεται μεγάλη ύφεση στην ίδρυση, αλλά και στην «σωστή» λειτουργία των μονάδων υγείας για εφήβους. Η παραμέληση της υγείας των εφήβων, φέρει δραματικές επιπτώσεις στα νεαρά άτομα, στις οικογένειές τους, αλλά και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο. Στην Ελλάδα, αλλά και σε άλλες χώρες, η κατάσταση της ιατρικής περίθαλψης των εφήβων, βρίσκεται σε πρώιμα στάδια. Για να υπάρξουν, λοιπόν, θετικά αποτελέσματα, απαιτούνται οργανωμένες προσπάθειες με ειδικές ειδικότητες, που να έχουν εξιδανικευτεί σε συγκεκριμένα προβλήματα των νέων (Πετρίδου και συν., 2015).

Η εφηβική ηλικία, όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενα κεφάλαια, χαρακτηρίζεται ως μια από τις πιο κρίσιμες περιόδους της ζωής ενός ανθρώπου. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην ριψοκίνδυνη συμπεριφορά που ακολουθούν, σε θέματα υγείας, αλλά και στις βιολογικές αλλαγές που τους συμβαίνουν. Η σχέση με την οικογένεια, το σχολικό και το φιλικό περιβάλλον, η οικονομική κατάσταση, η πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες υγείας, αποτελούν μερικά παραδείγματα, τα οποία μπορεί να λειτουργήσουν ως επιβαρυντικοί ή προστατευτικοί μηχανισμοί, για την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας των εφήβων. Πριν από αρκετά χρόνια, η εφηβεία θεωρούσαν πως αποτελεί την διαδικασία της σωματικής ωρίμανσης και ότι η υγεία επηρεαζόταν από την ένταξη των ατόμων σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια. Σήμερα, ωστόσο, η εφηβική ηλικία, περιγράφεται ως μια βιολογική διαδικασία, που φέρει σοβαρές επιπτώσεις στην συμπεριφορά, στην συναισθηματική ευεξία του ατόμου, αλλά και στην υγεία, σωματική και ψυχική (Πετρίδου και συν., 2015).

Μερικές συμπεριφορές, που μπορούν να περιγραφούν ως ριψοκίνδυνες είναι η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, κίνδυνος εφηβικής εγκυμοσύνης, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και άλλα. Στην εφηβεία, σημειώνεται μεγάλη αλλαγή στην συμπεριφορά ενός ατόμου, ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις ένα άτομο, μπορεί να «παρεκκλίνει» από αυτό που θεωρείται ως «φυσιολογικό» και αυτό επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική, αλλά και στην ψυχική του υγεία. Ειδικότερα, το 2004, καταγράφηκαν πολλά περιστατικά θνησιμότητας, σε άτομα ηλικίας 10-24 ετών, από τροχαία ατυχήματα, αυτοχειρίες, από μεταδιδόμενες λοιμώξεις και άλλα. Επίσης, σημαντικά ήταν και τα ποσοστά της νοσηρότητας από την παρουσία ψυχικών διαταραχών κατά την εφηβεία (Πετρίδου και συν., 2015).

Στην εφηβεία είναι αρκετά πιθανό να κάνουν την εμφάνισή τους διάφορες διαταραχές. Οι ψυχικές διαταραχές, μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό πρόβλημα για την Δημόσια Υγεία, καθώς έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο, στις διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και γενικά στην κοινωνία. Κρίνεται λοιπόν σημαντική, η δημιουργία και η προαγωγή διάφορων προστατευτικών κοινωνικών δομών, που να αποσκοπούν στην βελτίωση της εφηβικής υγείας, στην σύσφιξη των διαπροσωπικών σχέσεων και κατ' επέκταση του ευρύτερου συνόλου (Πετρίδου και συν., 2015).

Ορισμένες από τις Υπηρεσίες Υγείας των εφήβων στη Ελλάδα είναι αρχικά η Εφηβιατρική ή Ιατρική της Εφηβείας, η οποία αποτελεί εξέλιξη της Παιδιατρικής. Στις αρχές του 20ου αιώνα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, η Παιδιατρική, χαρακτηριζόταν ως διαφορετικός κλάδος της Ιατρικής. Βασικοί στόχοι της Παιδιατρικής, αποτελεί η φροντίδα της σωματικής, της πνευματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής ανάπτυξης του εφήβου. Ο ηλικιακός αριθμός που χρειάζεται βοήθεια από την Παιδιατρική, μεταβάλλεται συνεχώς, λόγω των βιολογικών, των περιβαλλοντικών, αλλά και των κοινωνικών παραγόντων, που επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των νέων ατόμων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στις πιο αναπτυγμένες χώρες, στα μέσα της τελευταίας δεκαετίας, η Εφηβιατρική, αναγνωρίστηκε ως η εξέλιξη της Παιδιατρικής. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Ε.Ε.Π.Ο.Υ.), το 2003, διαπίστωσε ότι η υγεία των εφήβων χρίζει βοήθεια και την δημιουργία διάφορων κοινωνικών υπηρεσιών (Πετρίδου και συν., 2015).

Στην χώρα μας, έχουν εδραιωθεί διάφορες οργανώσεις, οι οποίες έχουν ως σκοπό την σύνθεση μιας διεπιστημονικής ομάδας, που θα συμβάλει στην βελτίωση της υγείας των εφήβων, αλλά και στην κάλυψη των αναγκών τους, με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς πόρους. Η νοσηλεία παρέχεται ως επί το πλείστον από γενικούς παιδίατρους διάφορων κλινικών, οι οποίοι ενημερώνονται πάνω σε θέματα εφηβικής ιατρικής, μέσω διάφορων Ημερίδων και Συνεδριών. Σε ορισμένες κλινικές της χώρας μας, υπάρχει ειδική ομάδα για την νοσηλεία των εφήβων, ενώ επίσης, έχουν δημιουργηθεί εξωτερικά ιατρεία, που αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών των νέων. Ορισμένες από τις Παιδιατρικές Κλινικές της Ελλάδας, έχουν αναπτύξει ειδικές πρωτοβουλίες για την κάλυψη των αναγκών των εφήβων, ενώ επίσης, δρουν έτσι ώστε να προαχθεί η φροντίδα υγείας των νέων. Μερικές από αυτές τις δομές, σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, παρατείνονται στο παράρτημα της παρούσας πτυχιακής εργασίας (Πετρίδου και συν., 2015).

Στην προκειμένη φάση, ωστόσο, θα αναφέρουμε ορισμένες υπηρεσίες που βρίσκονται στην περιοχή της Πάτρας και οι οποίες αναλαμβάνουν περιστατικά εφήβων. Ειδικότερα είναι οι ακόλουθες:

A. Δημόσιος Τομέας

Ο δημόσιος τομέας, παρέχει βοήθεια σε άτομα και οικογένειες που βρίσκονται σε ανάγκη, λόγω χαμηλού οικονομικού εισοδήματος. Η νομοθεσία, ορίζει τις διοικητικές και άλλες παροχές που προσφέρει στο πληθυσμό της κοινωνίας, το δημόσιο. Σε περιορισμένο βαθμό, χρησιμοποιούνται υπηρεσίες εθελοντών, κυρίως στους κλάδους της υγείας και της πρόνοιας. Ωστόσο, συχνά, οι δημόσιες υπηρεσίες, υπολειπούνται και αυτό γιατί δεν υπάρχει έκδηλη ανταπόδοση, ανάμεσα στον ενδιαφερόμενο και τον εργαζόμενο αντίστοιχα. Οι διαδικασίες προχωρούν με αργούς ρυθμούς και με ελάχιστη αποτελεσματικότητα, καθώς το προσωπικό δεν έχει κίνητρα για να δείξει ευαισθησία και να συμβάλει στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών (Σταθόπουλος, 2005).

Ορισμένες υπηρεσίες υγείας που προσφέρει ο κρατικός κλάδος είναι οι ακόλουθες:

Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών.

Το Καραμανδάνειο Νοσοκομείο της Πάτρας, βρίσκεται στην οδό Ερυθρού Σταυρού 40 και είναι κληροδότημα του αείμνηστου Ιωάννη Καραμανδάνη (1856 - 1938). Στόχος του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των νηπίων, παιδιών και εφήβων της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, καθώς και των γονέων και φροντιστών τους, με την παροχή παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών πρόληψης, φροντίδας, θεραπείας, συμβουλευτικής παρέμβασης και ευαισθητοποίησης σε παιδοψυχιατρικά θέματα. Λειτουργούν και εξωτερικά παιδοψυχιατρικά ιατρεία που παρέχουν διάγνωση και θεραπεία σε ψυχικά προβλήματα των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους. Επιπλέον, προγραμματίζονται διάφορες ομιλίες, που αποσκοπούν στην ενημέρωση για

ζητήματα που αφορούν τους εφήβους και τις οικογένειές τους. Επίσης, λαμβάνει μέρος σε διάφορες τοπικές εκπομπές, με σκοπό να προβάλουν τα θέματα ψυχικής υγείας. Το Καραμανδάνειο Νοσοκομείο, διεξάγει διαλέξεις σε συλλόγους και πραγματοποιεί ειδικές παρεμβάσεις σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με την τοπική αυτοδιοίκηση και με ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως αποτελούν χαρακτηριστικά το ίδρυμα σπαστικών, το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Αρρένων «Σκαγιοπούλειο», το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Πατρών, η Φλόγα, καθώς και ο Σύλλογος Αυτιστικών. (<http://www.paidopskaramandaneio.gr/index.html>)

Κοινωνικός Οργανισμός του Δήμου Πατρών.

Ο Κοινωνικός Οργανισμός του Δήμου της Πάτρας, αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και προέκυψε από την εφαρμογή του «Καλλικράτη». Στο οργανισμό αυτό εμπλέκονται: α) ο Δημοτικός Οργανισμός Υγείας Πρόνοιας, β) οι Δημοτικοί Παιδικοί Σταθμοί και γ) τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Πατρέων. Μέχρι το 2008, τα διάφορα προγράμματα του Δήμου της Πάτρας, με κοινωνικό χαρακτήρα, βρίσκονταν σε συνεργασία με την Αναπτυξιακή Δημοτική Επιχείρηση Πατρών – ΑΔΕΠ. Ενώ, έως το 2011, βρισκόταν υπό την αιγίδα της Κοινοφελούς Δημοτικής Επιχείρησης Πατρών – ΚΔΕΠ. Ο Κοινωνικός Οργανισμός, παρέχει κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα εξής: 1) Βοήθεια στο σπίτι, 2) Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών και Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία, 3) Γραφείο Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, 4) Γραφείο ψυχοκοινωνικής στήριξης και άλλα. Ο Κοινωνικός Οργανισμός του Δήμου Πατρέων, διαθέτει επίσης, ορισμένα τμήματα κοινωνικής στήριξης, τα οποία αναγράφονται στην συνέχεια:

Γραφείο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την ψυχολογική και την κοινωνική στήριξη των πολιτών, που αντιμετωπίζουν προσωπικά, οικογενειακά και κοινωνικά ζητήματα.

Γραφείο Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην Κοινότητα. Βασικός στόχος του συγκεκριμένου γραφείου είναι η δημιουργία προγραμμάτων που προωθούν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών για θέματα που αφορούν την ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και την κοινωνική ένταξη τους. Επίσης, συμβάλει στην εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων για διάφορα ζητήματα (π.χ. ψυχικές διαταραχές, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και άλλα).

Τέλος, προάγει την δημόσια υγεία του πληθυσμού και ιδιαίτερα των έφηβων ατόμων. Το Γραφείο Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας στην Κοινότητα, προκειμένου να υλοποιήσει τους στόχους του, χρειάζεται την συνεισφορά και άλλων φορέων

(Δημοτικά Ιατρεία, Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Δήμου Πατρέων.
(<http://koinorgpatras.blogspot.gr/>)

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Πάτρας.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, στεγάζεται στην οδό Επιδαύρου 8 (πίσω από το Ξενοδοχείο «Δελφίνοι»), Τερψιθέα, ΤΚ. 26442, Πάτρα. Τηλέφωνα: 2610-452919, 2610-439569. Φαξ: 2610-439569. E-mail: mhcpatra@otenet.gr.

Αποτελεί τη βασική μονάδα Πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα πλαίσια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Βασικός του στόχος είναι η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων, κυρίως μέσα στην κοινότητα και λιγότερο σε ειδικούς χώρους (κλινικές, κλπ.). Το Κέντρο άρχισε να λειτουργεί τον Ιούνιο του 2003. Πιο συγκεκριμένα παρέχει: 1) τακτικό εξωτερικό ιατρείο, 2) συμβουλευτικές – υποστηρικτικές υπηρεσίες, 3) νοσοκομείο ημέρας, 4) θεραπευτική ομάδα παρέμβασης σε σπίτι, 5) αγωγή κοινότητας, 6) θεραπευτική ομάδα εξωτερικών ασθενών, 7) ομάδα υποστήριξης οικογενειών, 8) εκπαίδευση και 9) κλινική έρευνα.

(<http://www.agandreashosp.gr/depts/kpy/kpy.htm>)

B. Ιδιωτικός Τομέας

Από την άλλη μεριά, έχουμε τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα. Στον συγκεκριμένο τομέα, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν είναι πιο ικανοποιητική. Οι τομείς αυτοί, κατά βάση, λειτουργούν ύστερα από άδεια των κρατικών αρχών, ώστε να ελέγχεται η τήρηση των προδιαγραφών και η καλή λειτουργία της υπηρεσίας (Σταθόπουλος, 2005). Μερικές από τις οργανώσεις που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα περιγράφονται στο παράρτημα, καθώς δεν μπορέσαμε να συλλέξουμε υλικό για υπηρεσίες στην περιοχή της Πάτρας.

Γ. Εθελοντικός – Μη Κερδοσκοπικός Τομέας

Τέλος, ο εθελοντικός μη κερδοσκοπικός τομέας, παρέχει υπηρεσίες, μέσω του εθελοντισμού. Επίσης, διαθέτει ηθικό περιεχόμενο, λόγω της προσφοράς προς τον συνάνθρωπο που βρίσκεται σε ανάγκη, χωρίς το κίνητρο της χρηματικής ανταβοιβής. Οι εθελοντικές οργανώσεις, αποτελούν μικρές ή και μεγάλες μονάδες, οι οποίες ενδέχεται να λειτουργήσουν σε τοπικό, σε Εθνικό, αλλά και σε Διεθνές επίπεδο. Ενώ, προσφέρεται εποπτεία των υπηρεσιών που παρέχει, μέσω του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας και Οικονομικών (Σταθόπουλος, 2005).

Στα σύγχρονα αστικά κέντρα, η αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, από τις κρατικές δομές, φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Ουσιαστικά, δεν διαθέτουν μια επικαιροποιημένη γνώση από επαγγελματίες ειδικούς, για ολιστική αντιμετώπιση των εφήβων, που πάσχουν. Γι'

αυτό, θεσπίστηκε η δημιουργία διάφορων οργανώσεων, που να παρέχουν υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Οι οργανώσεις αυτές, αναλαμβάνουν, κυρίως, την ενίσχυση και την υποστήριξη των εφήβων με χρόνια νοσήματα, ενώ παράλληλα, συμβάλουν στην οικονομική στήριξη των οικογενειών των εφήβων. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια που η οικονομική κρίση κάνει αισθητή την παρουσία της, η εδραίωση εθελοντικών δομών, κρίνεται ιδιαίτερα βοηθητική. Επίσης, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα διάφορα προβλήματα που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά την πάροδο της εφηβείας (π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός), παρέχονται σε Γενικά Νοσοκομεία, επισκέψεις σε ψυχολόγους και άλλους ειδικούς, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση (Πετρίδου και συν., 2015).

Μερικές από τις Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις, που βρίσκονται στην περιοχή της Πάτρας αναφέρονται στην συνέχεια:

Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ.

Η Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ, είναι Σύλλογος, ο οποίος άρχισε να λειτουργεί το 1988. Ο συγκεκριμένος σύλλογος απευθύνεται σε μαθητές, σε εκπαιδευτικούς, σε γονείς, σε νέους εκτός σχολικής κοινότητας, σε επαγγελματίες υγείας, σε σώματα ασφαλείας, καθώς και στην ευρύτερη κοινότητα. Προσφέρει τις δραστηριότητες που καταγράφονται στην συνέχεια:

Ομάδες εθελοντών

Εκπαίδευση εθελοντών στην πρόληψη

Εκπαίδευση κοινότητας στην πρόληψη (γονείς, εκπαιδευτικοί)

Έκδοση του τριμηνιαίου περιοδικού «Πρόσωπο»

Δίκτυο Κοινωνικής Παρέμβασης για το Αλκοόλ

Λειτουργία Κέντρου Δημιουργικής Απασχόλησης

Ομάδες παιδιών και εφήβων

«Προγράμματα Ημέρας», που αποσκοπούν στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση των μαθητών

Εκπαίδευση σπουδαστών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Αντιμέτωπιση αιτημάτων βοήθειας (ενημέρωση χρηστών και των οικογενειών τους για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα, παραπομπές)

Διακρατικές συνεργασίες και προγράμματα

Συμμετοχή σε διεθνή και πανελλαδικά δίκτυα.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Παντανάσσης 95, Τ.Κ. 262 25, Πάτρα. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης: Σαρανταπόρου 20, Τ.Κ. 262 23, Πάτρα. Τηλέφωνο: 2610623290, 226948. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης (τηλ.): 2610451790,

454357. Φαξ: 2610623290. Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης (φαξ): 2610451790.
E-mail: protasi@pat.forthnet.gr. Ιστοσελίδα: www.forthnet.gr/protasi.

(http://www.ektepn.gr/content/region_new/DYTIKI_ELLADA_PDF/p9.pdf).

Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία «ΣΟΨΥ» Πάτρας.

Η ίδρυση του συγκεκριμένου Συλλόγου πραγματοποιήθηκε το 2003. Είναι Μη Κυβερνητική Οργάνωση και μέλος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία. Αποτελεί έναν μικτό Σύλλογο, ο οποίος προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και στηρίζει τις οικογένειες – φροντιστές των νοσούντων. Επίσης, απαρτίζεται από πολλούς εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το «ΣΟΨΥ», αποτελεί βασικό φορέα αυτό – οργάνωσης και αυτοεκπροσώπησης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, των οικογενειών και των φίλων τους. Ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία «ΣΟΨΥ», επιδιώκει να καλύψει τις ανάγκες για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας, καθώς και τις ανάγκες των χρόνιων ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους. Γι' αυτό τον λόγο, δημιούργησε μια νέα Ολοήμερη Δομή Ψυχικής Υγείας, η οποία ονομάζεται Κοινωνικός- Κοινοτικός Σταθμός Ψυχικής Υγείας «Γέφυρες Ζωής» και υλοποιείται με την αρωγή του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος. Όλες οι υπηρεσίες του «ΣΟΨΥ» Πάτρας παρέχονται δωρεάν και χωρίς καθυστέρηση από τις 09:00π.μ. έως τις 21:00μ.μ., από έμπειρους και επιστημονικά καταρτισμένους εργαζόμενους και εθελοντές. Μερικές από τις υπηρεσίες του Κοινωνικού – Κοινοτικού Σταθμού «Γέφυρες Ζωής» είναι οι ακόλουθες:

Αξιολόγηση, διάγνωση και βασικές θεραπευτικές οδηγίες σε παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους.

Συμβουλευτική - ψυχολογική υποστήριξη σε ατομικό επίπεδο σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες καθώς και τις οικογένειές τους.

Δομημένο καθημερινό πρόγραμμα ομαδικών δραστηριοτήτων με στόχο την ενδυνάμωση και την κινητοποίηση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας: Δράσεις, ομιλίες, σεμινάρια, βιωματικές ομάδες, για θέματα ψυχικής υγείας, με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους σε ομαδικό επίπεδο (ομάδες λόγου, ομάδες φροντιστών).

Ενδυνάμωση και υλοποίηση προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Λειτουργία Κοινωνικής Συνεταιριστικής Επιχείρησης (Κοιν.Σ.Επ.) Ένταξης «Γέφυρες» (Κοινωνική Καφετέρια).

Ενημέρωση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας για τα δικαιώματά τους, καθώς και για τις κρατικές παροχές, την κοινωνική υποστήριξη και τη φροντίδα που δικαιούνται (επιδόματα, συντάξεις, ασφαλιστικά μέτρα, παροχές, θεραπευτικά μέσα).

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Κανάρη 74, 26222, Πάτρα. Κτήριο Εργαστηρίων: Σισίνη 6, 26225, Πάτρα. Τηλέφωνο – Φαξ: 2610621273, Κινητό: 6977452647. Email: sopsipatron@gmail.com. (<http://sopsipatron.gr/>).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι στην χώρα μας γίνεται προσπάθεια για την παροχή υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας στον έφηβο πληθυσμό. Φυσικά, είναι σημαντικό να επισημάνουμε τις προσπάθειες που πραγματοποιούνται, από ιδιωτικές, από κρατικές, αλλά και από Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.). Ωστόσο, αυτές οι υπηρεσίες είναι ελάχιστες και το έργο τους υλοποιείται με δυσκολία, λόγω των δύσκολων καιρών που διανύουμε, αλλά και των αυξημένων αναγκών του πληθυσμού που νοσεί. Βέβαια, ελπίζουμε σε ένα καλύτερο μέλλον, όπου οι υπηρεσίες θα διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για την θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, αλλά και στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού για θέματα ψυχικής υγείας από επαγγελματίες ειδικούς, όπου μπορεί να συνεισφέρουν στην πρόληψη και αν όχι στην εξάλειψη, τουλάχιστον στην μείωση του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 80 – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι η παρουσίαση της ερευνητικής μεθοδολογίας που θα ακολουθήσει για τη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση και το σχολιασμό τους σχετικά με την ανάδειξη της ικανότητας των εκπαιδευτικών να αναγνωρίζουν και στη συνέχεια να προχωρούν στη διαχείριση θεμάτων ψυχικών διαταραχών στους εφήβους.

Αρχικά, ορίζονται κάποια ερευνητικά ερωτήματα, κάποιες ερευνητικές υποθέσεις που πρέπει να απαντηθούν μετά τη διεξαγωγή της έρευνας. Προκειμένου να εντοπιστεί, λοιπόν, ο βαθμός στον οποίο η εκπαίδευση των καθηγητών έχει συνεισφέρει στην αναγνώριση, αλλά και στην αντιμετώπιση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων εφήβων και να διαπιστωθεί, εάν οι επαγγελματίες έχουν την ικανότητα να κρίνουν εάν και κατά πόσο η εκπαιδευτική διαδικασία που συμμετείχαν έχει συντελέσει θετικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Θα πραγματοποιηθεί πρωτογενής, ποσοτική έρευνα με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Γι' αυτό το λόγο, η συλλογή θα γίνει από 33 εκπαιδευτικούς Γενικών Γυμνασίων και Λυκείων της Πάτρας.

Στη συνέχεια αναφέρονται ορισμένοι περιορισμοί και γίνεται μια αναφορά στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου που καλούνται να συμπληρώσουν οι ερωτώμενοι, δηλαδή από ποια μέρη αποτελείται, καθώς και τί περιλαμβάνει το καθένα από αυτά τα μέρη.

8.1. Ερευνητικές υποθέσεις – ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στα πλαίσια της παρούσας έρευνας και οφείλουν να απαντηθούν είναι τα εξής:

Υπάρχει η δυνατότητα να εντοπίσουν οι καθηγητές και να αναγνωρίσουν περιπτώσεις εφήβων, οι οποίοι πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή;

Σε ποιο βαθμό έχει συνεισφέρει η εκπαίδευση των καθηγητών στην αναγνώριση και στην αντιμετώπιση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων εφήβων;

Έχουν οι εκπαιδευτικοί την ικανότητα να διαχειριστούν περιπτώσεις ψυχικής δυσλειτουργίας;

Οι καθηγητές έχουν υιοθετήσει συγκεκριμένες στρατηγικές για την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών;

Έχουν οι εκπαιδευτικοί τις ευκαιρίες να ενημερωθούν και να μετεκπαιδευτούν σε θέματα ψυχικής υγείας

8.2. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Ο βασικός σκοπός της έρευνας που πραγματοποιείται στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να αναδειχθεί η ικανότητα των εκπαιδευτικών να αναγνωρίζουν, καθώς και να διαχειρίζονται θέματα ψυχικών διαταραχών στους εφήβους. Επίσης, αποσκοπεί στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η εκπαιδευτική διαδικασία συνέβαλε στην αναγνώριση, αλλά και στη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών των εφήβων.

Ειδικότερα, μελετάται μέσω των εκπαιδευτών, σε Γενικά Γυμνάσια και Λύκεια, η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, κατά την εφηβική περίοδο και πώς μπορούν αυτές να αντιμετωπιστούν. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την εμπειρική μελέτη, επιδιώκεται η επίτευξη των εξής στόχων:

Να πραγματοποιηθεί η συλλογή έγκυρων πληροφοριών σχετικά με το ποσοστό των καθηγητών (στα Γυμνάσια και Λύκεια), που έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν περιπτώσεις εφήβων, οι οποίοι πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Να εντοπιστεί ο βαθμός στον οποίο η εκπαίδευση των καθηγητών έχει συνεισφέρει στην αναγνώριση, αλλά και στην αντιμετώπιση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων εφήβων.

Να διαπιστωθεί εάν οι επαγγελματίες έχουν την ικανότητα να κρίνουν εάν και κατά πόσο η εκπαιδευτική διαδικασία που συμμετείχαν έχει συντελέσει θετικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

8.3. Είδος της έρευνας

Η έννοια της έρευνας αγοράς αναφέρεται στην οργανωμένη προσπάθεια που πραγματοποιείται, έτσι ώστε να γίνει η συλλογή πληροφοριών, η οποία σχετίζεται με την αγορά. Η έρευνα αγοράς περιλαμβάνει τα εξής στάδια: (Σταθακόπουλος, 2005)

Πρώτον, γίνεται η αναγνώριση και η διατύπωση του προβλήματος.

Δεύτερον, αναπτύσσεται μια αποτελεσματική προσέγγιση.

Τρίτον, επιλέγεται και σχεδιάζεται η κατάλληλη ερευνητική μέθοδος.

Τέταρτον, συλλέγονται τα δεδομένα.

Πέμπτον, αναλύονται τα δεδομένα.

Έκτον, συντάσσεται η αναφορά και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Προκειμένου να επιλεγεί μέθοδος στην έρευνα αγοράς, συλλέγονται δεδομένα με τη χρήση πρωτογενών και δευτερογενών στοιχείων. Η συλλογή των πρωτογενών

στοιχείων πραγματοποιείται σε εκείνη την περίπτωση που δεν υπάρχουν δεδομένα ή δεν είναι δυνατό να γίνει χρήση τους στη μορφή που βρίσκονται. Από την άλλη πλευρά, δευτερογενή είναι εκείνα τα στοιχεία, τα οποία ήδη υπάρχουν και έχει πραγματοποιηθεί η συλλογή τους κάποια στιγμή για να δοθεί λύση σε κάποιο άλλο ζήτημα (Κυριαζόπουλος & Σιαμαντά, 2009).

Επί πρόσθετα, μπορούμε να διακρίνουμε την έρευνα αγοράς σε δύο κατηγορίες, την ποιοτική, αλλά και την ποσοτική έρευνα. Αρχικά, η ποιοτική έρευνα αγοράς κάνει χρήση της συλλογή στοιχείων που δεν είναι εύκολο να παρατηρηθούν και να μετρηθούν άμεσα. Πιο συγκεκριμένα αποτελεί το εργαλείο εκείνο με το οποίο προκύπτουν στοιχεία, τα οποία χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθούν διάφορες ιδέες, χωρίς να μετρηθούν και να πραγματοποιηθούν αριθμητικές και στατιστικές μετρήσεις και αναλύσεις.

Κυρίως, αναφέρεται στις τεχνικές εκείνες, με τις οποίες είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί η διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων ή συζητήσεων μεταξύ διαφορετικών ατόμων. Επίσης, η έρευνα με ερωτηματολόγιο είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος για να συλλεχθούν δεδομένα όσο πιο άμεσα γίνεται, με το μικρότερο δυνατό κόστος και με τη μεγαλύτερη ακρίβεια και σαφήνεια (Σταθακόπουλος, 2005).

Από την άλλη μεριά, η ποσοτική έρευνα βρίσκει εφαρμογή στην περίπτωση που οι πληροφορίες που αναζητούνται γίνονται πιο συγκεκριμένες και χαρακτηρίζονται ως αξιόπιστες. Τα ποσοτικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε στατιστικές αναλύσεις οδηγώντας σε έγκυρα και έγκαιρα αποτελέσματα, αλλά για να συμβεί κάτι τέτοιο χρειάζεται κάποιο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Η συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι πρωτογενής, αφού η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιείται από την αρχή και δεν χρησιμοποιούνται παλαιότερα δεδομένα που έχουν προκύψει από άλλες έρευνες. Επίσης, πρόκειται για ποσοτική έρευνα κατά την οποία αναζητούνται συγκεκριμένες πληροφορίες και τα δεδομένα που προκύπτουν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν για στατιστική ανάλυση.

8.4. Δειγματοληψία και επιλογή εργαλείων έρευνας

Η δειγματοληψία θα πραγματοποιηθεί το πρώτο δεκαήμερο του Απριλίου στην Πάτρα. Θα πρέπει συνολικά να γίνει η συλλογή 33 ερωτηματολογίων. Για να προκύψουν τα αποτελέσματα της έρευνας τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να μοιραστούν σε εκπαιδευτικούς Γενικών Γυμνασίων και Λυκείων της πόλης. Η διανομή των ερωτηματολογίων θα πραγματοποιηθεί σε αρκετά σχολεία της περιοχής κι όχι σε ένα, δύο, προκειμένου να προκύψουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα.

Το εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο θα διανεμηθεί σε εκπαιδευτικούς που θα αποτελέσουν το δείγμα μας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μία ομάδα τυποποιημένων ερωτήσεων κλειστού τύπου για τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών.

Τα ερωτηματολόγια θα δοθούν στους ερωτώμενους με την προσωπική μέθοδο, δηλαδή με προσωπική επαφή με τον ερωτώμενο, μοιράζοντας το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις που θα δώσουν οι ερωτώμενοι, στις περισσότερες ερωτήσεις με τη

βοήθεια της κλίμακας Λίκερτ θα πρέπει να κωδικοποιηθούν και με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS να προκύψουν τα αποτελέσματα και θα ελεγχθεί εάν απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται.

8.5 . Περιορισμοί

Καμία μελέτη δεν είναι τέλεια σχεδιασμένη. Ακόμα και οι μελέτες που είναι πάρα πολύ καλά σχεδιασμένες, μπορεί στη συνέχεια να μην εκτελεστούν με το σωστό τρόπο. Πολλές έρευνες περιέχουν ατέλειες, αφού κάθε ερευνητική ερώτηση μπορεί να τεθεί με πάρα πολλούς τρόπους.

Λόγω της φύσης των μονάδων που απευθυνόμαστε και του τρόπου λειτουργίας τους, η έλλειψη χρόνου από τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα κάνει αρκετά δύσκολη αυτήν την προσπάθεια.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως κάποιοι εκπαιδευτικοί δεν φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα πρόθυμοι να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Ουσιαστικά ήταν επιφυλακτικοί, παρόλο που ξεκαθαρίζαμε από την αρχή ότι η συγκεκριμένη έρευνα υλοποιείται με τις προδιαγραφές της τήρησης της ανωνυμίας και του απορρήτου.

8.6. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για τη διεξαγωγή της πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τα δημογραφικά και άλλα γενικά στοιχεία.

Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι δίνουν απαντήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, τις πανεπιστημιακές σπουδές, τα έτη προϋπηρεσίας τους, αν εργάζονται σε Γυμνάσιο ή σε Λύκειο, τη θέση που έχουν σε αυτό και αν εργάζονται ως μόνιμοι ή ως αναπληρωτές.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την ικανότητα που έχουν οι εκπαιδευτικοί να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν θέματα ψυχικής υγείας. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν ορισμένες καταστάσεις στον έφηβο μαθητή, όπως είναι για παράδειγμα, οι ενδείξεις κατάθλιψης, άγχους, αυτοκτονικού ιδεασμού στον έφηβο, ενδείξεων σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και ρατσιστικής συμπεριφοράς κ.λ.π.

Επιπλέον, ακολουθούν ερωτήσεις σχετικές με το κατά πόσο πιστεύουν ότι η εκπαίδευσή τους, τους προετοίμασε για θέματα ψυχικής υγείας στους έφηβους μαθητές, όπως να ακολουθήσουν στρατηγικές διαχείρισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς, έντονου άγχους, μαθησιακών δυσκολιών, αντιμετώπισης προβλημάτων συγκέντρωσης, σχολικού εκφοβισμού (bullying), πολυπολιτισμικότητας μέσα στην σχολική αίθουσα κ.λ.π.

8.7. Διαδικασία έρευνας

Στις 4/4/2017, αφού πήραμε την έγκριση από τον επόπτη, επικοινωνήσαμε τηλεφωνικά με τα σχολεία που είχαμε επιλέξει, ώστε να ορίσουμε πότε θα γίνει η συνάντηση με το κάθε σχολείο.

Την Τετάρτη 5/4/2017 και ώρα 9:37 μέχρι 10:00, πήγαμε στο 3ο Λύκειο μοιράσαμε 5 ερωτηματολόγια και πήραμε τα 4. Στις 10:10 πήγαμε στο 12ο Γυμνάσιο στο οποίο καθίσαμε μέχρι 10:30 και πήραμε 3 ερωτηματολόγια. Επιπλέον, στις 10:57 πήγαμε στο 8ο Λύκειο όπου και αφήσαμε 6 ερωτηματολόγια.

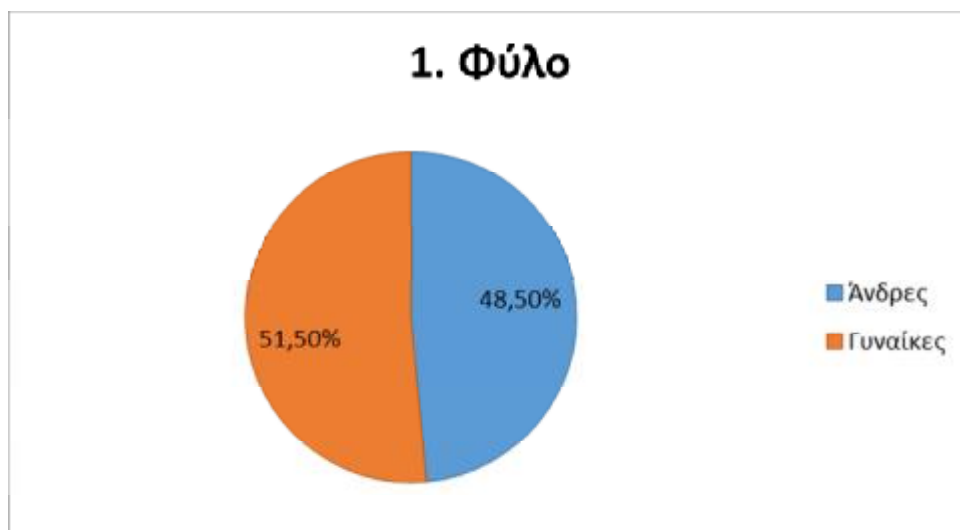
Την Πέμπτη 6/4/2017, 8:45 μέχρι 9:15, βρισκόμασταν στο 7ο Λύκειο από όπου πήραμε 3 ερωτηματολόγια. Στις 9:30 μέχρι 9:50 πήγαμε στο 8ο Γυμνάσιο και πήραμε 5 ερωτηματολόγια. Στις 10:10 πήραμε από το 12ο Γυμνάσιο 2 ερωτηματολόγια. Και στις 10:50 πήραμε από το 9ο Γυμνάσιο 5 ερωτηματολόγια.

Την Παρασκευή 7/4/2017, στις 9:40 πήραμε από το 8ο Λύκειο 6 ερωτηματολόγια, και από το 3ο Λύκειο 1 ερωτηματολόγιο. Ενώ στις 10:15 πήραμε από το 7ο Λύκειο 4 ερωτηματολόγια. Συνολικά, όπως προαναφέρθηκε, έχουμε συλλέξει 33 ερωτηματολόγια προς ανάλυση.

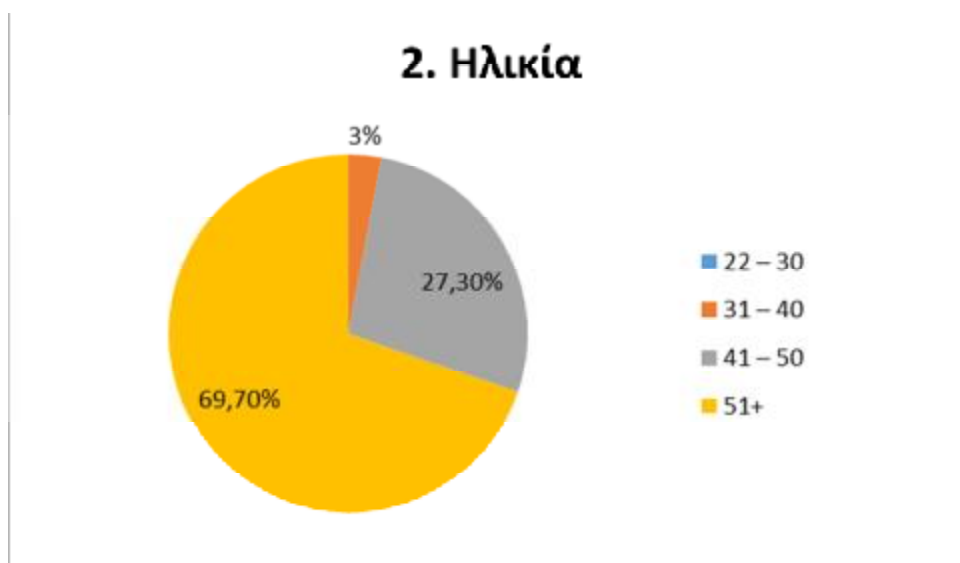
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 90 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9.1. Αποτελέσματα έρευνας

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων των οποίων η συλλογή πραγματοποιήθηκε από τη διανομή των ερωτηματολογίων σε 33 εκπαιδευτικούς καθηγητές Γυμνασίων και Λυκείων στην πόλη της Πάτρας πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.



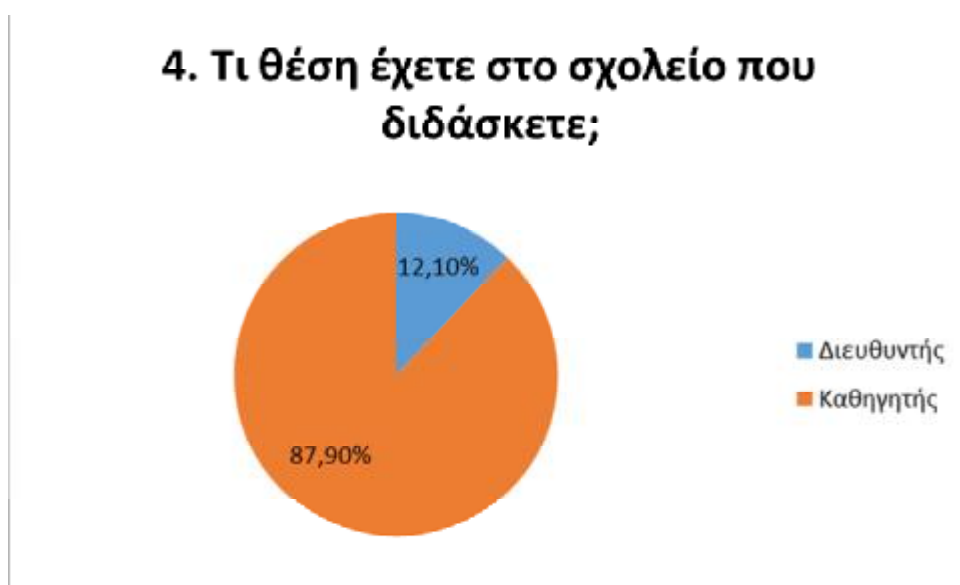
Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω διάγραμμα, το 51,5% του συνολικού δείγματος αντιστοιχεί στο γυναικείο φύλο που φαίνεται να υπερτερεί οριακά και ποσοστό που κυμαίνεται στο 48,5% αντιστοιχεί στο ανδρικό φύλο.



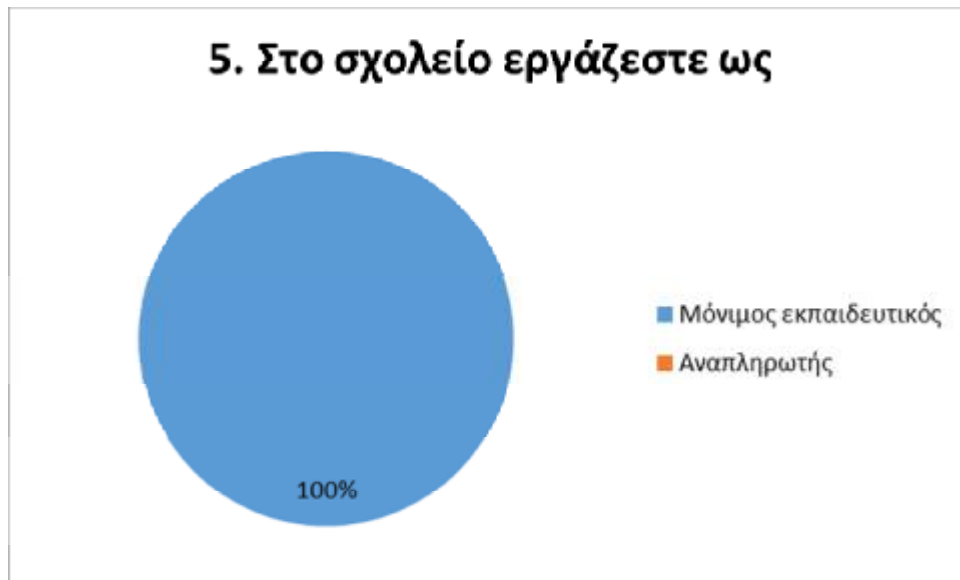
Η δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ηλικία των ερωτηθέντων. Η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή ποσοστό που αντιστοιχεί στο 69,7% έχει ηλικία άνω των 51 ετών και ακολουθεί ποσοστό που κυμαίνεται στο 27,3% και το αποτελούν άτομα που έχουν ηλικία μεταξύ 41 και 50 ετών. Μόνο ένας ερωτώμενος ανήκει στην κλίμακα ηλικίας 31-40 ετών και αντιστοιχεί σε ποσοστό 3% του συνολικού δείγματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι κανένα άτομο ηλικίας 22-30 ετών δεν συμπλήρωσε το παρόν ερωτηματολόγιο.



Στην ερώτηση που ακολουθεί σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι διδάσκουν σε Γυμνάσιο ή Λύκειο, η πλειονότητα του δείγματος απάντησε ότι το 57,6% διδάσκει σε Λύκειο και το 42,4% ότι διδάσκει σε Γυμνάσιο.



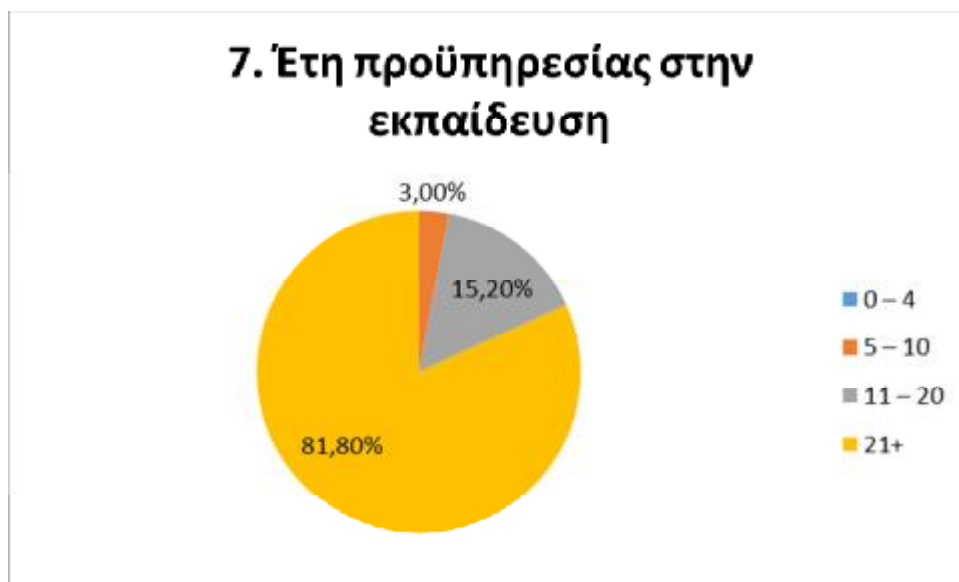
Επίσης, από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 87,9% είναι καθηγητές και ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό έχει τη θέση διευθυντή. Πιο συγκεκριμένα, από τους 33 ερωτώμενους, οι 29 είναι καθηγητές και μόνο οι 4 είναι διευθυντές.



Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλο το δείγμα αποτελείται από μόνιμους εκπαιδευτικούς και από κανέναν αναπληρωτή εκπαιδευτικό.



Ως προς τις Πανεπιστημιακές σπουδές παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, για την ακρίβεια το 66,7%, αποτελούν ερωτώμενοι που έχουν πρώτο πτυχίο. Επιπλέον, ποσοστό που κυμαίνεται στο 27,3% είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου, ενώ ίσα, αλλά ταυτόχρονα και πάρα πολύ μικρά είναι τα ποσοστά όσων διαθέτουν δεύτερο πτυχίο ή Διδακτορικό τίτλο.

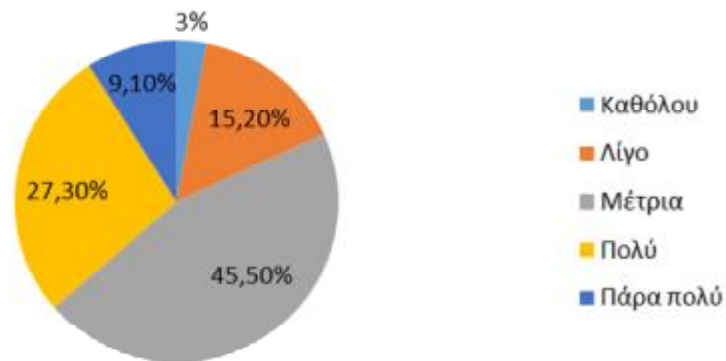


Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ολοκληρώνεται με την ερώτηση που σχετίζεται με τα έτη προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση. Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται ότι η πλειονότητα των ατόμων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας έχει πάνω από 21 έτη προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 81,8%. Ακολουθεί ένα μικρότερο ποσοστό (15,2%), αυτών που έχουν από 11 έως 20 έτη προϋπηρεσίας και τέλος το 3% του δείγματος (ένας από τους 33 ερωτώμενους) έχει λιγότερα έτη προϋπηρεσίας, δηλαδή από 5 έως 10 έτη.

Φυσικά θα πρέπει να τονιστεί ότι κανένας ερωτώμενος δεν έδωσε την απάντηση που αντιστοιχεί σε έτη προϋπηρεσίας από 0 έως 4, κάτι το οποίο είναι αναμενόμενο, αφού κανένας ερωτώμενος δεν ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 22-30 ετών και κανένας δεν είναι αναπληρωτής (όλοι οι ερωτώμενοι είναι μόνιμοι εκπαιδευτικοί).

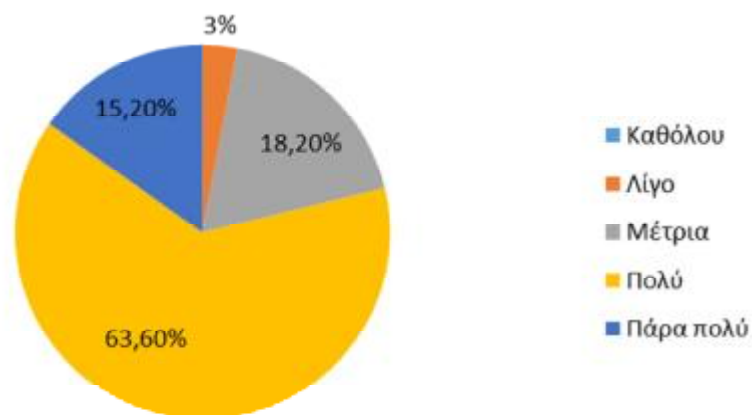
Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις ερωτήσεις του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου. Το δεύτερο μέρος επικεντρώνεται στην ικανότητα που έχουν οι εκπαιδευτικοί να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν θέματα ψυχικής υγείας.

8α. Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης



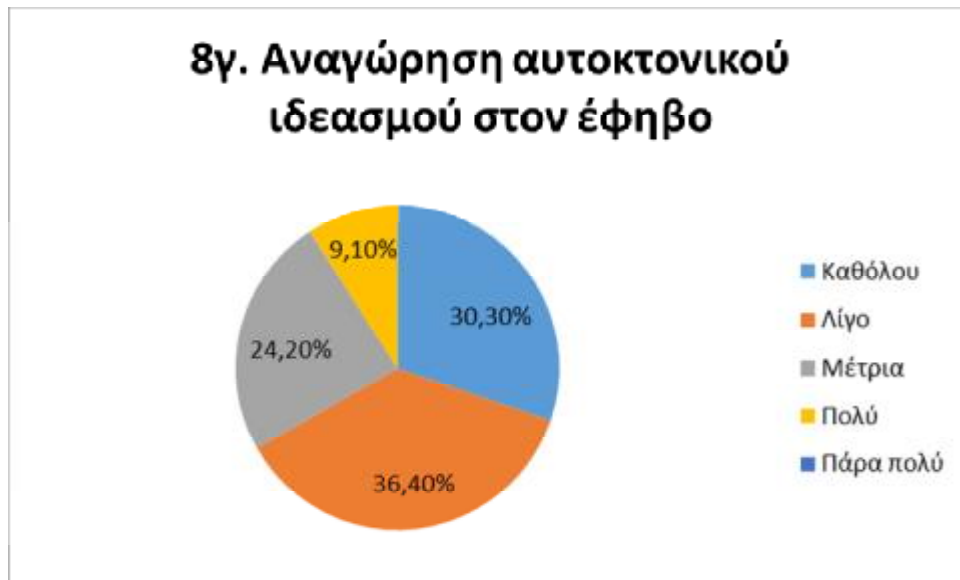
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ισχυρίζεται ότι μπορεί μέτρια να αναγνωρίζει ενδείξεις κατάθλιψης στον έφηβο μαθητή. Ακολουθούν μικρότερα ποσοστά εκ των οποίων το 27,3% μπορεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 15,2% σε μικρότερο και το 9,1% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Μόνο το 3% του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει ενδείξεις κατάθλιψης στον έφηβο μαθητή.

8β. Αναγνώριση άγχους

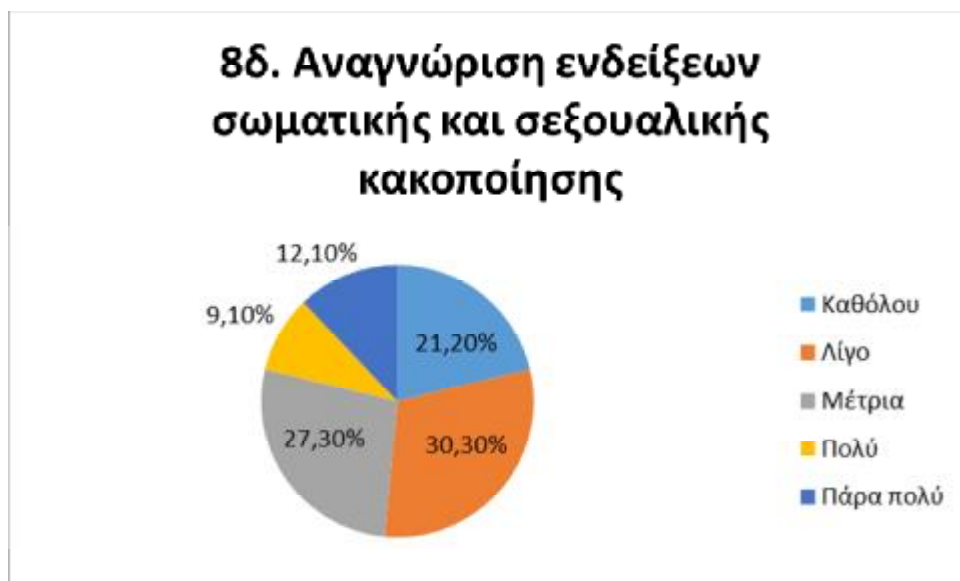


Ως προς την επόμενη ερώτηση που σχετίζεται με την αναγνώριση του άγχους, θα πρέπει να τονιστεί ότι από κανέναν ερωτώμενο εκπαιδευτικό δε δόθηκε η απάντηση καθόλου.

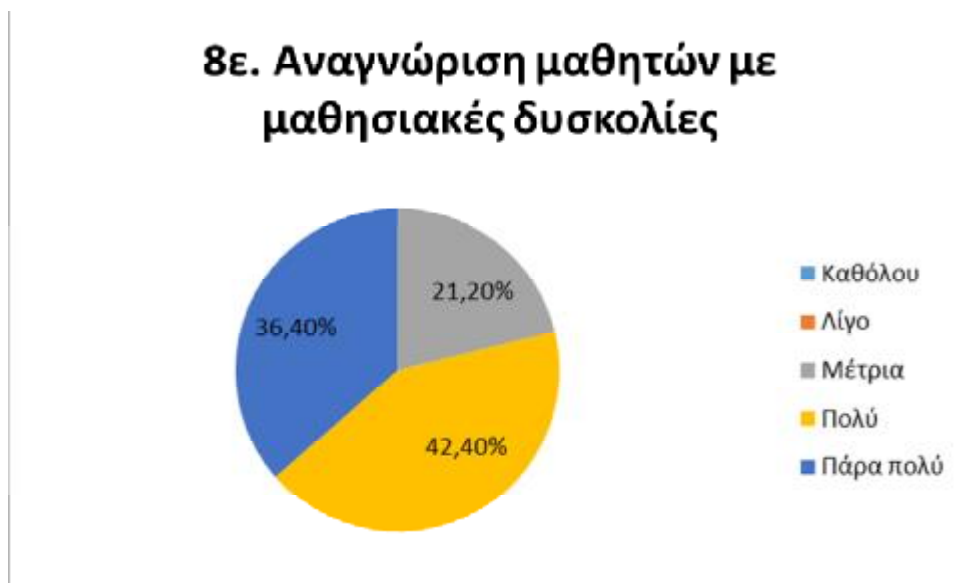
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε ότι έχει μεγάλη ικανότητα να αναγνωρίζει το άγχος, δηλαδή το 63,6% του δείγματος, το 18,2% έχει μέτρια, το 15,2% έχει πάρα πολύ μεγάλη και το 3% έχει μικρή ικανότητα αναγνώρισης άγχους στον έφηβο μαθητή.



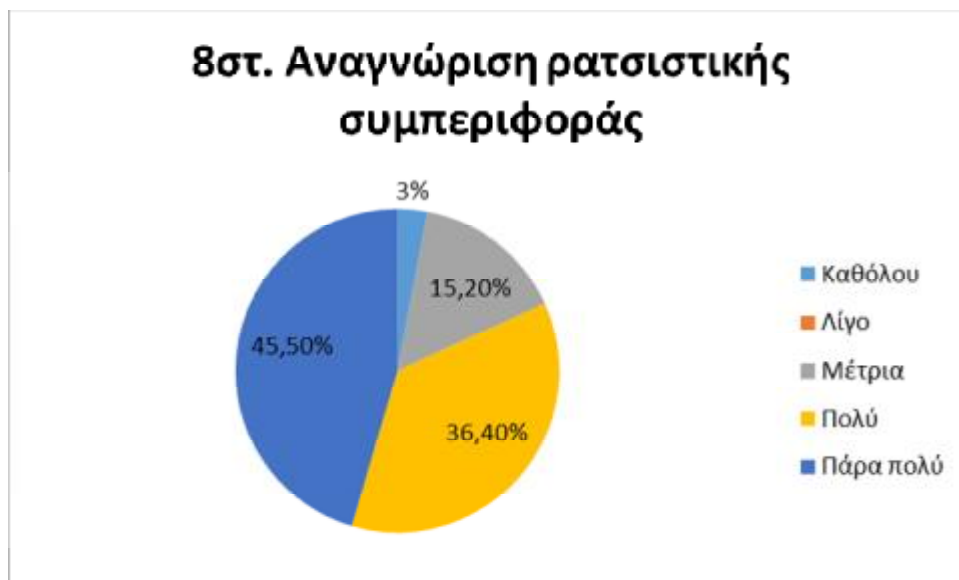
Σχετικά με την επόμενη απάντηση περί αναγνώρισης αυτοκτονικού ιδεασμού στον έφηβο μαθητή, το 36,4% έδωσε την απάντηση λίγο, το 30,3% του δείγματος την απάντηση καθόλου, το 24,2% μέτρια και ένα μικρότερο ποσοστό, το 9,1% απάντησε πολύ.



Επί, πρόσθετα, το 30,3% του δείγματος μπορεί να αναγνωρίζει λίγο τις ενδείξεις σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στον έφηβο μαθητή, το 27,3% μπορεί μέτρια, ενώ το 21,2% του δείγματος δε μπορεί καθόλου. Πάρα πολύ θετικά και πολύ θετικά απάντησε το 12,1% και το 9,1% του δείγματος, αντίστοιχα.

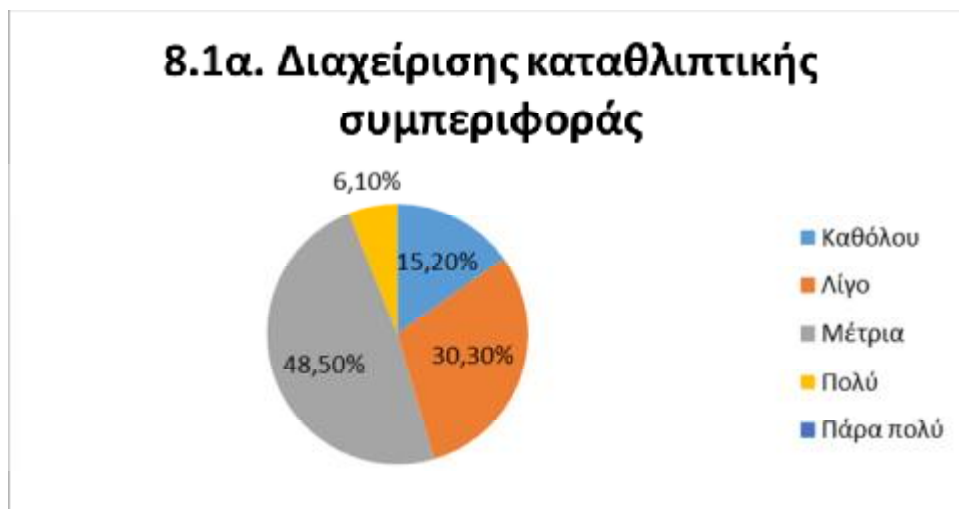


Αναφορικά με τις μαθησιακές δυσκολίες, το 42,4% των εκπαιδευτικών που ερωτήθηκαν απάντησε ότι μπορεί να τις αναγνωρίζει σε μεγάλο βαθμό, το 36,4% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 21,2% σε μέτριο βαθμό.

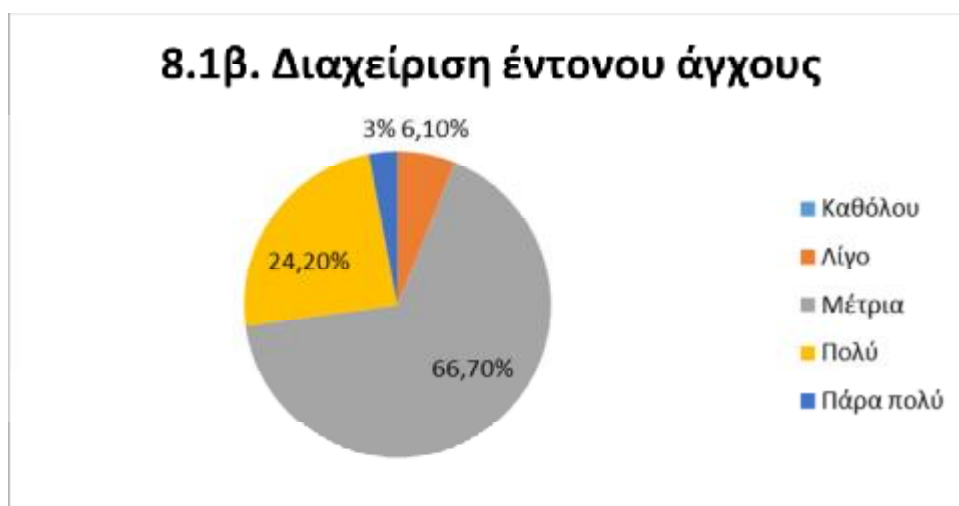


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, σχεδόν το μισό δείγμα, για την ακρίβεια, το 45,5% έχει πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα να αναγνωρίζει τη ρατσιστική συμπεριφορά, το 36,4% έχει πολύ μεγάλη ικανότητα, το 15,2% έχει μέτρια ικανότητα και το 3% (1 στους 33 ερωτώμενους) απάντησε ότι δε μπορεί καθόλου να αναγνωρίσει τη ρατσιστική συμπεριφορά στον έφηβο μαθητή.

Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι εκπαιδευτικοί σε ερωτήσεις σχετικά με την ικανότητα διαχείρισης θεμάτων ψυχικής υγείας στον έφηβο μαθητή.

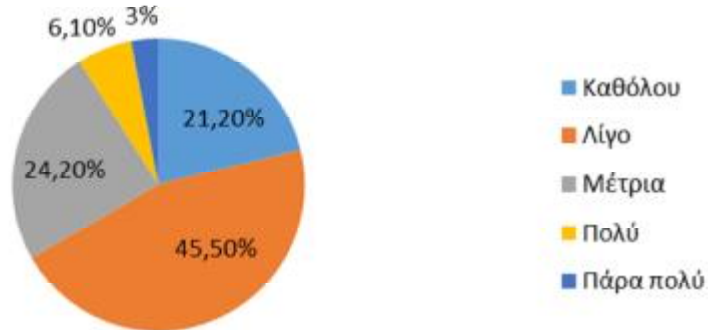


Το 48,5% του δείγματος έχει μέτρια ικανότητα να διαχειρίζεται την καταθλιπτική συμπεριφορά, το 30,3% έχει μικρή και το 6,1% πολύ μεγάλη ικανότητα. Αξίζει να αναφερθεί ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 15,2% των εκπαιδευτικών που ερωτήθηκαν δε μπορεί να διαχειριστεί καθόλου την καταθλιπτική συμπεριφορά.



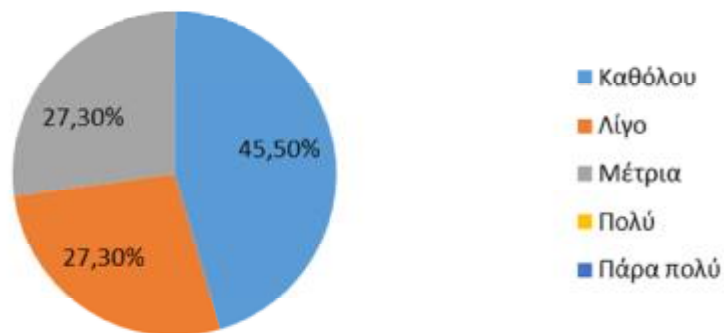
Ως προς την ικανότητα διαχείρισης έντονου άγχους, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, δηλαδή το 66,7% απάντησε ότι μπορεί μέτρια να διαχειριστεί τέτοιου είδους θέματα, το 24,2% μπορεί πολύ, το 6,1% μπορεί λίγο και τέλος το 3% του δείγματος μπορεί να διαχειριστεί το έντονο άγχος του έφηβου μαθητή πάρα πολύ καλά.

8.1γ. Διαχείριση σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης



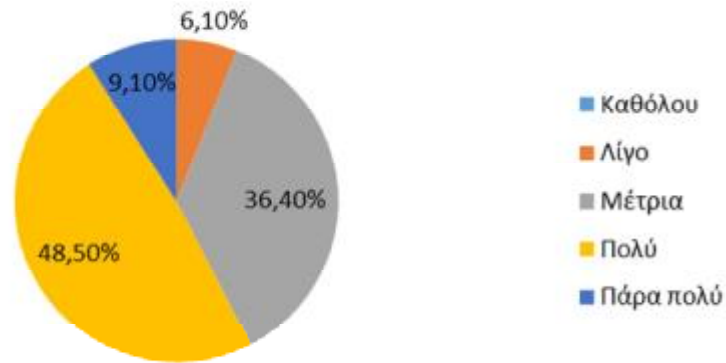
Σχετικά με την ικανότητα διαχείρισης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης το 45,5% του δείγματος των εκπαιδευτικών απάντησε ότι έχει μικρή, το 24,2% μέτρια, το 21,2% δεν έχει καμία ικανότητα. Το 6,1% του δείγματος έχει μεγάλη και το 3% αυτού πάρα πολύ μεγάλη ικανότητα να διαχειριστεί θέματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης.

8.1δ. Διαχείριση αυτοκτονικού ιδεασμού



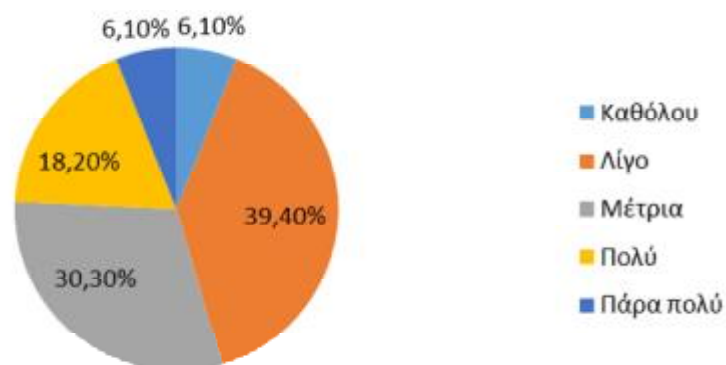
Το 45,5% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δε μπορεί να διαχειριστεί θέματα αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ ίσα είναι τα ποσοστά (το 27,3% του δείγματος) αυτών που μπορούν λίγο ή μέτρια να τα διαχειριστούν.

8.1ε. Διαχείριση μαθησιακών δυσκολιών



Επιπλέον, περίπου το μισό δείγμα, δηλαδή το 48,5% απάντησε ότι μπορεί να διαχειριστεί τις μαθησιακές δυσκολίες στον έφηβο μαθητή καλά, το 36,4% αυτού ότι μπορεί μέτρια, το 9,1% ότι μπορεί πάρα πολύ καλά και μόνο το 6,1% μπορεί να τις διαχειριστεί σε μικρό βαθμό.

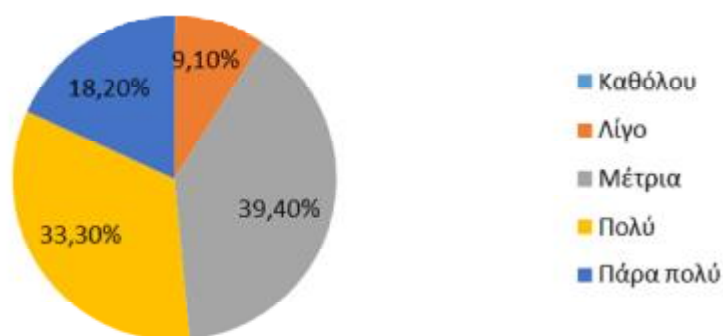
8.1στ. Διαχείριση ζητημάτων εξάρτησης (ουσίες, διαδίκτυο)



Ως προς τα ζητήματα εξάρτησης του εφήβου μαθητή από ουσίες, το διαδίκτυο κ.λ.π., το 39,4% των ερωτώμενων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας απάντησε ότι μπορεί λίγο, το 30,3% μπορεί μέτρια και το 18,2% ότι μπορεί πολύ καλά να τα διαχειριστεί. Το 6,1% του δείγματος έδωσε πάρα πολύ θετική απάντηση και ίδιο

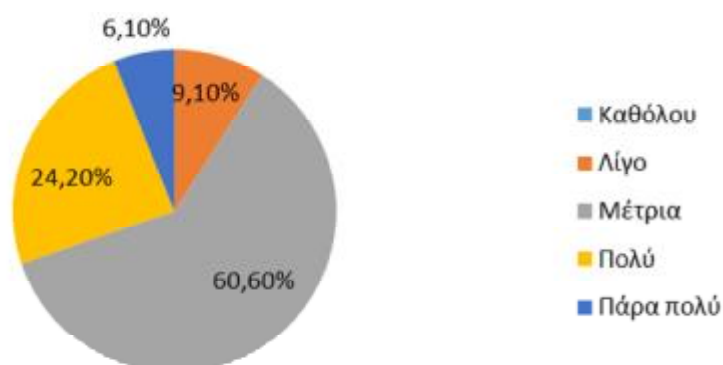
ποσοστό (το 6,1%) απάντησε ότι δε μπορεί καθόλου να διαχειριστεί ζητήματα εξάρτησης του εφήβου μαθητή από ουσίες, το διαδίκτυο κ.λ.π..

8.1ζ. Διαχείριση του σχολικού εκφοβισμού (bullying)



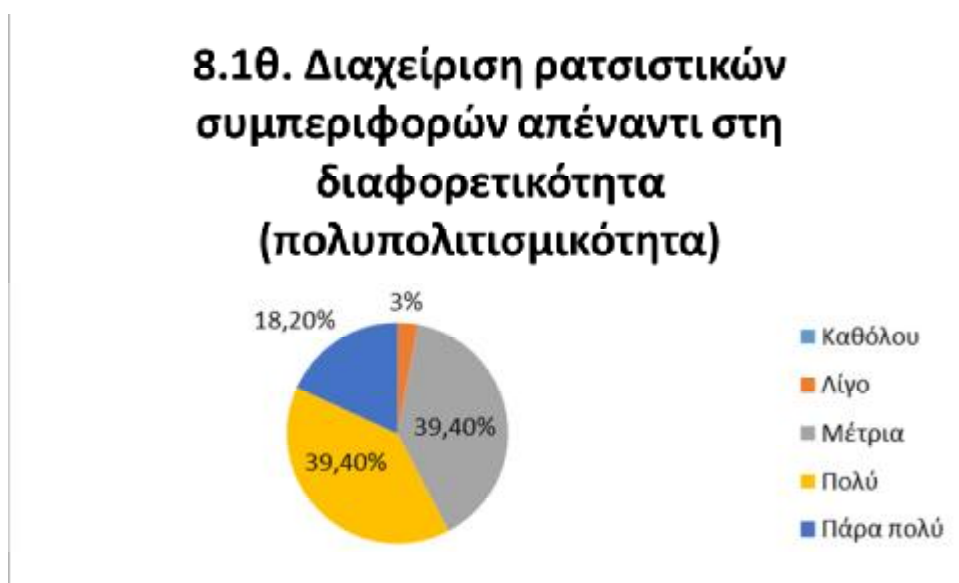
Σχετικά με τη διαχείριση του σχολικού εκφοβισμού, μέτρια μπορεί να διαχειριστεί το θέμα το 39,4% των εκπαιδευτικών που ερωτήθηκαν, πολύ καλά το 33,3%, πάρα πολύ καλά το 18,2% και λίγο το 9,1% του δείγματος.

8.1η. Διαχείριση απώλειας (διαζύγιο, πένθος) στην εφηβεία



Τη διαχείριση απώλειας (διαζύγιο, πένθος) μπορεί να διαχειριστεί μέτρια πάνω από το μισό δείγμα εκπαιδευτικών, δηλαδή το 60,6% αυτού. Το 24,2% μπορεί πολύ καλά,

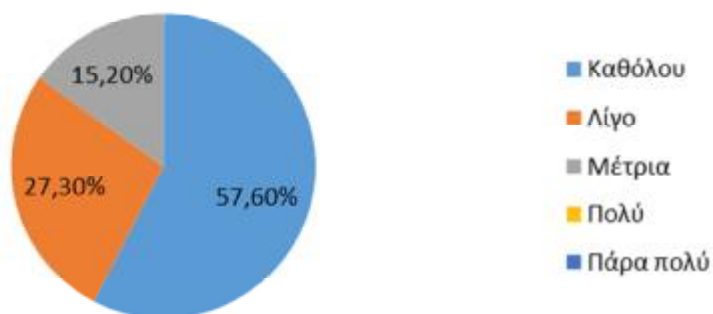
το 9,1% λίγο και το 6,1% του δείγματος έχει πάρα πολύ καλή ικανότητα διαχείρισης απώλειας στην εφηβεία.



Το 39,4% του δείγματος απάντησε ότι μπορεί σε μεγάλο βαθμό να διαχειριστεί ρατσιστικές συμπεριφορές απέναντι στη διαφορετικότητα. Ίδιο ποσοστό ερωτώμενων είναι και αυτοί που μπορούν μέτρια να τις διαχειριστούν. Το 18,2% έδωσε πάρα πολύ θετική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση και μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξεως του 3%, απάντησε ότι μπορεί λίγο να τα διαχειριστεί.

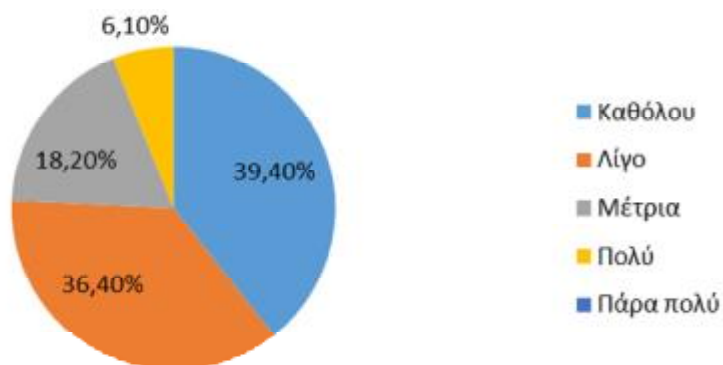
Αναφορικά με το κατά πόσο πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι η εκπαίδευσή τους, τους προετοίμασε στη διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας στους εφήβους μαθητές τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

9α. Στρατηγικές διαχείρισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς



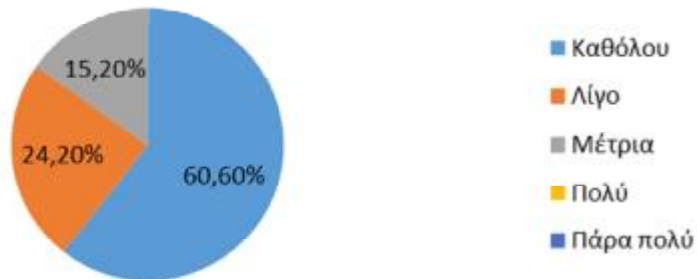
Το 57,6% του δείγματος απάντησε ότι η εκπαίδευσή του δεν προετοίμασε κατάλληλα το έδαφος για τη διαχείριση καταθλιπτικής συμπεριφοράς στον έφηβο μαθητή, το 27,3% απάντησε λίγο και το 15,2% του δείγματος απάντησε μέτρια.

9β. Στρατηγικές διαχείρισης έντονου άγχους



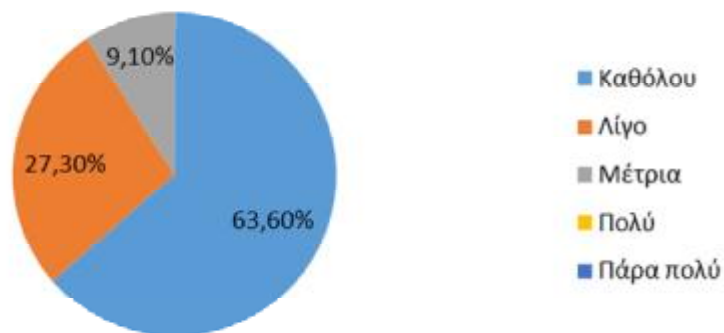
Για τις στρατηγικές διαχείρισης έντονου άγχους, το 39,4% των ερωτώμενων απάντησαν ότι η εκπαίδευσή τους, δεν τους προετοίμασε κατάλληλα για να διαχειριστούν το θέμα. Το 36,4% των εκπαιδευτικών ισχυρίζεται ότι προετοιμάστηκαν λίγο, το 18,2% προετοιμάστηκαν μέτρια και το 6,1% πολύ καλά.

9γ. Στρατηγικές αντιμετώπισης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης



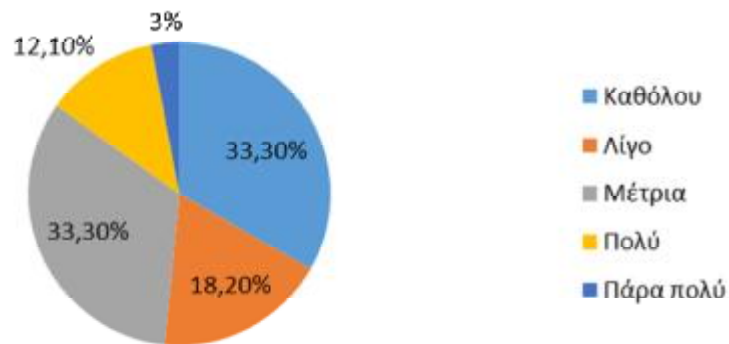
Επί πρόσθετα, η εκπαίδευσή τους δεν προετοίμασε τους περισσότερους ερωτώμενους (το 60,6% του δείγματος) να αντιμετωπίσουν θέματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ το 24,2% προετοιμάστηκε λίγο και το 15,2% του δείγματος προετοιμάστηκε μέτρια.

9δ. Στρατηγικές διαχείρισης αυτοκτονικού ιδεασμού



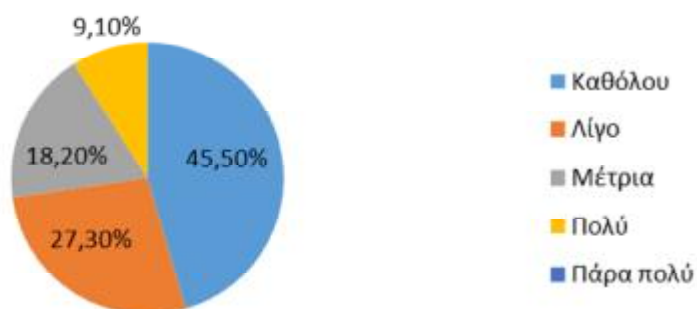
Η εκπαίδευσή τους δε βοήθησε τους περισσότερους ερωτώμενους ούτε και στη διαχείριση αυτοκτονικού ιδεασμού. Το 63,6% του δείγματος έδωσε την απάντηση καθόλου, το 27,3% απάντησε λίγο και το 9,1% απάντησε μέτρια.

9ε. Στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συγκέντρωσης



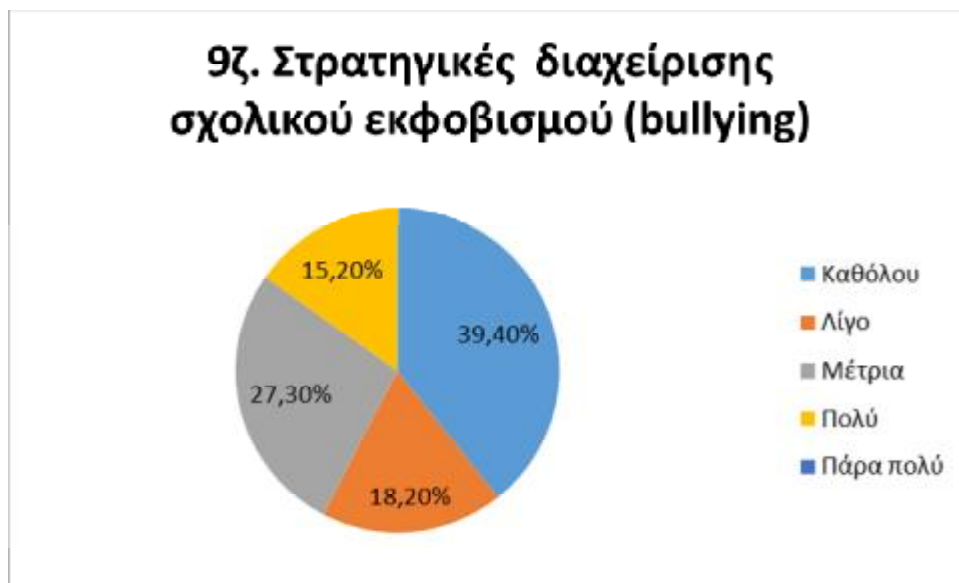
Το 33,3% των ερωτώμενων δήλωσε ότι απέκτησε σε μέτριο βαθμό στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συγκέντρωσης εφήβων μαθητών με την εκπαίδευσή τους, το 18,2% σε μικρό βαθμό, το 12,1% σε μεγάλο βαθμό και το 3% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Όμως, το 1/3 (το 33,3%) του δείγματος έδωσε εντελώς αρνητική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση.

9στ. Στρατηγικές διαχείρισης ζητημάτων εξάρτησης (ουσίες, διαδίκτυο)

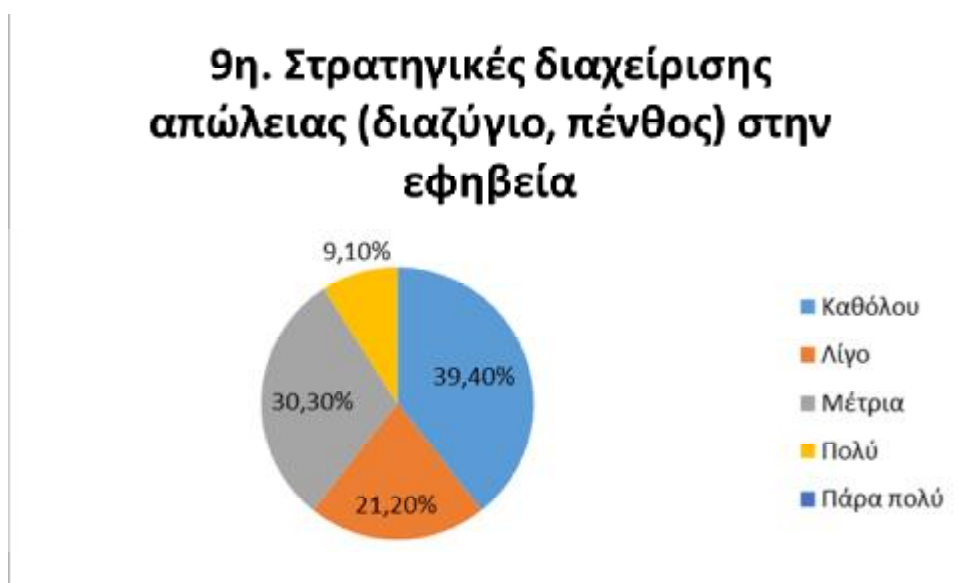


Η εκπαίδευση δε βοήθησε στην προετοιμασία διαχείρισης ζητημάτων εξάρτησης το 45,5% των ατόμων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας, ενώ όπως φαίνεται και

στον παραπάνω πίνακα βοήθησε λίγο το 27,3% του δείγματος, μέτρια το 18,2% και πολύ το 9,1% αυτού.

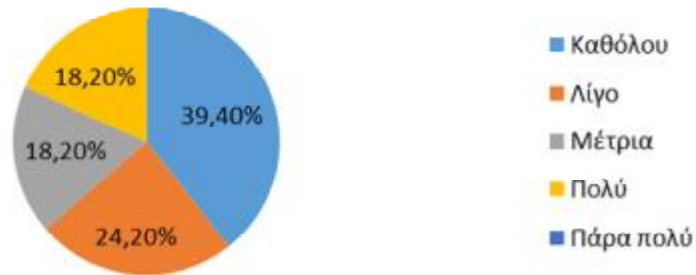


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η εκπαίδευση δε βοήθησε το 39,4% του δείγματος να διαχειριστεί το σχολικό εκφοβισμό. Βοήθησε μέτρια το 27,3% του δείγματος, λίγο το 18,2% και πολύ το 15,2% αυτού.



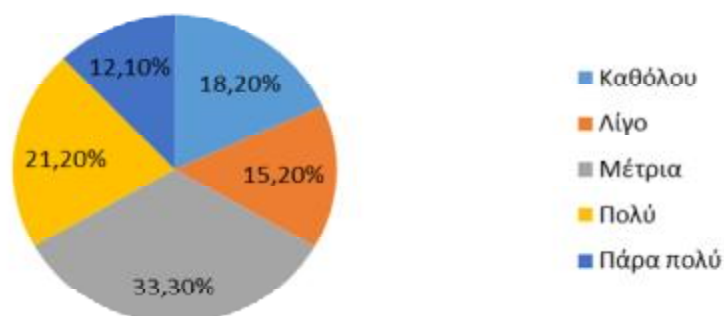
Επιπλέον, η εκπαίδευση συντέλεσε στην προετοιμασία διαχείρισης απώλειας στην εφηβεία σε μέτριο βαθμό για το 30,3% του δείγματος, σε μικρό βαθμό για το 21,2% και σε πολύ μεγάλο βαθμό για το 9,1% του δείγματος. Όμως, δε βοήθησε και πάλι ένα μεγάλο ποσοστό, το 39,4% των ερωτώμενων σε στρατηγικές διαχείρισης απώλειας.

9θ. Στρατηγικές διαχείρισης ρατσιστικών συμπεριφορών απέναντι στη διαφορετικότητα (πολυπολιτισμικότητα)



Την ίδια άποψη, δηλαδή ότι η εκπαίδευση δε συντέλεσε καθόλου στην προετοιμασία τους για τη διαχείριση ρατσιστικών συμπεριφορών, έχει το 39,4% των εκπαιδευτικών που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας. Συνέβαλε λίγο στην προετοιμασία τους για το 24,2% και μέτρια και πολύ (κατά το ίδιο ποσοστό) για το 18,2% του δείγματος.

9ι. Στρατηγικές για δημιουργία κινήτρων προς μάθηση



Σχετικά με το αν η εκπαίδευση βοήθησε τους εκπαιδευτικούς να αποκτήσουν στρατηγικές για τη δημιουργία κινήτρων προς μάθηση, το 33,3% απάντησε μέτρια, το 21,2% απάντησε πολύ, το 18,2% καθόλου, το 15,2% λίγο και τέλος το 12,1% πάρα πολύ.

10. Συνολικά πιστεύετε ότι η εκπαίδευσή σας, σας προετοίμασε για να διαχειριστείτε αποτελεσματικά θέματα ψυχικής υγείας;



Στην τελευταία ερώτηση σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η εκπαίδευσή τους, τους προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά θέματα ψυχικής υγείας, η πλειοψηφία του δείγματος έδωσε αρνητική απάντηση, πιο συγκεκριμένα το 81,8%, ενώ θετική απάντηση έδωσε μόνο το 9,1% του δείγματος. Επιπλέον το 9,1% των ερωτώμενων έδωσε την απάντηση δεν ξέρω, δεν απαντώ.

Αφού οι περισσότεροι ερωτώμενοι έδωσαν αρνητική απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση, πρότειναν μερικές επιμορφωτικές δράσεις, όπως για παράδειγμα, την παρακολούθηση εξειδικευμένων σεμιναρίων, τα βιωματικά εργαστήρια, τις τακτικές και προγραμματισμένες δράσεις με γονείς, εκπαιδευτικούς και μαθητές, τη συμμετοχή σε δράσεις και την μόνιμη παρουσία ειδικών και ψυχολόγων στα σχολεία.

9.2. Ανακεφαλαίωση βασικών αποτελεσμάτων

Φτιάχνοντας το δημογραφικό και εκπαιδευτικό προφίλ των ερωτώμενων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας, παρατηρούμε ότι είναι ηλικίας άνω των 30 ετών, η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 87,9% είναι καθηγητές και ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό έχει τη θέση διευθυντή. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλο το δείγμα αποτελείται από μόνιμους εκπαιδευτικούς και από κανέναν αναπληρωτή, κάτι το οποίο συμβαδίζει και με τις ηλικίες τους. Η πλειονότητα των ατόμων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας έχει πάνω από 21 έτη προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 81,8%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ισχυρίζεται ότι μπορεί μέτρια να αναγνωρίζει ενδείξεις κατάθλιψης στον έφηβο μαθητή, ενώ έχει μεγάλη ικανότητα να αναγνωρίζει το άγχος, ποσοστό που κυμαίνεται στο 63,6% του δείγματος. Σχετικά με την επόμενη απάντηση περί αναγνώρισης αυτοκτονικού ιδεασμού στον έφηβο μαθητή, υπάρχει μικρή (36,4%) ή καμία (30,3%) ικανότητα. Σχεδόν το μισό δείγμα δε μπορεί καθόλου (21,2%) ή μπορεί λίγο (το 30,3% του δείγματος) να αναγνωρίζει τις ενδείξεις σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στον έφηβο μαθητή.

Αναφορικά με τις μαθησιακές δυσκολίες, το 42,4% των εκπαιδευτικών που ερωτήθηκαν απάντησε ότι μπορεί να τις αναγνωρίζει σε μεγάλο βαθμό, το 36,4% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 21,2% σε μέτριο βαθμό. Αντίθετα, σχεδόν το μισό δείγμα, για την ακρίβεια, το 45,5% έχει πάρα πολύ μεγάλη και το 36,4% έχει πολύ μεγάλη ικανότητα να αναγνωρίζει τη ρατσιστική συμπεριφορά.

Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι εκπαιδευτικοί σε ερωτήσεις σχετικά με την ικανότητα διαχείρισης θεμάτων ψυχικής υγείας στον έφηβο μαθητή. Το 48,5% του δείγματος έχει μέτρια ικανότητα να διαχειρίζεται την καταθλιπτική συμπεριφορά, ενώ το 30,3% έχει μικρή ικανότητα. Ως προς την ικανότητα διαχείρισης έντονου άγχους, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, δηλαδή το 66,7% απάντησε ότι μπορεί μέτρια να διαχειριστεί τέτοιου είδους θέματα, ενώ το 24,2% μπορεί πολύ καλά να τα διαχειριστεί.

Σχετικά με την ικανότητα διαχείρισης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης το 45,5% του δείγματος των εκπαιδευτικών απάντησε ότι έχει μικρή και το 21,2% ότι δεν έχει καμία ικανότητα. Το 45,5% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δε μπορεί να διαχειριστεί θέματα αυτοκτονικού ιδεασμού. Ως προς τα ζητήματα εξάρτησης του εφήβου μαθητή από ουσίες, το διαδίκτυο κ.λ.π., το 39,4% των ερωτώμενων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας απάντησε ότι μπορεί λίγο και το 30,3% μπορεί μέτρια να τα διαχειριστεί.

Σχετικά με τη διαχείριση του σχολικού εκφοβισμού, μέτρια μπορεί να διαχειριστεί το θέμα το 39,4% των εκπαιδευτικών που ερωτήθηκαν και πολύ καλά το 33,3%. Τη διαχείριση απώλειας (διαζύγιο, πένθος) μπορεί να διαχειριστεί μέτρια πάνω από το μισό δείγμα εκπαιδευτικών, δηλαδή το 60,6% αυτού. Επιπλέον, το 39,4% του δείγματος απάντησε ότι μπορεί σε μεγάλο βαθμό να διαχειριστεί ρατσιστικές συμπεριφορές απέναντι στη διαφορετικότητα. Ίδιο ποσοστό ερωτώμενων είναι και αυτοί που μπορούν μέτρια να τις διαχειριστούν.

Αναφορικά με το κατά πόσο πιστεύουν οι ερωτώμενοι ότι η εκπαίδευσή τους, τους προετοίμασε στη διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας στους εφήβους μαθητές, το 57,6% του δείγματος απάντησε ότι η εκπαίδευσή τους δεν προετοίμασε κατάλληλα το έδαφος για τη διαχείριση καταθλιπτικής συμπεριφοράς στον έφηβο. Για τις στρατηγικές διαχείρισης έντονου άγχους, το 39,4% των ερωτώμενων απάντησαν ότι η εκπαίδευσή τους, δεν τους προετοίμασε κατάλληλα για να διαχειριστούν το θέμα, ενώ το 36,4% των εκπαιδευτικών ισχυρίζεται ότι προετοιμάστηκαν λίγο.

Επί πρόσθετα, η εκπαίδευσή τους δεν προετοίμασε τους περισσότερους ερωτώμενους (το 60,6% τους δείγματος) να αντιμετωπίσουν θέματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης. Η εκπαίδευσή τους δε βοήθησε τους περισσότερους ερωτώμενους ούτε και στη διαχείριση αυτοκτονικού ιδεασμού. Το 33,3% των ερωτώμενων δήλωσε ότι απέκτησε σε μέτριο βαθμό στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συγκέντρωσης εφήβων μαθητών με την εκπαίδευσή τους και το 18,2%, όμως το 1/3 (το 33,3%) του δείγματος έδωσε εντελώς αρνητική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Η εκπαίδευση δε βοήθησε στην προετοιμασία διαχείρισης ζητημάτων εξάρτησης το 45,5% των ατόμων που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας, ενώ όπως φαίνεται βοήθησε λίγο το 27,3% του δείγματος. Την ίδια άποψη, δηλαδή ότι η εκπαίδευση δε συντέλεσε καθόλου στην προετοιμασία τους για τη διαχείριση ρατσιστικών

συμπεριφορών, έχει το 39,4% των εκπαιδευτικών που αποτελούν το δείγμα της έρευνάς μας.

Στην ερώτηση σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι η εκπαίδευσή τους, τους προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά θέματα ψυχικής υγείας, η πλειοψηφία του δείγματος έδωσε αρνητική απάντηση, πιο συγκεκριμένα το 81,8%, ενώ θετικά απάντησε μόνο το 9,1% του δείγματος. Αφού οι περισσότεροι ερωτώμενοι έδωσαν αρνητική απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση, πρότειναν μερικές επιμορφωτικές δράσεις, έτσι ώστε να βελτιωθεί η εκπαίδευσή τους σε θέματα διαχείρισης της ψυχικής υγείας των μαθητών.

Συμπεράσματα

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η εφηβεία είναι μία κατάσταση αρκετά στρεσογόνα, κατά την οποία προκαλείται έντονη ψυχική και συναισθηματική πίεση. Ο νέος ξαφνικά βλέπει αισθητές αλλαγές τόσο στην εμφάνιση όσο και στην διάθεσή του. Εισέρχεται δηλαδή σε μία πρωτόγνωρη για αυτόν κατάσταση, την οποία καλείται να αντιμετωπίσει, επιλέγοντας πολλές φορές τρόπους μη αποτελεσματικούς. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι τρόποι αυτοί μεταξύ άλλων μπορεί να είναι, οι εξαρτήσεις, η παραβατική – επιθετική συμπεριφορά, ακόμα και η εσωστρέφεια – απομόνωση με αποτέλεσμα ακόμα και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Στην τελευταία περίπτωση, τα πρώιμα σημάδια που θα εμφανιστούν, οφείλουν να κινητοποιήσουν τόσο τους γονείς αλλά και τους εκπαιδευτικούς. Ενώ, η διάθεσή τους, το σώμα τους και η αποδοτικότητα στη μάθηση αποτελούν τις εμφανείς μορφές τους. Στην προοπτική όμως, της έγκαιρης παρέμβασης τα σημάδια – συμπτώματα αυτά δύναται να είναι ελέγξιμα.

Όπως πολλάκις έχουμε προαναφέρει, η υγεία της ψυχής είναι ιδιαίτερος σημαντική για αυτό και πολλοί επαγγελματίες προσπαθούν να προσεγγίσουν το ζήτημα και να το ερμηνεύσουν ποικιλοτρόπως. Όντας ένα ζήτημα όμως διαχρονικό, η ψυχική ευεξία, έχει επωμιστεί τα σύγχρονα προβλήματα των μεγάλων αστικών κέντρων. Όπου η κοινωνικό – οικονομική τάξη διαδραματίζει ίσως τον σπουδαιότερο ρόλο. Για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, ο έφηβος να μην επιφορτίζεται τα κοινωνικά προβλήματα των “μεγάλων”. Είναι σημαντικό να παρέχεται ψυχική ηρεμία, αρκετή τροφή για σκέψη και συνεισφορά, κυρίως από το οικογενειακό αλλά και από το φιλικό ή και σχολικό περιβάλλον των εφήβων.

Στην συνέχεια, διερευνώντας τις απόψεις των ειδικών της ψυχικής υγείας, συμπεραίνουμε πως η κατανόηση του Εγώ αποτελεί μια επίπονη διαδικασία, με εσωτερικές συγκρούσεις και ποικίλες κοινωνικές αναταραχές. Είναι όμως αυτή η διαδικασία που θα οδηγήσει στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας. Εξάλλου όπως είπε ο Χόρχε Μπουκάι (2008), η διερεύνηση του Εγώ είναι μια διαδικασία μακροχρόνια και επώδυνη, ωστόσο είναι απαραίτητη για την ψυχοσυναισθηματική απελευθέρωση του ατόμου.

Από τις έρευνες που παρουσιάστηκαν κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση, συμπεραίνουμε πως τόσο η δομή της οικογένειας, όσο και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα σε αυτήν είναι καίριας σημασίας για τους νέους. Από τις έρευνες προκύπτει πως η πλειονότητα των εφήβων στην Ελλάδα, δείχνουν να επηρεάζονται έντονα από τις συνέπειες της σύγχρονης οικονομικής κρίσης. Οι ρυθμοί ζωής στα σύγχρονα αστικά κέντρα επιταχύνονται και πλέον ο άνθρωπος για να προλάβει να διεκπεραιώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις, μέσα στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, αφήνει κατά μέρος βασικές λειτουργικές, ανάγκες. Ας μην ξεχνάμε πως η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ψυχολογικό δείκτη του ατόμου.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε από όσα αναφέραμε στα προηγούμενα κεφάλαια, αλλά και μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, μπορούμε να χαρακτηρίσουμε, τον εντοπισμό και την ορθή

αντιμετώπιση των νέων με κλωνισμένη ψυχική υγεία, μία πολύ δύσκολη υπόθεση. Ειδικότερα τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ξεκάθαρα. Αρχικά, διαπιστώσαμε πως οι γνώσεις που έχουν οι εκπαιδευτικοί δεν επαρκούν, ώστε να διαχειριστούν ή έστω να αντιληφθούν μία δυσλειτουργική ή διαταραγμένη ψυχοσύνθεση. Βέβαια, όπως μας έλεγαν πολλοί από αυτούς, κατά της διάρκειας συλλογής των δεδομένων για την έρευνα, πρωτοβουλιακά συμμετείχαν σε επιμορφωτικά προγράμματα ή σεμινάρια, με σκοπό την περαιτέρω κατάρτισή τους.

Ας θυμηθούμε κάποια σημαντικά αποτελέσματα της έρευνας, αρχικά το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ισχυρίζεται ότι μπορεί «μέτρια» να αναγνωρίσει αλλά και να διαχειριστεί την κατάθλιψη και το έντονο άγχος. Σχετικά τώρα με την αναγνώριση του αυτοκτονικού ιδεασμού στον έφηβο μαθητή, υπάρχει μικρή (36,4%) ή καμία (30,3%) ικανότητα. Ενώ σχεδόν το μισό δείγμα δε μπορεί καθόλου (21,2%) ή μπορεί λίγο (το 30,3%) να αναγνωρίζει την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του έφηβου μαθητή. Όσο αναφορά, την ικανότητα διαχείρισης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης το 45,5% του δείγματος των εκπαιδευτικών απάντησε ότι έχει μικρή και το 21,2% ότι δεν έχει καμία ικανότητα. Το 45,5% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δε μπορεί καθόλου να διαχειριστεί θέματα αυτοκτονικού ιδεασμού.

Αντιλαμβανόμαστε πως τα ποσοστά αυτά προσδίδουν, εν μέρη την επάρκεια των εκπαιδευτικών στα σχετικά ζητήματα που έχουν αναφερθεί, στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (81,80%), απάντησε πως η εκπαίδευση που είχαν ήταν ανεπαρκής και μη ικανοποιητική, τόσο για την διαχείριση των διαταραγμένων ψυχοσυναισθηματικά ατόμων, όσο και για τις πιο «ακραίες» καταστάσεις, όπως η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση ή ακόμα και τις αυτοκτονικές σκέψεις.

Επιπλέον, σημαντικό είναι να τονίσουμε πως στην χώρα, οι υπηρεσίες που υλοποιούν προγράμματα για την ψυχική υγεία των εφήβων είναι ελάχιστες καθώς διαπιστώσαμε, ενώ οι υπάρχουσες πολλές φορές υπολειτουργούν. Η κατάσταση αυτή οφείλεται κυρίως στην οικονομική ύφεση που διανύει η Ελλάδα τα τελευταία 8 περίπου χρόνια.

Τέλος, γενικό συμπέρασμα είναι πως η επικοινωνία μεταξύ του εφήβου και της οικογένειας, χρειάζεται να είναι ευθεία και ξεκάθαρη και να διέπεται από σεβασμό και θετική ενίσχυση. Οι έφηβοι και οι γονείς τους, οφείλουν να διαπραγματεύονται αυτή την νέα μορφή ανεξαρτησίας που υιοθετεί σιγά – σιγά ο έφηβος. Διότι, η σύνθεση και ο βαθμός των παραπάνω σημείων, καθώς και η προσωπική ευημερία των γονέων, διαμορφώνει τελικά την δυναμική της οικογένειας, η οποία υποστηρίζει την ανάπτυξη του εφήβου, την πρόωθυσή του και την ολοκλήρωση της ταυτότητά του, με στόχο την τελική αυτονομία.

Προτάσεις

Δεδομένου πως η εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδο, το οικογενειακό περιβάλλον και ιδιαίτερα οι σχέσεις μέσα σε αυτό, είναι σημαντικό, να αποτελούν πεδίο εστίασης για την ανάπτυξη παρεμβάσεων και πολιτικών, ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπως αυτή που διανύει η χώρα τα τελευταία χρόνια. Επομένως, παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχοκοινωνικής και σωματικής υγείας που αναπτύσσονται στην αστική κοινότητα και συγκεκριμένα στο σχολικό περιβάλλον, επιβάλλεται να λάβουν υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα των οικογενειών λόγω οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η σοβαρή οικονομική κατάσταση σίγουρα δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Το κοινωνικό κράτος από μέρους του, προσπαθεί να διαχειριστεί τους μειωμένους προϋπολογισμούς και να τους διοχετεύσει μεταξύ άλλων και για την υγεία, βέβαια στην Ελλάδα οι επενδύσεις στην υγεία δεν είναι επαρκείς. Όπως σημειώνει ο M. Chan, Πρόεδρος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στις 13.10.2008 «Δεν πρέπει να υποτιμήσουμε τις αναστατώσεις και τις πιθανές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να ξαφνιαστούμε αν δούμε περισσότερες αυτοκτονίες και ψυχικές διαταραχές» (Μπούρας & Λύκουρας, 2011: 56). Εμείς θεωρούμε πως εφόσον οι υπάρχουσες δομές υπολειτουργούν, θα ήταν πολύ σπουδαία κίνηση να υπάρξει οργάνωση σε επίπεδο κοινότητας. Δηλαδή με πιο απλά λόγια, η κάθε γειτονιά να μεριμνεί και να αφιερώνει χρόνο για την ψυχική ευεξία των νέων της. Μέσα από δράσεις οι οποίες δεν θα έχουν χρηματικό αντίτιμο καθώς όπως είδαμε η οικονομική κατάσταση έχει αλλάξει για τους περισσότερους. Οι δράσεις που μπορούμε να προτείνουμε ως υλοποιήσιμες είναι: το ομαδικό παιχνίδι σε πάρκα με διάφορες αναζητήσεις και χειροτεχνίες, η προβολή ψυχαγωγικών – εκπαιδευτικών ταινιών, η οργάνωση αθλημάτων, η ανάγνωση – συζήτηση βιβλίων επιλογής των νέων, ακόμα και οι θεατρικές παραστάσεις στις οποίες θα μπορούν να συμμετέχουν οι ίδιοι οι νέοι ή ακόμα και οι παραστάσεις Καραγκιόζη. Με αυτό τον τρόπο, τον προϋπολογισμό που διαθέτει το κράτος για την ψυχική υγεία των εφήβων, μπορεί να το διοχετεύσει εξ' ολοκλήρου στις μονάδες όπου φιλοξενούνται ή απασχολούνται έφηβοι που νοσούν από ψυχιατρικές διαταραχές. Θεωρούμε πως με την παραπάνω πρόταση θα μειωθεί σταδιακά ο φαύλος κύκλος που θέλει ένα παιδί με στρες, κατάθλιψη και έντονο άγχος, έτσι θα έχουμε να αντιμετωπίσουμε μόνο την ψυχιατρική φύση ενός προβλήματος.

Σε συνέχεια της προηγούμενης πρότασης, πιστεύουμε πως οι σύμβουλοι θεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση της διαταραγμένης ή και ψυχιατρικής συμπεριφοράς, ο καθένας από την πλευρά του. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει την συμβουλευτική ή και την φαρμακευτική αγωγή. Στα πλαίσια της συμβουλευτικής, προτείνουμε αρχικά να εφαρμοστεί ο νόμος που σχετίζεται με την παραμονή κοινωνικών λειτουργών στις δομές των σχολείων. Ο νόμος 195/1974, με διατάγματα 891/1978 και 50/1985, ορίζει το αντικείμενο εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στον χώρο της εκπαίδευσης, παρόλο που είναι θεσμοθετημένος από την δεκαετία του '80 δεν έχει τεθεί σε εφαρμογή (Καλλινικάκη, 2011). επίσης εξίσου σπουδαίο θεωρούμε και την ειδικότητα του ψυχολόγου στο περιβάλλον του σχολείου.

Επιπλέον όπως προαναφέραμε, παρατηρήσαμε έντονα κατά την συλλογή των δειγμάτων της έρευνας μας, πως οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ήθελαν παραπάνω κατάρτιση που να τους δίνεται κρατικά. Αφού οι περισσότεροι πρωτοβουλιακά και με δικά τους έξοδα φρόντισαν για την εκπαιδευτική τους εξέλιξη. Επίσης, οι ίδιοι πρότειναν μερικές επιμορφωτικές δράσεις, όπως για παράδειγμα, την παρακολούθηση εξειδικευμένων σεμιναρίων, τα βιωματικά εργαστήρια, τις τακτικές και προγραμματισμένες δράσεις με γονείς – κηδεμόνες, εκπαιδευτικούς και μαθητές και τη συμμετοχή σε δράσεις. Εμείς ερχόμαστε να στηρίζουμε τις προτάσεις αυτές καθώς θεωρούμε πως θα επιτελέσουν βοηθητικό παράγοντα στην εξειδίκευση των καθηγητών τόσο εκπαιδευτικά όσο και ψυχοσυναισθηματικά, και κατ' επέκταση στην ορθότερη αντιμετώπιση – διαχείριση των παιδιών με αποκκλίνουσα συμπεριφορά.

Εν συνεχεία, ύστερα από την επαφή που είχαμε με τους εκπαιδευτικούς, αντιληφθήκαμε πως υπάρχει ένα γενικότερο ζήτημα στο σύστημα της εκπαίδευσης για αυτό και θα θέλαμε να κάνουμε μία αναφορά σε ένα «διαφορετικό» σχολείο το οποίο υπάρχει και λειτουργεί στην Αγγλία. Αναφερόμαστε στο σχολείο Summerhill του Neill A. S. το οποίο λειτουργεί από το 1921. Ο χαρακτήρας του είναι δημοκρατικός, και ενστερνίζεται την αυτό – διαχείριση. Διαχειρίζεται από το σχολικό συμβούλιο το οποίο πραγματοποιείται δύο φορές την εβδομάδα και στο οποίο μικροί μεγάλοι έχουν ισότητα λόγου. Η φιλοσοφία του σχολείου, προωθεί την ελευθερία, και όχι την ελεύθερη άδεια να «κάνεις ότι θέλεις», ακολουθώντας ο καθένας την δική του πορεία και ανακαλύπτοντας τα δικά του ενδιαφέροντα. Στόχος τους είναι να οδηγήσουν τους νέους στην πηγαία αυτοπεποίθηση και στην πραγματική αποδοχή του εαυτού. Ζώντας στην κοινότητα του Summerhill, μαθαίνουν τον συμβιβασμό, τον σεβασμό, την επικοινωνία τον διάλογο – συζήτηση και την ανάληψη των ευθυνών τους. Κερδίζουν στην ουσία την ικανοποίηση των κατορθώσεών τους σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Ο τρόπος λειτουργίας του σχολείου αυτού μπορεί να μας διδάξει το πως να εξελίξουμε θετικά το εκπαιδευτικό σύστημα. Ωστόσο το Summerhill δεν είναι απόλυτα αποδεκτό από την κοινωνία, μπορούμε όμως να πάρουμε όσα θεωρούμε σημαντικά και να τα εξελίξουμε όσο καλύτερα μπορούμε!

Τέλος, θα θέλαμε να προτείνουμε την πραγματοποίηση έρευνας σε συνέχεια της παρούσας, με σκοπό να γίνει σύγκριση της εκπαιδευτικής διαδικασίας στο αστικό κέντρο και στην αγροτική περιοχή. Να συγκριθεί δηλαδή ο τρόπος και η ικανότητα που έχουν οι εκπαιδευτικοί σε μια πόλη και σε μία αγροτική περιοχή, σε ζητήματα ψυχοσυναισθηματικής απόκκλίνουσας συμπεριφοράς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγγελόπουλος Β. Νικηφόρος, (2009), Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Μια σύγχρονη ψυχιατρική. Τόμος Α'. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα.

Αναγνωστόπουλος Φ., (2010), Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ψυχική και Σωματική Υγεία. Νέα Υγεία.

Αναγνώστου Γ., (2012), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία και η θετική επίδραση της άσκησης, 12ο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου με τίτλο: Η κρίση και ο ρόλος της παιδαγωγικής: θεσμοί, αξίες, κοινωνία, 8 – 9 Ιουνίου, Λευκωσία.

Βάρκα – Αδάμη Αλεξάνδρα (2009). Εισαγωγή στο Αστικό Δίκαιο. Νέα Έκδοση, Εκδόσεις: Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Γαλανάκη, Ε., (2000), Δυσκολίες προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων: Ορισμός, ιδιαιτερότητες, διάκριση από την ομαλή συμπεριφορά, Στο Α. Καλαντζή.

Γιωτάκος Ο., (2010), Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, Ψυχιατρική, Τεύχος 21, σελ 195 – 204, Αθήνα.

Δημοσχάκης Σ. & Κουθούρης Χ., (2013), Διερεύνηση του επιπέδου Ποιότητας ζωής στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση της περιόδου 2010-2011, Ελληνικό Περιοδικό Διοίκησης, Αθλητισμού & Αναψυχής, Τόμος 10, Τεύχος 2, σελ 1 – 19.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ΕΣΔΥ, (2010), Η ειδικότητα της ιατρικής στη δημόσια υγεία στην Ευρώπη και στην Ελλάδα: σύγχρονες τάσεις και προκλήσεις. Αθήνα, Ανακτήθηκε 12/12/2017,

http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%B5%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%20%CE%94%CE%B7%CE%BC%CF%8C%CF%83%CE%B9%CE%B1%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%20%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%99%CE%9A%CE%9F.pdf

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. Ο θησαυρός που κρύβει μέσα της, (1999), Unesco, Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής για την Εκπαίδευση στον 21 ο αιώνα υπό την Προεδρία του Jacques Delors. Ομάδα εργασίας του Κέντρου Εκπαιδευτικής Έρευνας (μετάφρ.). Κασσωτάκης, Μιχ. (πρόλογος). Αθήνα: εκδ. Gutenberg.

Ευθυμίου Κ., Αργαλία Ε., Κασκάμπα Ε., Μακρή Α., (2013), Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τεύχος 50, σελ 22 – 30.

Ζωγράφου Ανδρέας (2002). Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα. Θεωρία – Πράξη – Προβληματισμοί. 3η έκδοση. Εκδόσεις: Τυπωθήτω. Αθήνα.

- Θεοδωράτου – Μπέκου Μαρία, (2006), Ωρίμανση και Δυναμική Ομάδας Συμβολή στη Συμβουλευτική Νέων. Εκδοτικός οίκος: Rosili, Αθήνα.
- Καλατζή – Αζίζι Α., & Ζαφειροπούλου Μ., (2004), Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών, Εκδ: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Καλλινικάκη Θεανώ, (2011), Εισαγωγή στην θεωρία & την πρακτική της κοινωνικής εργασίας, Εκδόσεις: Τόπος, Αθήνα.
- Καραϊσκού Α., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., (2012), Οικονομική Κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και οι επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 2, σελ. 49 – 54.
- Κατάκη Χ., (2009), Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 1η έκδοση 1998, Αθήνα.
- Κατάκη Χ., (2014), Το Ημερολόγιο Ενός Θεραπευτή, Εκδ. Πατάκη, Αθήνα.
- Κεσανίδης Σ. Κωνσταντίνος, (2005), Η κρίση των εφήβων στην σύγχρονη οικογένεια, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα.
- Κοκκέβη Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε., Φωτίου Α., (2015), Οι έφηβοι και η οικογένειά τους, Σειρά θεματικών τευχών : Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Κίτσος Γ. (2009). Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους έφηβους μαθητές: Νεότερα στοιχεία από την έρευνα ESPAD στην Ελλάδα και σε άλλες 34 χώρες. Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε., (2011), Η οικογένεια των εφήβων, Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Κολιάδης Εμ. Α., (1991). Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη, Τόμος Β': Κοινωνικό – γνωστικές θεωρίες, Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Κορώσης Κωνσταντίνος, (2002), Έφηβοι και οικογένεια: Πως βλέπουν την οικογένεια οι μαθητές της Β' και Γ' τάξης λυκείου, Κοινωνιολογική εμπειρική μελέτη, 1η έκδοση: 1997, Gutenberg, Αθήνα.
- Κουρκούτας Ε. Ηλίας, (2001). Η Ψυχολογία του Εφήβου: θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κουρκούτας Ε. Ηλίας, (2007). Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά - Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυριαζόπουλος Π., Σιαμαντά Ε., (2009). Έρευνα Αγοράς. Εκδόσεις: Σύγχρονη Εκδοτική. Αθήνα.
- Κυριακίδης Α. Παύλος., (2000), Η οικογενειακή σχέση, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα.
- Μακρή – Μπότσαρη Ε., (2000), Η έννοια του εαυτού εφήβων και οι σημαντικοί άλλοι, Επιστημονικό περιοδικό: Ψυχολογία, Τεύχος 1, σελ. 88 – 113, Ανακτήθηκε,

18/9/2016.

http://users.sch.gr/kdimitrakakis/kdim/bia/epistimonika_keimena/h_ennoia_toy_eayto_y_efiboy.pdf

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2001), Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση, Αθήνα, εκδ.Ελληνικά Γράμματα.

Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., (2012, Ιανουάριος - Μάρτιος). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. Το Βήμα Ασκληπιού. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών. Τόμος 11, Τεύχος 1, Ανακτήθηκε 14/3/2017.

Μανιαδάκη, Κ., Κάκουρος, Ε., (2002). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων Αθήνα, Τυπωθήτω, Αθήνα.

Μαρξ Καρλ, (1982), Θεωρίες για την Υπεραξία, Μέρος 2ο, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα.

Ματσαγγούρας Η. Γ., (2000), Στρατηγικές διδασκαλίας, Gutenberg, Γιώργος & Κώστας Δαρδάνος, Αθήνα.

Μουσούρου Μ. Λουκία, (2002), Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας, 1η έκδοση: 1989, Gutenberg, Αθήνα.

Μουσούρου Μ. Λουκία, (2005), Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική, Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα.

Μπουκάι Χόρχε, (2008), Να σου πω μια ιστορία, 1η έκδοση: 2002, Opera, Αθήνα.

Μπούρας & Λύκουρας, (2011), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τεύχος 48, σελ 54 – 61.

Μπουρίκος Δ., Σωτηρόπουλος Δ., (2014), Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους τυπικούς και άτυπους φορείς της κοινωνίας πολιτών στον χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και οι νέοι περιορισμοί της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη την περίοδο 2010 – 2013, Παρατηρητήριο για την κρίση & ΕΛΙΑΜΕΠ, Αθήνα.

Μπρακόνιε Αλάιν, Μαρτσέλι Ντανιέλ, (2002), Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας, μετάφραση: Λεωνίδα Σ., Εκδόσεις: Καστανιώτη, 1η έκδοση 1998, Αθήνα.

Ντολιοπούλου Έλση, (2013), Αντιλήψεις νηπίων για την οικονομική κρίση: μια μελέτη περίπτωσης στην Ελλάδα, Προσχολική & Σχολική Εκπαίδευση, Τόμος 1, Τεύχος 1, p. 108 – 129.

Οικονόμου Χ. (2012), Το θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ανακτήθηκε 16/2/2017.

Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδος (ΟΕΕ), (2014), Οικονομικά χρονικά, Τεύχος 147, Επιστημονική Έκδοση, Οκτωβρίου – Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου. <http://194.219.46.138/entypa/147/index.html> Ανακτήθηκε 3/3/2017.

Ολιστική Αρμονία, (2005), Ανθρώπινη Αρμονία, Εγχειρίδιο Ζωής : για μια πιο υγιή και ευτυχισμένη κοινωνία, Αθήνα.

Πανηγυράκης Γ., (2001), Σύγχρονη διοικητική δημοσίων σχέσεων, Εκδ. Μπένου, Αθήνα.

Παπαϊωάννου Καλλιόπη (M.S.W.), (2000), Παιδιά – Γονείς, Κοινωνικοί Λειτουργοί. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.

Παπαχρηστόπουλος Ν., Σαμαρτζή Κ., Συλλογικό, (2010), Οικογένεια και νέες μορφές γονεϊκότητας, Εκδόσεις: Orportuna.

Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, (1985), Εξελικτική ψυχολογία: Η ψυχική ζωή από την σύλληψη ως την ενηλικίωση, 1ος Τόμος, Εκδόσεις: Αθηνά Α.Ε., Αθήνα.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατεράλου Ε., (2011), Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία – Προτάσεις για Παρέμβαση, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ. 53 – 61, Ιούλιος – Αυγούστος – Σεπτέμβριος. http://journal-ene.gr/wpcontent/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf Ανακτήθηκε 9/3/2017.

Πετρίδου Ελένη, Εμποριάδου Μαρία, Χρούσος Γεώργιος (2015). Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας: Παιδιά και Έφηβοι στην Ελλάδα της Κρίσης Ιατροκοινωνική Φροντίδα, Αθήνα.

Ρούσσου, Α. (1988), Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής. Στο: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (επ. Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ.), Αθήνα εκδ. Καστανιώτης.

Σταθακόπουλος Β., (2005). Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς. Εκδόσεις Σταμούλη. Αθήνα.

Σταθόπουλος Α. Πέτρος, (2005), Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.

Τούντας Γ. (2004), Κοινωνία και Υγεία. Εκδ. Οδυσσεάς / Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τσιάντης Γ., (1994). Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο. Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

Τσιάντης Γ., (1988). Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας. Τεύχος Β', Εκδόσεις: Καστανιώτη, Παιδοψυχιατρική, Αθήνα.

Χατζηχρήστου Χ. & Hopf D., (1991), Προβλήματα συμπεριφοράς και σχολικής επίδοσης μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών, Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 14-15.

Χουρδάκη Μαρία, (1992), Οικογενειακή ψυχολογία, 1η έκδοση: 1982, Γρηγόρη, Αθήνα.

Ψαρρά Γεωργία, (2008), Προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο με την οικοσυστημική προσέγγιση στο Θέματα διαχείρισης προβλημάτων σχολικής τάξης, Τόμοι Α' και Β', (επιμέλεια) Ευανθία Μακρή – Μπότσαρη, ΥΠΕΠΘ & Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα.

Cole Michael, Cole R. Sheila, (2002), Η Ανάπτυξη των Παιδιών, Εφηβεία. Τόμος Γ', Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν, Επιμέλεια: Παναγιώτα Βόρρια, Ζαΐρα Παπαληγούρα, Εκδόσεις: Τυπηθήτω, Αθήνα.

Feldman S. Robert, (2011), Εξελικτική Ψυχολογία, διά βίου ανάπτυξη. Επιστημονική επιμέλεια: Η. Γ. Μπεζεβέγκης, Μετάφραση: Ζ. Αντωνοπούλου, Μ. Κουνεντιανού. Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα.

Fontana, D. (1996), Άγχος και η αντιμετώπισή του, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Greydanus E. D., Καφεντζής Α. Δ., Τσίτσικα Κ. Α., (2011), Εφηβεία: η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων, Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχλίδης ΕΠΕ, Αθήνα.

Herbert M., (μτφ. Μωραΐτη Γ.), (1999), Χωρισμός και Διαζύγιο. Βοηθώντας τα Παιδιά να το Αντιμετωπίσουν, Εκδ: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Shaffer R. David, (2004), Εξελικτική ψυχολογία: παιδική ηλικία και εφηβεία, Επιμέλεια: Μακρή – Μπότσαρη Ε., 1η έκδοση: 1999, Ελλην, Αθήνα.

Wragg, E. C. (2003), Διαχείριση της σχολικής τάξης στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, μτφρ. Αβούρη, Αθήνα, Σαββάλας.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Ahmed Z. S., (2005), Poverty, Family Stress & Parenting. Ανάκτηση 2013, από <http://www.humiliationstudies.org>

Aries Philippe, Centuries of Childhood, A Social History of Family, In Smith Peter, Cowie Helen, Blades Mark (1999), Understanding Children's Development, Blackwell Publishers, London.

Bowlby, J. (1951), Maternal care and mental health, London-Geneva Wi.

Breakey WR, (1996a), The rise and fall of the state hospital, Breakey WR, ed. Integrated mental health services. New York: Oxford University Press Inc.

Brown GW, Harris TO, (1993), Aetiology of anxiety and depressive disorders in an innercity population. 1. Early adversity. Psychological Medicine

Buchanan C. M., Eccles J.S., Becker J.B., Are adolescents the victims of raging hormones, evidence from activational effects of hormones on mood and behavior at adolescence, In Smith Peter, Cowie Helen, Blades Mark (1999), Understanding Children's Development, Blackwell Publishers, London.

Campbell, S. (2002). Behaviour Problems in Preschool Children: Clinical and Developmental Issues. New York: The Guilford Press.

Chubb N. H., Ross J.L. & Fertman C., (Feb. 1997), Adolescent self – esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age difference, *Adolescence* Volume 32, Issue 125, Pages 113 – 125, Ανακτήθηκε: 8/12/2016 https://www.researchgate.net/publication/14111277_Adolescent_self-esteem_and_locus_of_control_A_longitudinal_study_of_gender_and_age_differences

Cohen J. Michael, (2007), *Reconnecting with Nature, Finding Wellness Through Restoring Your Bond With The Earth*, 3rd edition, Ecopress, Minneapolis MN.

Cooper P., Smith C. & Upton G., (1994), *Emotional and Behavioral Difficulties*, Routledge, London.

Davis C. G., & Mantler J., (2004, March), The consequences of Financial Stress for Individuals, Families, and Society. Centre for Research on Stress. Ανάκτηση από <http://http-server.carleton.ca>

Desjarlais R. et al. (1995), *World mental health: problems and priorities in low income countries*, New York: Oxford University Press Inc.

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective help giving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22

Elksnin, L. K. & Elksnin, N. (2003). Fostering social-emotional learning in the classroom. *Education*, 124

Fortin Jane, *Children's Rights and The Developing Law*, 1998, Cambridge University Press.

Fraser M. W., (2004), The ecology of childhood: A multisystem perspective, In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (2nd ed. pp. 1– 12), Washington, DC: NASW Press.

Freud S., *New Introductory Lectures On Psycho-Analysis (The Standard Edition)*, New York-London, 1932.

Fromm, E. (1955), Remarks on the problem of free association (Introduction by M. Horney Eckardt), In D. B. Stern, C. Mann, S. Kantor, and G. Schlessinger (Eds.), *Pioneers of Interpersonal Psychoanalysis*, The Analytic Press, 1955.

Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*. 2

Heward W. L. (2000), *Exceptional Children: An Introduction to Special Education*, New Jersey: Prentice Hall.

Horner R. H., (1994), Functional assessment: Contributions and future directions, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, Issue 27.

Irwin A., & Scali E. (2010, November 4), Action of the social determinants of health: a historical perspective, *Glob Public Health*, Volume 2, Issue 3, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441690601106304>.

Kauffman J. M., (1997), Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (6th ed.), Upper Saddle River, NJ: Merrill / Prentice Hall.

Linn M. W., Sandifer R. & Stein S., (1985), Effects of Unemployment on Mental and Physical Health, American Journal of public health, Volume 75, No. 5, Pages 502 – 506.

MALLET R, LEFF J, BHUGRA D, PANG D, ZHAO JH., (2002), Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

Martin V, Henderson E., (2001), Managing in health and social care, Routledge, London.

Mayer G. R., (1995), Preventing Antisocial Behavior in the Schools, Journal of Applied Behavior Analysis, Volume 28, Issue 4.

Mcevoy, A. & Welker, R. (2000). Antisocial Behavior, Academic Failure, and School Climate: A Critical Review. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8

Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996), The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).

Price R. H., Choin J. N. & Vinocur A. D., (2002), Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health, Journal of occupational Health Psychology, Volume 7, No. 4, Pages 302 – 312, <https://books.apa.org/pubs/journals/releases/ocp-74302.pdf>

Ross P. N., (1998), Arresting violence: A resource guide for schools and their communities. Toronto, Ontario Public School Teachers' Federation.

Schorr, L. (1998), Common purpose: Strengthening families and neighborhoods to rebuild America. New York: Anchor Books

Simou E. & Koutsogeorgou E., (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, Health Policy, Volume 115, Issues 2 – 3, Pages 111 – 119, Ανάκτηση 28/2/2017. <http://www.healthpolicyjml.com/action/doSearch?searchType=quick&searchText=Simou+Effie&occurrences=author&journalCode=heap&searchScope=fullSite>

Speller V., (2007), Collective and individual responsibilities for health, both physical and mental. Ανάκτηση 2013, από HealthKnowledge: <http://healthknowledge.org.uk>

Steinberg L., Impact of puberty on family relations, effects of pubertal status and pubertal timing, In Smith Peter, Cowie Helen, Blades Mark (1999), Understanding Children's Development, Blackwell Publishers, London.

Sullivan, H. S. (1954), The detailed inquiry, the theoretical setting, WW Norton & Company Inc., NY.

Thornicroft G, Tansella M., (1999), The mental health matrix: a manual to improve services, Cambridge: Cambridge University Press.

Vlachadis N., Vrachnis N., Ktenas E., Vlachadi M., Kornarou E., (2014), Mortality and the economic crisis in Greece, The Lancet, Volume 383, Issue 9918, Page 691, February, Ανακτήθηκε 25/2/2017
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol383no9918/PIIS0140-6736\(14\)X6071-X](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol383no9918/PIIS0140-6736(14)X6071-X)

Walsh, F. (2006). Strengthening Family Resilience. (2nd Ed). New York: Guilford

Weare, K. (2000). Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London: Routledge

Whitehead M., Dahlgren G. & Gilson L., (2001), Developing the policy response to inequities in Health. A global perspective in : Challenging inequities in health care: from ethics to action, Oxford University Press.

Wilkinson R. & Marmot M., (2003), Social Determinants of Health: the solid facts (2nd Edition), WHO, [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=QDFzqNZZHLMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Wilkinson+R.+%26+Marmot+M.,+\(2003\),+Social+Determinants+of+Health:+the+solid+facts+\(2+%CE%B5%CE%BA%CE%B4.\).+WHO.&ots=xUwEdBTJmp&sig=BB5e-bMDQidqz2Dsw3oAxGWVlwk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=QDFzqNZZHLMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Wilkinson+R.+%26+Marmot+M.,+(2003),+Social+Determinants+of+Health:+the+solid+facts+(2+%CE%B5%CE%BA%CE%B4.).+WHO.&ots=xUwEdBTJmp&sig=BB5e-bMDQidqz2Dsw3oAxGWVlwk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

World Health Organization (2001). The world health report. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.

Ηλεκτρονικοί Ιστότοποι

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2014), Δείκτης Σχετικής Φτώχειας <http://www.statistics.gr/> Ανακτήθηκε 14/3/2017

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2017), Δείκτης Ανεργίας. Έρευνα εργατικού δυναμικού, <http://www.statistics.gr/> , Ανακτήθηκε 4/3/2017

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2013), Προφίλ ατόμων που παρουσιάζουν βαριά κατάθλιψη, <http://www.statistics.gr/>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2016), Φυσική κίνηση του πληθυσμού, <http://www.statistics.gr/> Ανακτήθηκε 4/3/2017.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), (2016), Έρευνα Υγείας , <http://www.statistics.gr/> Ανακτήθηκε 14/3/2017.

Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕΠΚΑ), (2011), <http://www.kepka.org/> Ανάκτηση 18/3/2017.

<http://www.summerhillschool.co.uk/>

0317.syzefxis.gov.gr/?page_id=1752

http://0317.syzefxis.gov.gr/?page_id=2038

http://www.asklepieio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=251&Itemid=1&lang=el

http://www.asklepieio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=163&Itemid=259&lang=el

<http://www.paidopskaramandaneio.gr/index.html>

<http://www.agandreashosp.gr/depts/kpy/kpy.htm>

<http://koinorgpatras.blogspot.gr/>

<http://www.mitera.gr/default.asp?siteID=1&pageID=2&langID=1>

<http://www.gnagennimatas.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=node&cnode=49>

<http://www1.med.auth.gr/depts/deltaped/index.htm>

http://www.papageorgiou-hospital.gr/c1/index.php?option=com_content&view=article&id=480&Itemid=445&lang=el

<http://pgna.gr/>

<http://www.ekepsy.gr/web/guest/home>

<http://www.noesi.gr/pronoise/epsype>

<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=11131&nt=156>

http://www.epapsy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=523 μαστίζοι

http://www.enallaktikos.gr/kg15el_kentro-koinwnikis-stiriksis-eyosmoy_a1520.html

<http://www.ahepahosp.gr/adopsy/>

<http://www.psychotes.gr/>

<http://gpapanikolaou.gr/%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%9F%CE%9A%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%99%CE%9F/%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%91-%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%99%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%91.html>

<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=1634&nt=217&lang=1>

http://www.ektepn.gr/content/region_new/ATTIKI_PDF/p102.pdf

http://www.ektepn.gr/content/region_new/DYTIKI_ELLADA_PDF/p9.pdf

<http://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=3>

<http://sopsipatron.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.) Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία».

Το Ε.Κ.Ε.Ι., αποτελεί κέντρο ολιστικής φροντίδας υγείας σε έφηβους. Πιο συγκεκριμένα, θεωρείται ως θεσμοθετημένο κέντρο και προσφέρει εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα σε νέους. Παράλληλα, συστεγάζεται με την έδρα της UNESCO. Το εκπαιδευτικό και το ερευνητικό του έργο, προβάλλεται στα Πανελλήνια Συνέδρια της Αναπτυξιακής – Συμπεριφορικής Παιδιατρικής και Εφηβικής Υγείας – Ιατρικής. Το Ε.Κ.Ε.Ι., ξεκίνησε την λειτουργία του, το 2005, στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και άλλους φορείς, που απασχολούνται με θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, παχυσαρκίας και άλλα. Βρισκόταν υπό την εποπτεία του καθηγητή Παιδιατρικής – Ενδοκρινολογίας και Διευθυντή, κ. Γ. Χρούσου. Η αρχική του ονομασία ήταν: «Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Υγείας Εφήβων». Επίσης, αποτελεί διεπιστημονικό φορέα, ο οποίος συνεργάζεται και με άλλους φορείς, εντός και εκτός Ελλάδας, ενώ διαθέτει εθελοντική εργασία. Επιπλέον, παρέχει υπηρεσίες υγείας, σε έφηβα άτομα, ηλικίας 10-21 ετών, ενώ, προσφέρει υπηρεσίες και σε άτομα έως 25 ετών. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν κυρίως θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Τέλος, το Ε.Κ.Ε.Ι., παρέχει την ικανότητα για μετεκπαίδευση και εξειδίκευση του προσωπικού, ώστε να επιτυγχάνεται η έρευνα σε θέματα υγείας. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 7467780-1 (Πετρίδου και συν., 2015).

Ειδικό Ιατρείο Εφήβων στην Παιδιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας.

Ξεκίνησε την λειτουργία του από το 1981. Παρέχει θεωρητική και πρακτική κατάρτιση σε ειδικευόμενους παιδοψυχιάτρους. Το ιατρείο αυτό, προσφέρει διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες, που αποσκοπούν στην προώθηση της κατανόησης και της έγκαιρης αναγνώρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων. Επίσης, έχει ως σκοπό την ανάπτυξη ικανοτήτων, για τον χειρισμό προβλημάτων ψυχικής υγείας και την χρήση κατάλληλων εξειδικευμένων υπηρεσιών. Επιπλέον, επιθυμεί την βελτίωση των σχέσεων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με εξειδικευμένες υπηρεσίες και τέλος, γίνεται αξιολόγηση και θεραπεία των εφήβων και των οικογενειών τους. Ωστόσο είναι σημαντικό να αναφέρουμε την μεγάλη προσφορά και άλλων ειδικοτήτων, όπως κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, εργοθεραπευτών, που συμβάλουν στην μείωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων ατόμων.

Το «Ασκληπιείο» Βούλας, παρέχει διάφορα τμήματα. Ένα από αυτά είναι το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, το οποίο βρίσκεται στην περιοχή της Νέας Σμύρνης και συγκεκριμένα Μεγάλου Αλεξάνδρου 65. Έχει συσταθεί με την υπ. Αριθ. Υ5Β/ΓΠ οικ. 155570/21-12-2006. Απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κ.Α. και δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1657/τ.Β/13-11-2006. Το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο απαρτίζεται από παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ειδικούς παιδαγωγούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και διοικητικούς

υπαλλήλους. Παρέχει διάγνωση, συμβουλευτική, θεραπεία οικογένειας, συστημικής κατεύθυνσης, θεραπεία ζεύγους, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ομάδες εφήβων και γονέων. Επίσης, απαρτίζεται από διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες (σεμινάρια για θέματα ψυχικής υγείας εφήβων). Τέλος, παρέχει προγράμματα πρόληψης. Στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, μπορούν να απευθυνθούν γονείς που χρειάζονται συμβουλές για τον γονεϊκό τους ρόλο και τις ψυχολογικές δυσκολίες των παιδιών τους. Επίσης, μπορεί να απευθυνθούν έφηβοι που αντιμετωπίζουν διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες, εκπαιδευτικοί για θέματα που αφορούν τους μαθητές τους και διάφοροι φορείς που απασχολούνται με εφήβους

http://www.asklepieio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=164&Itemid=258&lang=el

Ένα ακόμη τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας είναι το Τμήμα της Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, το οποίο ξεκίνησε την λειτουργία του 01/11/2011. Δημιουργήθηκε με την υπ' αριθμό οικ. 20609/15-09-2011 πράξη της Υποδιοικήτριας της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής με τη μεταφορά της Γ' Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΠΝΑ). Οι υπηρεσίες που παρέχει το συγκεκριμένο τμήμα καταγράφονται στην συνέχεια:

Διαγνωστική εκτίμηση παιδιών και εφήβων

Υποστηρικτική θεραπεία παιδιών και εφήβων

Ατομική θεραπεία παιδιών και εφήβων

Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Συμβουλευτική γονέων

Θεραπεία ζεύγους

Εκπαίδευση

Ερευνητική δραστηριότητα

Σεμινάρια ευαισθητοποίησης σε θέματα ψυχικής υγείας σε φορείς και πρόσωπα που ασχολούνται με παιδιά (βρεφικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία, σχολεία, παιδίατρος, γυναικολόγους κλπ)

Συνεργασία με υπηρεσίες παιδιών και εφήβων (συνήγορος του παιδιού, εισαγγελία ανηλίκων, ιδρύματα φιλοξενίας παιδιών κλπ).

http://www.asklepieio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=163&Itemid=259&lang=el

Τμήμα Ψυχιατρικής Υγείας Εφήβων και Νέων του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς».

Το Τμήμα της Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς», άρχισε να λειτουργεί το 1985. Βασικός στόχος του είναι η αξιολόγηση, η διάγνωση και η θεραπεία, διάφορων ψυχοπαθολογικών και ψυχοκοινωνικών διαταραχών, κατά την

πάροδο της εφηβικής ηλικίας. Οι υπηρεσίες, που προσφέρει το συγκεκριμένο τμήμα απευθύνεται στο νεανικό κοινό ηλικίας 14 μέχρι 21 χρόνων. Ειδικότερα, οι έφηβοι, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με ζητήματα ψυχικής υγείας, όπου χάνουν ουσιαστικά την λειτουργικότητά τους, στις καθημερινές τους συνήθειες, αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με το οικογενειακό, φιλικό, αλλά ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, μπορούν να βοηθηθούν από το τμήμα της ψυχιατρικής του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Η θεραπευτική μέθοδος έγκειται την υποστήριξη των εφήβων, των οικογενειών τους, καθώς υλοποιεί και δράσεις, οι οποίες ενημερώνουν την κοινότητα, σχετικά με ζητήματα ψυχικής υγείας. Επίσης, η ερευνητική και η εκπαιδευτική διαδικασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας των εφήβων, πραγματοποιείται στο τμήμα αυτό. Μερικές από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του «Γ. Γεννηματάς» καταγράφονται παρακάτω:

Κέντρο Υποδοχής και Ψυχολογικής Βοήθειας – Εξωτερικά Ιατρεία

Νοσοκομείο Ημέρας

Μονάδα Ψυχικής Υγείας – Κοινωνικός Συνεταιρισμός Π.Ε. «Η ΕΙΚΟΝΑ» 6ου Τομέα Ψυχικής Υγείας

Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Σ.Μ.Ε.Α.)

Διασυνδεδετική στις Κλινικές του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Εκπαιδευτικές Δραστηριότητες – Ετήσιο Διαρκές Σεμινάριο

Συνεργασία με άλλες Δομές Ψυχικής Υγείας και με Τοπικούς – Κοινοτικούς Φορείς

Οι υπηρεσίες που διαθέτει το Τμήμα της Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς», έχουν ως απώτερο σκοπό την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της συνεργασίας διάφορων ειδικοτήτων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως είναι οι παιδοψυχίατροι, οι ψυχίατροι, οι νοσηλεύτες, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι κοινωνιολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι επισκέπτες υγείας και άλλοι.

Στοιχεία επικοινωνίας τμήματος, τηλέφωνα: 210 7480901, 2132032854-5, φαξ: 2132033675. Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: psychado@gna-gennimatas.gr

(<http://www.gna-gennimatas.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=node&cnode=49>).

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» – Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης.

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και λειτουργεί ως ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Ωστόσο υπόκειται υπό τον έλεγχο της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης. Το «ΑΧΕΠΑ» είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομείο της χώρας μας, αφού διαθέτει περίπου 680 κλίνες, οι οποίες επιτρέπουν την κάλυψη των ιατρικών και των ψυχιατρικών αναγκών των ασθενών. Η κεντρική υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Θ «ΑΧΕΠΑ» εδρεύει στο χώρο του

Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, επί της οδού Στίλπωνος Κυριακίδη 1 με ΤΚ 546 36.

Διοικητικά στο Νοσοκομείο υπάγονται δύο Κέντρα Υγείας: α) το Κέντρο Υγείας Σοχού και β) το Κέντρο Υγείας Νέας Μαδύτου, με τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, καλύπτοντας το επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας των κατοίκων της περιοχής. Επίσης, το Νοσοκομείο εξυπηρετεί και περιστατικά από την ευρύτερη περιοχή της Μακεδονίας και της Θράκης, λόγω της εξειδίκευσης του σε υπηρεσίες υγείας Τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Στα πλαίσια παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, το Νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού, μέσω του Κεντρικού Τομέα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης (Α, Γ, Δ, δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, δήμος Αγίου Παύλου, Αρέθουσας, Ασσύρου, Εγνατίας, Λαγκαδά, Λαχανά, Σοχού και Τριανδρίας). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», διαθέτει και την «Μονάδα Εφήβων», η οποία είναι μια αποκεντρωμένη πρότυπη πολυδύναμη δομή που παρέχει υπηρεσίες ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε εφήβους, ηλικίας 13 έως και 19 ετών (<http://www.aherapahosp.gr/profile.asp>).

Πιο συγκεκριμένα, η Μονάδα Εφήβων, είναι μια αποκεντρωμένη υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ» και στεγάζεται σε αυτόνομο κτήριο στο κέντρο της Θεσσαλονίκης (στις οδούς: Αλεξάνδρου Σβώλου και Ιπποδρομίου). Η Μονάδα Εφήβων, υλοποιήθηκε στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια 2000-2008», καθώς και του Προγράμματος «Ψυχαργός – Β' Φάση». Επίσης, δημιουργήθηκε με σκοπό να προσφέρει υπηρεσίες ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας στον έφηβο πληθυσμό, της Θεσσαλονίκης, αλλά και γενικότερα στην Βόρεια Ελλάδα. Ειδικότερα, η Μονάδα Εφήβων παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες: α) Υπηρεσίες Εξωτερικών Ασθενών: διαγνωστικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές, β) Πλήρες Πρόγραμμα Ημερήσιας Νοσηλείας που λειτουργεί από τις 10:00π.μ έως 17:00μ.μ. και γ) Ξενώνα Βραχείας Παραμονής για υποδοχή εφήβων σε κρίση.

Στα πλαίσια της τομεοποίησης των υπηρεσιών ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου, η κάλυψη από τις επιμέρους υπηρεσίες της Μονάδας Εφήβων διαφοροποιείται ως εξής: α) οι Υπηρεσίες Εξωτερικών Ασθενών, καλύπτονται από τον Κεντρικό Τομέα ΨΥΠΕ Θεσσαλονίκης, β) η Ημερήσια Νοσηλεία έχει διατομεακή κάλυψη (ευρύτερη περιοχή και Νομός Θεσσαλονίκης) και γ) ο Ξενώνας Βραχείας Παραμονής, προσφέρει ευρύτερη κάλυψη (σε όλη την Βόρεια Ελλάδα).

Στην Μονάδα Εφήβων μπορούν να απευθυνθούν οι έφηβοι, καθώς και οι οικογένειες και οι κηδεμόνες των εφήβων που αντιμετωπίζουν κάποια από αυτά που αναγράφονται στην συνέχεια:

Προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις

Διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες

Ψυχιατρικά προβλήματα, εκτός εξαρτήσεων από ουσίες και σοβαρή παραβατική συμπεριφορά

Μαθησιακές και γενικότερες σχολικές δυσκολίες

Ψυχοκοινωνικής φύσεως προβλήματα

Γενικότερες ανάγκες συμβουλευτικής και ενημέρωσης για την εφηβεία.

Η Μονάδα Εφήβων συνεργάζεται και δέχεται παραπομπές από:

άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες εφήβων

υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα και προστασίας ανηλίκων

ιατρικές υπηρεσίες που αφορούν την εφηβική ηλικία (π.χ. παιδιατρικές)

εκπαιδευτικούς φορείς

συμβουλευτικές υπηρεσίες

δικαστικές και αστυνομικές αρχές

μη κυβερνητικούς φορείς

ιδιώτες επαγγελματίες εφηβικής ιατρικής, ψυχιατρικής, ψυχολογίας και άλλων ειδικοτήτων.

Η Μονάδα Εφήβων απαρτίζεται από διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως παιδοψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές και άλλους εξωτερικούς συνεργάτες, ώστε να επιτευχθεί η κάλυψη των αναγκών των εφήβων. Ταυτόχρονα, με το κλινικό της έργο, διοργανώνει διάφορες δράσεις ενημέρωσης, αναφορικά με την Κοινωνική Ψυχιατρική. Επίσης, ως ενταγμένη στο Πανεπιστημιακό χώρο, παρέχει δραστηριότητες εκπαιδευτικού και ερευνητικού χαρακτήρα στο πεδίο της ψυχιατρικής εφήβου, ενώ συνεργάζεται σε εθνικό, αλλά και διεθνές επίπεδο (<http://www.ahepahosp.gr/adopsy/>).

Ασπίδα του Δαβίδ «Ο ΜΙΤΟΣ».

Η Ασπίδα του Δαβίδ αποτελεί Κέντρο Ημέρας, πολύωρης παρέμβασης, σε βρέφη, νήπια, παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους, βάσει της επιστήμης της Πειραματικής και Εφαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς. Το Κέντρο Ημέρας, διαθέτει την ονομασία: «Ο ΜΙΤΟΣ» και δέχεται άτομα, ηλικίας από εννέα έως και δεκατριών ετών. Αναλαμβάνει περιπτώσεις παιδιών, που παρουσιάζουν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Η κυριότερη από αυτές τις διαταραχές, αποτελούν οι διαταραχές του αυτιστικού φάσματος.

Το πρόγραμμα Δράσης περιλαμβάνει τα εξής μέσα παρέμβασης: α) Συμβουλευτική Υποστήριξη στην ωρίμανση έργων ψυχικής υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση γίνονται ενέργειες, οι οποίες στοχεύουν στην επιστημονική - συμβουλευτική υποστήριξη των φορέων, των μονάδων και γενικά των επαγγελματιών που εργάζονται στην ψυχική υγεία. β) Τεχνική Υποστήριξη υλοποίησης έργων που χρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ. Στο συγκεκριμένο μέσο παρέμβασης, η τεχνική υποστήριξη υλοποίησης έργων στον τομέα Ψυχικής Υγείας, διαδραματίζουν

σημαντικό ρόλο. γ) Παροχή εξειδικευμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Εδώ, συμπεριλαμβάνονται υποστηρικτικές υπηρεσίες του επιστημονικού, του θεραπευτικού και του διασυνδεδετικού ρόλου των μονάδων. Ειδικότερα, παρέχεται υποστήριξη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε θέματα που άπτονται της συρρίκνωσης και πλήρους κατάρτησης των ψυχιατρείων, της οργάνωσης και λειτουργίας ενός ολοκληρωμένου κοινοτικού μοντέλου κοινοτικής φροντίδας και της διασύνδεσης των υπηρεσιών μεταξύ τους και δ) Υποστήριξη της δημιουργίας Παρατηρητηρίου Ψυχικής Υγείας, όπου περιλαμβάνει την υποστήριξη της δημιουργίας Παρατηρητηρίου, με βάση τις οδηγίες και κατευθύνσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Mental Health Policy and Service Guidance Package - 2007), του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Improving Value in Health Care: Measuring Quality- 2010), για τον τρόπο και τα μέσα αξιολόγησης των πολιτικών υγείας και ειδικότερα, της ψυχικής υγείας.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Ελευθερωτών 27 και Μελιτινής 8, 17237, Υμηττός. Τηλέφωνο: 2109715177. Ηλεκτρονική διεύθυνση: www.mitos-aspida.gr. email: mitosaspida@gmail.com Υπεύθυνος Δομής: ΔΕΛΕΦΕ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=7876&nt=156>).

Γενικό Νοσοκομείο Άργους.

Το Γενικό Νοσοκομείο Άργους, αποτελεί Κινητή Μονάδα, η οποία αναλαμβάνει παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές, καθώς και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά και ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Κορίνθου 191, 21200, Άργος. Τηλέφωνα: 2751024320 / 2751064350. email: kinmonada@gna.gr. (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=13034&nt=156>).

Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ».

Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Σισμανόγλειου περιλαμβάνει 2 Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας, 4 Εξωτερικές Μονάδες - Δομές και 1 Ανεξάρτητη Μονάδα. Επίσης, το Γενικό Νοσοκομείο «Σισμανόγλειο – Αμαλία Φλέμιγκ», διαθέτει ξενώνα «ΤΟ ΣΠΙΤΙ», για Εφήβους 14-17 ετών Παλλήνης. Ο Ξενώνας αποσκοπεί στην φιλοξενία ατόμων, ηλικίας 13-18 ετών και των δύο φύλων, που παρουσιάζουν ψυχιατρικές διαταραχές, με συνύπαρξη κοινωνικών δυσκολιών και που οι οικογένειές τους αδυνατούν το διάστημα αυτό να τους έχουν κοντά τους.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Αθ. Διάκου 36, 153 51, Παλλήνη. Τηλέφωνο: 210 6667008. Website: <http://www.sismanoglio.gr/ORMOS-SPITI/index.htm> email: tospiti@sismanoglio.gr Υπεύθυνος Δομής: ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΣ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=13893&nt=156>).

Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο».

Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο», παρέχει δυετεροβάθμια φροντίδα υγείας στους κατοίκους του νησιού, ενώ, τα Κέντρα Υγείας του Νομού Ηρακλείου, προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το «Βενιζέλειο – Πανάνειο» Νοσοκομείο προσφέρει υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα παιδιά και στους έφηβους, παρέχει συμβουλευτική γονέων, αξιολόγηση και θεραπείες παιδιών και εφήβων (λογοπεδική, ψυχολογική, εργοθεραπευτική), ενώ, επίσης, πραγματοποιούνται εισαγγελικές παραγγελίες.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Σπιναλόγκας 1, 712 01, Ηράκλειο. Τηλέφωνο: 2810 281223. Website: www.venizeleio.gr email: iatropaidagogiko@venizeleio.gr
Υπεύθυνος Δομής: Πινακουλάκη Ιωάννα.

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=14793&nt=156>).

Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα».

Το Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» είναι Κέντρο Ψυχικής Υγείας με ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας: α) σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές συμπεριφοράς, β) σε παιδιά και εφήβους με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και γ) σε ενήλικες με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και διαταραχές συμπεριφοράς. Το Γενικό Νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής των Ιωαννίνων. Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Βαλαωρίτου 35, 45445, Ιωάννινα. Τηλέφωνα: 2651074227 & 2651038919. Website: www.gni-hatzikosta.gr email: mhcsk1@yahoo.gr
Υπεύθυνος Δομής: ΚΑΤΣΑΝΟΥ ΚΑΤΙΝΑ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=15459&nt=156>).

Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης - Ψυχιατρικός Τομέας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, πρώην Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου και νύν Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης σύμφωνα με το άρθρο 30 του Ν. 4052/2012 ΦΕΚ 41/Α΄/01-03-2012. Διαθέτει την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, η οποία προσφέρει υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε ενήλικες και ανήλικα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: 25ης Μαρτίου 102, 601 00, Κατερίνη. Τηλέφωνο: 2351350713. Υπεύθυνος Δομής: 1. ΣΩΠΙΑΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ 2. ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=15645&nt=156>)

Δ' Παιδιατρική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η Δ' Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. ιδρύθηκε με Διυπουργική Απόφαση και λειτούργησε επίσημα από το 1991, με πρώτο Διευθυντή τον αείμνηστο Καθηγητή Αλέξανδρο Παιονίδη, σε συστέγαση με τη Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, όπου και λειτούργησε μέχρι το Δεκέμβριο του 2003. Από τον Ιανουάριο του 2004 λειτουργεί στο Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Η Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. στεγάζεται στο 2ο όροφο του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Διαθέτει 7 μεγάλους θαλάμους νοσηλείας και 4 μικρούς (απομόνωσης, βαρέως πασχόντων), γαλακτοκομείο, γραφεία και αποθηκευτικούς χώρους. Η Κλινική διαθέτει:

Παιδότοπο – Σχολείο

Αίθουσα διδασκαλίας 25 θέσεων

Δικαίωμα χρήσης αμφιθεάτρου 320 θέσεων

7 ανεξάρτητα εξωτερικά ιατρεία, 5 από τα οποία λειτουργούν και ως κλινικά εργαστήρια

3 ιδιαίτερα εξεταστήρια στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)

Δικαίωμα χρήσης 2-4 κλινών στο τμήμα Βραχείας Νοσηλείας.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2313323000

(<http://www1.med.auth.gr/depts/deltaped/index.htm>)

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου.

Η Α' Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, ιδρύθηκε το 1943. Η αρχική του ονομασία ήταν Α' Νευρολογική και Ψυχιατρική Κλινική και εγκαταστάθηκε στο Δημοτικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Ύστερα από λίγα χρόνια και συγκεκριμένα το 1983, μεταφέρθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Το 2003 μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου όπου και λειτουργεί μέχρι τις μέρες μας. Η Α' Ψυχιατρική παρέχει την Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής, όπου προσφέρει συμβουλευτική στις άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου. Ενώ, επίσης, αποτελεί διασυνδεδετική κάλυψη και λειτουργεί ως εξωτερικό ιατρείο. Ειδικότερα, διαθέτει τα εξής ιατρεία: Ψυχιατρικής, Ψυχογηριατρικής, Σεξουαλικών Διαταραχών, Μαθησιακών Διαταραχών, Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Ψυχοδυναμικής Ψυχοθεραπείας, Γνωστικής Ψυχοθεραπείας, Ψυχολογίας, Νευροψυχολογίας, Λογοθεραπείας και Πιστοποιητικών Ψυχικής Υγείας. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το ερευνητικό έργο της Κλινικής, εστιάζεται κυρίως, στους τομείς της Γενικής Ψυχοπαθολογίας, της Νευροψυχολογίας και της Ψυχοφυσιολογίας.

(http://www.papageorgiou-hospital.gr/c1/index.php?option=com_content&view=article&id=480&Itemid=445&lang=el)

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου Φορέας Αλεξανδρούπολης.

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, αποτελεί μία αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας (4η Υ.Πε.) Μακεδονίας και Θράκης. Διαθέτει, ωστόσο, διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, ενώ, υπόκειται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το Δεκέμβριο του 2002 μεταφέρθηκε σε νέες εγκαταστάσεις στην περιοχή Δραγάνα αγροκτήματος Ν. Μάκρης Αλεξανδρούπολης και απέχει 6 περίπου χιλιόμετρα από το κέντρο της πόλης. Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ανέρχεται στις 673 κλίνες. Ενώ, η προσβασιμότητα στο Νοσοκομείο αποδεικνύεται αρκετά εύκολη, λόγω της συχνής αστικής συγκοινωνίας που υπάρχει. Το Γενικό Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης, προσφέρει πολλές υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της, όπως ιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτικές υπηρεσίες, διοικητικές-οικονομικές υπηρεσίες, γραφείο υποστήριξης των πολιτών και άλλες. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, διαθέτει Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, καθώς επίσης και Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, όπου αντιμετωπίζονται θέματα ψυχικών διαταραχών σε ενήλικα, αλλά και σε ανήλικα άτομα. Τηλεφωνικό Κέντρο: 25513 51000 και 2551352000 (<http://pgna.gr/>).

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, συνιστά Ειδικό Νοσοκομείο με εκτεταμένη δραστηριότητα στην παροχή υπηρεσιών στον ιδιότυπο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο μέσα από το Δίκτυο των Κοινοτικών Υπηρεσιών του, που λειτουργούν στο νομό Θεσσαλονίκης, όσο και με τη λειτουργία του ως φορέας Εκπαίδευσης. Από τον Ιανουάριο του 2013 τα λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του ΕΣΥ: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» και το «Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης», αποτελούν αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία: «Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».

(<http://www.psychotes.gr/>).

Το 1998, δημιουργήθηκε η Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και αποτελείται από το Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, καθώς και το Ψυχιατρικό Τμήμα Παίδων – Εφήβων. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2313307000.

(<http://gpanikolaou.gr/%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%9F%CE%9A%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%99%CE%9F/%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%A1%CE%99%CE%9A%CE%91->

%CE%A3%CE%A4%CE%9F%CE%99%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%91.html
)

Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων & Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Λάρισας.

Ο Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων, βρίσκεται στην περιοχή της Λάρισας. Διαθέτει ξενώνα φιλοξενίας για ενήλικα άτομα, με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, αλλά παρέχει και το Κέντρο Ημέρας: «Χαρά», όπου αναλαμβάνει περιστατικά ενήλικων, αλλά και ανήλικων ατόμων, με διαταραχές αυτιστικού φάσματος, ενώ, επίσης, στηρίζει τις οικογένειες των ατόμων, που πάσχουν από διαταραχές ψυχικής υγείας. Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Δ.Δ. ΧΑΡΑ ΔΗΜΟΥ ΚΙΛΕΛΕΡ. Τηλέφωνο: 2410781141 / 2410670535. Website: www.autismthessaly.gr. email: info@autismthessaly.gr Υπεύθυνος Δομής: ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΡΙΦΥΛΗ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=10233&nt=156>).

Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης.

Το Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης ξεκίνησε να λειτουργεί στα πλαίσια της Κοινοτικής Ευρωπαϊκής πρωτοβουλίας Urban, τον Σεπτέμβριο του 1999 (Μέτρο 3 του υποπρογράμματος 5, Δυτικής Θεσσαλονίκης), με περιοχή εφαρμογής το Δήμο Ευόσμου. Μέσα από αυτή τη δράση δημιουργήθηκε μια κοινωνική υποστηρικτική δομή. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 2001. Το Κέντρο Κοινωνικής Στήριξης συνέχισε να λειτουργεί και να παρέχει τις υπηρεσίες του στο χώρο της κοινωνικής στήριξης. Ειδικότερα παρείχε τις υπηρεσίες, οι οποίες καταγράφονται στην συνέχεια:

Στηρίζει άτομα, ομάδες και οικογένειες, με ιδιαίτερες δυσκολίες μέσα από τη λειτουργία του Συμβουλευτικού Κέντρου.

Διοργανώνει ενημερωτικές και υποστηρικτικές συναντήσεις γονέων για ζητήματα που αφορούν στη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών μέσα από τη λειτουργία της Σχολής Γονέων.

Υποστηρίζει σε συμβουλευτική βάση μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικούς επίσης μέσα από τη Σχολή Γονέων.

Προετοιμάζει το γενικό πληθυσμό σε θέματα που αφορούν την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, την επικοινωνία, τους ρόλους, την ενημέρωση και την πληροφόρηση πάνω σε κοινωνικά θέματα που ενδιαφέρουν τα άτομα και τις οικογένειες, μέσα από τον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Τέλος, υποστηρίζει τα άτομα που είναι άνεργα ή που έχουν ελλιπή εκπαίδευση και κατάρτιση μέσα από το Γραφείο Υποστήριξης της Απασχόλησης..

Ο κυριότερος σκοπός όλων των υπηρεσιών που παρέχει η συγκεκριμένη οργάνωση αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, καθώς και την ενημέρωση των πολιτών για θέματα ψυχικής υγείας.

Στοιχεία επικοινωνίας: Πυθαγόρα και Μαβίλη, Εύοσμος 562 24, Ελλάδα, Τηλέφωνο/Φαξ: 2310 558505, 2310 558506, 2310 758926, 2310758769 Ώρες λειτουργίας: Δευτέρα - Πέμπτη 8:00 - 20:00 και Παρασκευή 8:00 - 17:00 kks@kordelio-evosmos.gr

(http://www.enallaktikos.gr/kg15el_kentro-koinwnikis-stiriksis-eyosmoy_a1520.html)

Επανάταξη Παιδιών με Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα.

Στην επανάταξη παιδιών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, λειτουργεί Κέντρο Ημέρας, για περίπου 20 παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αυτιστικού φάσματος, που διαβιούν στη κοινότητα. Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Δράκοντος 6 & Ευριδίκης, Τ.Κ. 16121, Καισαριανή. Τηλέφωνο: 2107292200. Website: www.logosnoos.gr. email: logosnoos@gmail.com. Υπεύθυνος Δομής: ΠΕΡΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=11131&nt=156>).

Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.) Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού».

Η Μ.Ε.Υ. ιδρύθηκε τον Οκτώβριο του 2006, υπό την εποπτεία του Διευθυντή και καθηγητή Παιδιατρικής κ. Α. Κωνσταντόπουλου. Αποτελεί διεπιστημονικό φορέα, ενώ διαθέτει και εθελοντικό προσωπικό. Ταυτόχρονα, συνεργάζεται με άλλους φορείς στην χώρα μας, αλλά και στο εξωτερικό. Παρέχει υπηρεσίες υγείας σε άτομα ηλικίας 10-19 ετών και ακολουθεί τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ειδικότερα, διαθέτει υπηρεσίες υγείας σε νέους, με οργανικές, ψυχοκοινωνικές ή και μαθησιακές δυσκολίες. Παράλληλα, παρέχει συμβουλευτική για πρόληψη, σεξουαλική αρωγή και εμβολιασμούς. Το 2013 ξεκίνησε την λειτουργία της ως Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο του Υπουργείου Υγείας. Υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (2010). Η Μ.Ε.Υ., συμπεριλαμβάνεται σε σχολικά προγράμματα, σε προγράμματα εκπαίδευσης φοιτητών, εκπαιδευτικών, ιατρών και άλλων ειδικών. Το εκπαιδευτικό και ερευνητικό της έργο, προβάλλεται από το Εντατικό Σεμινάριο Εφηβικής Ιατρικής (Πετρίδου και συν., 2015).

Επιπλέον είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως διαθέτει και γραμμή στήριξης καθημερινά από τις 09:00π.μ. έως 15:00π.μ. Τηλέφωνο: 80011 80015.

Η Μονάδα Εφηβικής Υγείας, αφορά την σωστή χρήση της τεχνολογίας από τους εφήβους. Ειδικότερα, αντιμετωπίζει θέματα εξάρτησης από το διαδίκτυο, όπως διαδικτυακός εκφοβισμός, ζητήματα προσωπικών δεδομένων, τυχερά παιχνίδια, ακατάλληλο περιεχόμενο και άλλα. (0317.syzefxis.gov.gr/?page_id=1752)

Το Παιδοψυχιατρικό τμήμα, του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών Κυριακού, ιδρύθηκε το 2009, από την μεταφορά της Δ' Κλινικής του Παιδοψυχιατρικού νοσοκομείου. Ενώ, επίσης, συμμετέχει σε ερευνητικά προγράμματα. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2132009402-01.

Οι υπηρεσίες που παρέχει το συγκεκριμένο τμήμα είναι τα παρακάτω:

τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, όπου παρέχουν υπηρεσίες σε ψυχιατρικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, αγχωτικές και υπερκινητικές διαταραχές και άλλα. Επίσης, αναλαμβάνουν σωματικά προβλήματα, με ψυχολογικές επιπτώσεις, μαθησιακές διαταραχές, ψυχοκοινωνικά προβλήματα (π.χ. απώλεια, διαζύγιο, μετανάστευση) και χρόνια οργανικά προβλήματα (π.χ. νοητική υστέρηση, αυτισμό).

Διασυνδεδετική – Συμβουλευτική Παιδοψυχιατρική με Παιδιατρικά τμήματα του νοσοκομείου, παρέχεται αξιολόγηση και παρέμβαση σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονται, ενώ επίσης, παρέχεται ενημέρωση και ευαισθητοποίηση.

Μονάδα Ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, όπου παρέχει νοσηλεία σε παιδιά ηλικίας 5-14 ετών, που πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα. Τέλος, παρέχει διαγνωστική αξιολόγηση, θεραπευτικό σχεδιασμό και κοινωνική επανένταξη (http://0317.syzefxis.gov.gr/?page_id=2038)

Γενική Κλινική «ΜΗΤΕΡΑ».

Το Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ», πιστοποιήθηκε από το 2010 μέχρι το 2014, από τον Οργανισμό Πιστοποίησης Υπηρεσιών Ιατρικού Τουρισμού (TEMOS), ώστε να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε άτομα που το έχουν ανάγκη, σε τοπικό, αλλά και διεθνές επίπεδο. Το «ΜΗΤΕΡΑ» παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Ουσιαστικά, διαθέτει υπηρεσίες υγείας σε μητέρες, παιδιά, εφήβους, αλλά και γενικότερα στις οικογένειες των νοσηλευόμενων. Στην συγκεκριμένη κλινική υπάρχουν οι ακόλουθες κλινικές: α) η Γενική Κλινική, β) η Μαιευτική/ Γυναικολογική Κλινική Μητέρα και γ) το Παιδιατρικό Νοσοκομείο της Ελλάδας «Παίδων ΜΗΤΕΡΑ». Επίσης, λειτουργούν τα παρακάτω τμήματα: ειδικές μονάδες, εξωτερικά ιατρεία, καθώς και διαγνωστικά εργαστήρια.

Είναι πολύ σημαντικό να αναφέρουμε πως το Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ» παρέχει τμήματα Ψυχικής Υγείας και Ψυχολογικής Στήριξης. Ειδικότερα, παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, για εξωτερικούς ασθενείς, αλλά και για τις οικογένειες των νοσούντων. Πιο αναλυτικά, στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς παρέχεται: α) ψυχολογική παρέμβαση σε ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης, όπως αντιδραστική κατάθλιψη, β) ψυχολογική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς και της οικογένειας αυτού, γ) ψυχολογική στήριξη ασθενούς στην Εντατική Μονάδα και δ) αντιμετώπιση μετατραυματικού στρες. Αντίθετα, στους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από ογκολογικές παθήσεις,

προσφέρεται: α) ατομική ψυχολογική στήριξη, β) στήριξη οικογένειας και γ) ομάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης. Επίσης, παρέχονται υπηρεσίες υγείας για την μητρότητα, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, συμβουλευτική γονέων, στήριξη στην απώλεια και στήριξη των παιδιών, ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκονται. Χαρακτηριστικά θα αναφέρουμε πως στην εφηβική ηλικία, το Νοσοκομείο «ΜΗΤΕΡΑ» διαθέτει τις εξής υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ψυχολογικής στήριξης: α) συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, β) δυσκολία επικοινωνίας μεταξύ γονέων και εφήβου και γ) διαχείριση άγχους των εξετάσεων. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2106869789, email: info@mitera.gr (<http://www.mitera.gr/default.asp?siteID=1&pageID=2&langID=1>).

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε).

χρόν Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Το Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο. Αποτελεί τον μεγαλύτερο φορέα παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο. Επίσης, παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παιδιά, έφηβους και ενήλικες, τηρώντας τις αρχές της κοινοτικής - κοινωνικής ψυχιατρικής, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί από την κλινική και θεωρητική εμπειρία, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ευρώπη. Ιδρύθηκε το 1956 στην Αθήνα από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα ως Τομέας Ψυχικής Υγιεινής. Το 1964, βάση της υπ' αριθ. 20173/17.1.64 ιδρυτικής πράξεως, θεσμοθετήθηκε ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την ονομασία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

Διαθέτει της εξής υπηρεσίες: α) Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία, β) Μονάδα Εφήβων, γ) Υπηρεσία Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Συμβουλευτικό Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων, δ) Υπηρεσία Θεραπείας Συμπεριφοράς, ε) Μονάδα Ημερήσιας Περίθαλψης – Υπηρεσία Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης, στ) Υπηρεσία Ανάδοχων Οικογενειών και άλλες.

Πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στην Μονάδα εφήβων, που λειτουργεί στο Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. Η Μονάδα εφήβων δέχεται έφηβους ηλικίας από 13 έως και 18 ετών, οι οποίοι εμφανίζουν προβλήματα στην ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα. Βέβαια, έφηβοι που κάνουν συστηματική χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες προγραμμάτων απεξάρτησης. Η Μονάδα Εφήβων εξυπηρετεί τον 10ο Τομέα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το ΨΥ.ΠΕ) που περιλαμβάνει τις περιοχές του 1ου (Κέντρο) και 6ου Διαμερίσματος του Δήμου Αθηναίων (Απόφαση Υ.Υ.Π. αριθ. Υ5β/Γ.Π οικ. 46079 Φ.Ε.Κ. 77 τ. Β' /28-1-2002). Οι υπηρεσίες που παρέχει η συγκεκριμένη Μονάδα αναφέρονται στην συνέχεια: 1) Διάγνωση και αξιολόγηση, 2) Θεραπευτικές παρεμβάσεις, 3) Παρεμβάσεις πρόληψης και 4) Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Στις διαγνωστικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται η ψυχιατρική, η ψυχολογική και η ψυχομετρική αξιολόγηση. Στις θεραπευτικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται: α) οι ατομικές θεραπείες εφήβων, β) η συμβουλευτική γονέων, γ) η ομαδική θεραπεία εφήβων, δ) η ομάδα γονέων και ε) η οικογενειακή θεραπεία. Όσον αφορά τις

παρεμβάσεις πρόληψης, γίνεται: 1) Συμβουλευτική στα πλαίσια συνεργασίας με σχολεία της κοινότητας και 2) Ομάδες βιωματικής εκπαίδευσης μαθητών ή και εκπαιδευτικών σε δεξιότητες επικοινωνίας.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι λειτουργούν παραρτήματα και σε άλλες πόλεις της χώρας μας, οι οποίες διαθέτουν ορισμένες από τις υπηρεσίες που αναφέραμε. Οι πόλεις αυτές είναι η Θεσσαλονίκη, ο Βόλος, η Πάτρα, η Ζάκυνθος και το Ηράκλειο.

Η Διοίκηση του Ε.Κε.Ψ.Υ.Ε. στεγάζεται και λειτουργεί στην Αθήνα: Μετσόβου 33 & Νοταρά, Τ.Κ. 106 83, Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2108213300, 2108212944, Fax: 210 8232833. e-mail hcmhrsm AT otenet.gr.

(<http://www.ekepsy.gr/web/guest/home>).

Μονάδα Υποστήριξης Εφήβων και των Οικογενειών τους «ΠΛΕΥΣΗ ΚΕΘΕΑ».

Η Μονάδα Υποστήριξης Εφήβων και των Οικογενειών τους «ΠΛΕΥΣΗ», αποτελεί πρόγραμμα του φορέα: «ΚΕΘΕΑ» και διαθέτει έγκαιρη παρέμβαση και θεραπευτικά προγράμματα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων, μέχρι την ηλικία των 17 ετών. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε την λειτουργία του, το 2000 και είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Έχει την δυνατότητα να εξυπηρετεί ταυτόχρονα 45 άτομα (15 έφηβους και 30 γονείς). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δέχεται έφηβους, οι οποίοι είναι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, σε πειραματική, περιστασιακή ή και συστημική βάση, ενώ παράλληλα παρέχει υπηρεσίες και στις οικογένειες των χρηστών. Οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα «ΠΛΕΥΣΗ» του ΚΕΘΕΑ είναι οι ακόλουθες: α) ατομική συμβουλευτική, β) ομαδική συμβουλευτική και θεραπεία, γ) πρόληψη υποτροπής, δ) επαγγελματικό προσανατολισμό, ε) πολιτιστικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, στ) συναντήσεις / ομάδες γονέων, ζ) οικογενειακές συνεδρίες, η) συναντήσεις ζευγαριού (γονέων) και θ) σεμινάρια.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι του προγράμματος απαιτείται διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα 24 μηνών και ακολουθεί η εξής θεραπευτική αντιμετώπιση: α) εκλεκτικό μοντέλο, που αφορά την συστημική, την συμπεριφορική και την γνωσιακή προσέγγιση, ενώ επίσης, β) χρησιμοποιούνται και στοιχεία από το μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Μαγνησίας 29, Τ.Κ. 112 52, Αθήνα. Τηλέφωνο: 2108816012. Φαξ: 2108218814. Email: info@kethea-plefsi.gr Ιστοσελίδα: www.kethea-plefsi.gr

(http://www.ektepn.gr/content/region_new/ΑΤΤΙΚΙ PDF/p102.pdf).

ΑΜΚΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ «ΑΡΩΓΗ».

Η «ΑΡΩΓΗ», αποτελεί μια Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην περιοχή του Λασιθίου, η οποία αφορά: 1) άτομα με βαριά νοητική υστέρηση και ψυχικές

διαταραχές, 2) ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, 3) παιδιά και έφηβους με διαταραχές συμπεριφοράς, 4) παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Τα οργανωμένα κλιμάκια της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας (Κ.Μ.Ψ.Υ), του Νομού Λασιθίου, αποτελούνται από Ψυχίατρο, Ψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο, Νοσηλεύτη, Κοινωνικό Λειτουργό, Λογοθεραπευτή και παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες: α) Ψυχιατρική παρακολούθηση και φροντίδα του ψυχικά ασθενούς, β) Πρόληψη υποτροπών και παρέμβαση για την αντιμετώπιση και διαχείριση της κρίσης, γ) Παρακολούθηση ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα, δ) Χορήγηση και παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής, ε) Βοήθεια και στήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση πρακτικών αναγκών, στ) Συμβουλευτική υποστηρικτική θεραπεία και ζ) Ψυχοθεραπείες ενηλίκων.

Πραγματοποιείται τακτικό παιδοψυχιατρικό ιατρείο στα γραφεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον Άγιο Νικόλαο. Προσφέρονται λογοθεραπείες, σε παιδιά και ενήλικες στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Επιπλέον, πραγματοποιούνται ημερίδες, σεμινάρια, ομιλίες, παρεμβάσεις σε σχολεία, σχολές γονέων, εκπαίδευση εθελοντικών τοπικών υποστηρικτικών πυρήνων και άλλες δράσεις στα πλαίσια της αγωγής στην κοινότητα.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Δημοκρατίας 76, 72100, Αγ. Νικόλαος. Τηλέφωνο: 2841025905. Email: kinarogi@yahoo.gr. Υπεύθυνος Δομής: ΑΠΑΛΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ (<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=10605&nt=156>).

Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.)

Η Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.), ιδρύθηκε το 1991 και λειτουργεί ως Μη Κυβερνητική Οργάνωση (Μ.Κ.Ο), με την μορφή Μη Κερδοσκοπικού Σωματείου. Αποτελεί ένα από τους πρώτους φορείς που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα, με σκοπό την προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την ανάπτυξη του μοντέλου της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Επιστημονικός υπεύθυνος της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε είναι ο κ. Ι. Τσιάντης Αν. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. αναπτύσσει δραστηριότητες στους τομείς της λειτουργίας νέων, πρότυπων υπηρεσιών (μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης,) της υλοποίησης προγραμμάτων και παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου, της διενέργειας, σχετικών ερευνών και ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, των εκδόσεων και της παραγωγής εκπαιδευτικών ταινιών. Ενώ, επίσης, διοργανώνει επιστημονικές ημερίδες, συμπόσια και συνέδρια.

Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι το Κέντρο Ημέρας για παιδιά και έφηβους, με προβλήματα ψυχικής υγείας «ΩΡΙΩΝΑΣ» και κυρίως, τηλεφωνικές γραμμές, οι οποίες παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη, σε παιδιά και εφήβους:

1) Γραμμή 116111 – Ευρωπαϊκή Γραμμή Στήριξης Παιδιών και Εφήβων, ηλεκτρονική διεύθυνση: www.noesi.gr/pronoise/epsype/116111.

2) Γραμμή 8018011177 – Γραμμή – Σύνδεσμος, ηλεκτρονική διεύθυνση: www.noesi.gr/pronoise/epsype/8018011177.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε τον ξενώνα φροντίδας των παιδιών, με ψυχικά ασθενείς γονείς «Μελία». Ο συγκεκριμένος ξενώνας, φιλοξενεί έως 8 παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων ηλικίας 5 έως 12 ετών, σε κατάσταση ανάγκης φροντίδας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, λόγω προβλημάτων λειτουργικότητας της οικογένειας. Τα στοιχεία επικοινωνίας για τον ξενώνα είναι: Διεύθυνση: Πιτυούντος 4 και Φαρκαδώνος, 11142, Αθήνα. Τηλέφωνο:2102135895

Η Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, βρίσκεται στην περιοχή του Χολαργού (Αγίου Ιωάννου Θεολόγου 19). Τηλέφωνα: 2106546524 / 2106812237, Fax: 2106522396, email: epsype@otenet.gr

(<http://www.noesi.gr/pronoise/epsype>).

ΑΜΚΕ «ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ».

Το Κέντρο Παιδιού και Εφήβου (Κ.Π.Ε.), αποτελεί Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία, η οποία ιδρύθηκε το Μάρτιο του 1996 με έδρα τη Χίο. Σύμφωνα με απόφαση του Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (1453/τ.Β/21-10-05 ΦΕΚ), το Νοέμβριο του 2005 το Κ.Π.Ε. είναι Ειδικά Πιστοποιημένος Φορέας παροχής υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας. Το Κ.Π.Ε., παρέχει επιβεβαίωση διαχειριστικής επάρκειας για την ανάληψη έργων στην περίοδο 2007-2013 του ΕΣΠΑ, σύμφωνα το υπ' αριθμ. 3764/09.11.2010 έγγραφο της Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η συγκεκριμένη Εταιρεία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα έχει ως στόχο την ανάπτυξη και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής, που σχετίζονται με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την θεραπευτική αντιμετώπιση, την ερευνητική μελέτη, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων δημόσιας υγείας, καθώς και την αγωγή – ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Από το Μάρτιο του 1996 λειτουργεί στη Χίο Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας για παιδιά, έφηβους, ενήλικες και οικογένειες. Οι κυριότερες υπηρεσίες της Μονάδας, σχετίζονται με την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία – αποκατάσταση και την αγωγή κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι ακόλουθες: 1) το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, το οποίο περιλαμβάνει: παιδοψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση, λογοθεραπεία, ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης μαθησιακών δυσκολιών, πρόγραμμα αποκατάστασης (λόγου, μαθησιακών δυσκολιών) μέσω τηλεδιάσκεψης για παιδιά/εφήβους απομακρυσμένων περιοχών, ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα αποκατάστασης σε

παιδιά/εφήβους με διαταραχές της ανάπτυξης, μουσικοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, ψυχοθεραπεία μέσω κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης, οικογενειακή ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική γονέων, πρόγραμμα επαγγελματικού προσανατολισμού. 2) το Τμήμα Ενηλίκων, που περιλαμβάνει: ψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση, ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική, ζεύγους, οικογένειας), σεμινάρια προσωπικής ανάπτυξης για ενήλικες.

Από τον Ιανουάριο 2007 το Κ.Π.Ε. αποτελεί φορέα υλοποίησης της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Χίου (Κ.Μ.Ψ.Υ.). Ειδικότερα, είναι ένα πρόγραμμα, που υλοποιείται στα πλαίσια του ΨΥΧΑΡΓΩΣ και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Η Κ.Μ.Ψ.Υ. παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους, ενήλικες, αλλά και τις οικογένειές τους, που κατοικούν στα νησιά Χίου. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν: α) τη λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση της ψυχικής νόσου, β) την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, με σκοπό τη μείωση της διάρκειας και της βαρύτητας της ψυχικής νόσου (ψυχιατρική / παιδοψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση, ψυχολογική υποστήριξη κ.α.), γ) την νοσηλεία - περίθαλψη κατ' οίκον σε περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο, δ) την μακροχρόνια φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη με σκοπό τον περιορισμό της ανικανότητας και της μειονεξίας που προκαλεί η ψυχική νόσος και ε) την εξάλειψη του στίγματος που προκαλεί η ψυχική νόσος, μέσω προγραμμάτων επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας.

Από τον Ιανουάριο 2008 το Κ.Π.Ε. είναι φορέας υλοποίησης του Κέντρου Ημέρας (Κ.Η.) Εφήβων με Αυτισμό στη Δυτική Αττική «Στην Αυλή του Κόσμου». Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που υλοποιείται στα πλαίσια του ΨΥΧΑΡΓΩΣ και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Το Κ.Η. έχει έδρα το Περιστερί και λειτουργεί από τις αρχές του 2008 ως μονάδα ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας και ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εφήβων, ηλικίας 12-18 ετών με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ) και σκοπό την κοινωνική ένταξη και λειτουργική αυτονομία των μελών του, την στήριξη των οικογενειών τους, την αγωγή της κοινότητας, τη δημιουργία δικτύου εθελοντών. Στα πλαίσια του Κέντρου Ημέρας παρέχονται διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση σε ατομική ή και σε ομαδική βάση, στηριζόμενη στις αρχές του TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), της Προσαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (A.B.A.-Applied Behavior Analysis) και άλλες μεθόδους που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως σε προγράμματα αποκατάστασης ατόμων με Δ.Α.Φ. Επίσης, προσφέρεται εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, ειδική γυμναστική, προγράμματα κοινωνικοποίησης των εφήβων (εκδρομές και ψώνια στους χώρους της κοινότητας κ.τ.λ.), παιδοψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση, συμβουλευτική οικογένειας, πλαισίωση της οικογένειας που βρίσκεται σε κρίση και ενδυνάμωση της, λειτουργική διασύνδεση με οικογένειες που έχουν αυξημένες ανάγκες και ψυχή – εκπαίδευση των μελών τους, σχεδιασμός παρεμβάσεων στην κοινότητα με στόχο την ευαισθητοποίηση τόσο σε γενικά (κοινωνική ευθύνη, εξάλειψη στίγματος κλπ) όσο και σε εξειδικευμένα θέματα (Δ.Α.Φ.). Επιπλέον, παρέχεται λειτουργική διασύνδεση με άλλους φορείς των Τομέων Υγείας, Παιδείας, Ειδικής Αγωγής και Επαγγελματικής Αποκατάστασης ατόμων με Δ.Α.Φ.

Από τον Σεπτέμβριο του 2010 το Κ.Π.Ε. λειτουργεί Απογευματινό Πρόγραμμα στο Κέντρο Ημέρας Εφήβων με Αυτισμό στη Δυτική Αττική. Εξυπηρετεί άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος, ηλικίας 10-20 ετών. Στόχος της λειτουργίας του είναι η κοινωνικοποίηση και βελτίωση της λειτουργικότητας με σκοπό τη μεγαλύτερη αυτονομία, κοινωνική ένταξη, ψυχαγωγία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου, επικοινωνία, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη. Στα πλαίσια του απογευματινού τμήματος του Κ.Η. Παρέχονται οι ακόλουθες υπηρεσίες: Διάγνωση, Θεραπευτική αντιμετώπιση σε ατομική ή και σε ομαδική βάση, στηριζόμενη στις αρχές του TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), της Προσαρμοσμένης Ανάλυσης Συμπεριφοράς (A.B.A.-Applied Behavior Analysis) και άλλες μεθόδους που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως σε προγράμματα αποκατάστασης ατόμων με Δ.Α.Φ., Ψυχοθεραπεία μέσω κοινωνικής & συναισθηματικής ανάπτυξης, Δημιουργική Απασχόληση, Κοινωνικοποίηση & Δεξιότητες Καθημερινής Ζωής, Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία, Παιδοψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση, Συμβουλευτική οικογένειας.

Τον Μάρτιο του 2011 ξεκίνησε η δράση «Φιλοξενία το Σαββατοκύριακο» των εφήβων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ) στον χώρο του Κέντρου Ημέρας (Κ.Η.) Εφήβων με Αυτισμό στη Δυτική Αττική «Στην Αυλή του Κόσμου». Ο κύριος σκοπός λειτουργίας της δράσης είναι η αποσυμπίεση των οικογενειών των φιλοξενούμενων εφήβων με Δ.Α.Φ. Το πλαίσιο λειτουργίας της φιλοξενίας προβλέπει την έλευση των παιδιών το Σάββατο 11.00 και την αποχώρησή τους την Κυριακή στην 13.30. Κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο Κ.Η. ακολουθείται πρόγραμμα με στόχο κυρίως την ψυχαγωγία των εφήβων. Η αναλογία θεραπευτή προς έφηβο είναι ένας προς έναν (1-1) και φιλοξενούνται έως δύο (2) έφηβοι.

Η δραστηριότητα του Κ.Π.Ε. περιλαμβάνει επίσης: Έρευνα: Από τον Σεπτέμβριο του 2005 και μέσα στα πλαίσια λειτουργίας του Κ.Π.Ε. έχει συσταθεί Διεπιστημονική Ομάδα με σκοπό την εκπόνηση και υλοποίηση ερευνητικών πρωτοκόλλων. Σε αυτή τη φάση είναι σε εξέλιξη τα ακόλουθα ερευνητικά πρωτόκολλα: Διαθέσιμοι πόροι (ανθρώπινο δυναμικό, διαθέσιμες δομές κτλ) και προβλέψεις για τα άτομα με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος στην Ελλάδα. Ο επιπολασμός και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος στη Χίο. Αγωγή Κοινότητας: Στα πλαίσια της επιστημονικής και εκπαιδευτικής δράσης του ΚΠΕ γίνονται: παρουσιάσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια ημερίδες και συμπόσια για εκπαιδευτικούς, γονείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, επισκέψεις στα σχολεία για συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων με τους εκπαιδευτικούς σε θέματα ψυχικής υγείας, συνεργασία με άλλους φορείς της Κοινότητας, σε θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας (Αρχές, δομές, ιδιώτες ιατροί κτλ), εποπτείες σε εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας κ.α. Υλοποίηση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων/συνεργασιών:

Το Κ.Π.Ε. έχει αναπτύξει δραστηριότητα στην ανάληψη Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων με την υλοποίηση των έργων: «Δημιουργία λογισμικού για

τηλεαποκατάσταση προβλημάτων λόγου και μαθησιακών δυσκολιών σε παιδιά-κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών», Μάρτιος 2008 – Φεβρουάριος 2009 «Συναισθηματική νοημοσύνη για μαθητές προσχολικής ηλικίας», ως εταίρος στη διακρατική συνεργασία Ελλάδας - Τουρκίας, πρόγραμμα Διά Βίου Μάθηση 2007-2013 (Συμπράξεις Comenius Regio), Αύγουστος 2011 – Ιούλιος 2013 «Δημιουργία Θέσεων Απασχόλησης σε Τοπικό Επίπεδο μέσω Προγραμμάτων Κοινοφελούς Χαρακτήρα», ως φορέας υλοποίησης της πράξης, Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου-Νομός Χίου, Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», Μάρτιος 2012 - Απρίλιος 2013 «Στηρίζοντας την απασχόληση των Ευάλωτων Κοινωνικών Ομάδων στην Περιφερειακή Ενότητα Χίου», ως εταίρος της Αναπτυξιακής Σύμπραξης: Χιώτικη Συνεργασία, στο πλαίσιο της Δράσης 3: «Τοπικές δράσεις κοινωνικής ένταξης για ευάλωτες ομάδες» της Κατηγορίας Παρέμβασης 1: «Πρόληψη και αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων του πληθυσμού» του Θεματικού Άξονα Προτεραιότητας 4: «Πλήρης ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών», του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου δυναμικού 2007-2013»

Το Κ.Π.Ε. στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα, αποτελούμενη από τις παρακάτω ειδικότητες: παιδοψυχίατρο, ψυχίατρο, ψυχολόγο, ψυχολόγο – σύμβουλο επαγγελματικού προσανατολισμού, κοινωνικό λειτουργό, λογοπεδικό, εργοθεραπευτή, μουσικοθεραπευτή, ειδικό παιδαγωγό, γυμναστή ειδικής φυσικής αγωγής, παιδαγωγό προσχολικής αγωγής, νοσηλεύτη. Η λειτουργία του Κ.Π.Ε. παράλληλα υποστηρίζεται από διοικητική υπηρεσία, λογιστή, νομικό σύμβουλο, υπάλληλο γενικών καθηκόντων.

Το Κέντρο Ημέρας (Κ.Η.) Εφήβων με Αυτισμό στη Δ. Αττική «Στην Αυλή του Κόσμου» του «Κέντρου Παιδιού και Εφήβου» Α.μ.Κ.Ε., έχει έδρα το Περιστέρι και λειτουργεί από τις αρχές του 2008 ως μονάδα ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας και ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εφήβων και νεαρών ενηλίκων με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.), ηλικίας από 15 έως 22 ετών. Σκοπός του Κέντρου Ημέρας είναι η κοινωνική ένταξη και λειτουργική αυτονόμηση των μελών του, η στήριξη των οικογενειών τους, η αγωγή της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμησης του στίγματος και η δημιουργία δικτύου εθελοντών. Κύριος στόχος του Κ.Η. είναι η διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας των εφήβων-νεαρών ενηλίκων στην κοινότητα, καθώς και η αντιμετώπιση των παθολογικών συμπεριφορών και προβλημάτων στην λειτουργικότητά τους.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Χρυσολωρά 10-12, 12132, Περιστέρι. Τηλέφωνο: 2105789190. Website: www.kpechios.gr/el/kpe/the-day-centre-autism.html. email: kentro_imeras@kpechios.gr Υπεύθυνη Δομής: Σιδηροφάγη Παρασκευή

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=10410&nt=156>).

Πανελλήνιος Σύλλογος Προσαρμοσμένων Δραστηριοτήτων «ΑΛΜΑ».

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Προσαρμοσμένων Δραστηριοτήτων «ΑΛΜΑ», αποτελεί Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο (Μ.Κ.Σ.), που υλοποιεί προγράμματα για παιδιά και έφηβους, με και χωρίς αναπηρία (π.χ. νοητική υστέρηση, αυτισμό κ.λπ.). Αποτελεί Κέντρο Ημερήσιας Θεραπευτικής Φροντίδας και ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης παιδιών και εφήβων, ηλικίας 3 έως 14 ετών, με αυτισμό και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Ενώ, επίσης, προσφέρει συμβουλευτικό σταθμό στήριξης για τις οικογένειες των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, αφορά: α) παιδιά και έφηβους με διαταραχές συμπεριφοράς, β) παιδιά και έφηβους με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και γ) παιδιά και έφηβους με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Επιπλέον, αναλαμβάνει διάφορα προγράμματα, όπως εκπαιδευτικά, πολιτιστικά, ψυχαγωγικά, αθλητικά, δημιουργικής απασχόλησης, ημιαυτόνομης διαβίωσης, στέγη υποστηριζόμενης διαβίωσης και άλλα.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Μίλωνος 2, Πλ. Φιλικής Εταιρείας, 17 563, Παλιό Φάληρο. Τηλέφωνο: 2109828150. Website: www.almatop.blogspot.com. Email: adapted_activities@hotmail.com. Υπεύθυνος Δομής: ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

(<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=12368&nt=156>).

Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «ΙΡΙΣ».

Η Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων «ΙΡΙΣ» είναι σωματείο Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Έχει αναπτύξει πρωτοβουλία στο χώρο της ψυχικής υγείας στην κατεύθυνση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στο φάσμα και των τριών βαθμίδων πρόληψης. Συνεργάζεται με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συμβάλει θετικά στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση των τελευταίων χρόνων στην Ελλάδα. Κύριοι στόχοι του προγράμματος του «ΙΡΙΣ» αποτελεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, σχετικά με ζητήματα ψυχοκοινωνικής υγείας, ενώ, επίσης, συμβάλει και στην εκτέλεση προγραμμάτων πρόληψης – αγωγής υγείας. Επιπλέον, ενισχύει την οργάνωση ειδικών μονάδων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Ειδικότερα, αναπτύσσει: 1) Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Μονάδες Ψυχικής Υγείας, 2) Οικοτροφεία, 3) Ξενώνες, 4) Προγράμματα Προστατευομένων Διαμερισμάτων και άλλα.

Σύμφωνα με τις υπ' αρ. 2713 και 2714 Υ.Α. της 20/06/2013 ο φορέας «ΙΡΙΣ» εντάχθηκε στις Πράξεις «Εξατομικευμένη Παροχή Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» στις Περιφέρειες Σύγκλισης και Σταδιακής Εξόδου στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανθρώπινο Δυναμικό» και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

Ωστόσο, στα πλαίσια της Ιδιωτικής του πρωτοβουλίας οι τομείς που δραστηριοποιείται το «ΙΡΙΣ» είναι αυτοί που αναφέρονται παρακάτω:

Συστηματική ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση

Ατομικές βραχείες και μακρόχρονες ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπείες

Θεραπείες ζεύγους και οικογένειας

Ατομική ψυχοθεραπεία ψυχολογικών προβλημάτων παιδιών, εφήβων και γονέων

Αντιμετώπιση εξελικτικού τύπου προβλημάτων

Παρέμβαση στην κρίση

Αντιμετώπιση υποτροπών

Ψυχολογική βοήθεια και φαρμακευτική κάλυψη πάσχοντος

Ψυχολογική πλαισίωση όλου του οικογενειακού φάσματος του πάσχοντος

Εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Εφαρμογή προγραμμάτων καθοδήγησης και στήριξης του ατόμου στην προσπάθεια του να επιλέξει το επάγγελμα που του ταιριάζει ή να επιλύσει ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με το επάγγελμα

Ατομική συμβουλευτική συνέντευξη, χορήγηση και ερμηνεία τεστ, επαγγελματική πληροφόρηση.

Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση: Αν. Ρωμυλίας 4, 156 69, Παπάγου. Τηλέφωνο: 2106515555 / 2106395200. Φαξ: 2106515644 – 557. Email: info@iris-health.gr.

(<http://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=3>)

Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.)


Η Ε.Π.Α.Ψ.Υ., λειτουργεί τα τελευταία 25 χρόνια και προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα στα άτομα που πάσχουν από διάφορες ψυχικές διαταραχές, ενώ επίσης, προασπίζει τα δικαιώματά τους. Η Εταιρεία αυτή προσφέρει τις ακόλουθες υπηρεσίες: α) 14 στεγαστικές δομές, β) 2 κινητές μονάδες, γ) 1 κέντρο ημέρας, δ) γραφείο συνηγορίας, ε) κοινωνική υπηρεσία και στ) δίκτυο εθελοντών. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2108056920, email: www.me-psyxi.gr (http://www.epapsy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=523).


ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Στα πλαίσια της πτυχακής μας εργασίας με θέμα «Ψυχική Υγεία Εφήβων στα Σύγχρονα Αστικά Κέντρα», για το Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, διεξάγουμε έρευνα υπό την επιστημονική επίβλεψη του Δρ. Δρίτσα Ιωάννη, με σκοπό να διερευνήσουμε, αρχικά, την ικανότητα των εκπαιδευτικών α) να αναγνωρίζουν και β) να διαχειρίζονται θέματα ψυχικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία, αλλά και κατά πόσο η εκπαίδευσή τους, αποτέλεσε βοηθητικό παράγοντα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η συγκεκριμένη έρευνα, υλοποιείται με τις προδιαγραφές της τήρησης της ανωνυμίας και του απορρήτου και μόνο για εκπαιδευτικούς λόγους.


Ο Πρόεδρος Τμ. Κοινωνικής Εργασίας
Δρ. Δρίτσα Ιωάννης

Οι Σπουδάστριες

Κανελλοπούλου Νικολίτσα 

Λιάλη Χριστίνα 

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3ο ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α' ΜΕΡΟΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

Ηλικία:

22 – 30

31 – 40

41 – 50

51+

Σε τι σχολείο διδάσκετε; (Εάν διδάσκεται σε πάνω από ένα σχολείο, σημειώστε αυτό που βρίσκεστε τις περισσότερες ώρες)

Γυμνάσιο

Λύκειο

Τι θέση έχετε στο σχολείο που διδάσκετε;

Διευθυντής

Καθηγητής

Στο σχολείο εργάζεστε ως:

Μόνιμος εκπαιδευτικός

Αναπληρωτής

Πανεπιστημιακές Σπουδές (Εάν έχετε παραπάνω από ένα πτυχίο σημειώστε αυτό που αποτελεί την ανώτατη πιστοποίηση)

Πρώτο πτυχίο

Δεύτερο Πτυχίο

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Έτη προϋπηρεσίας στην εκπαίδευση:

0 – 4

5 – 10

11 – 20

21+

B' ΜΕΡΟΣ

Η ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΟΥΝ ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την ικανότητα να αναγνωρίζετε τις παρακάτω καταστάσεις στον έφηβο μαθητή. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει με βάση την κλίμακα (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3= Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης | | | | | |
| Αναγνώριση άγχους | | | | | |
| Αναγνώριση αυτοκτονικού ιδεασμού στον έφηβο | | | | | |
| Αναγνώριση ενδείξεων σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης | | | | | |
| Αναγνώριση μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες | | | | | |
| Αναγνώριση ρατσιστικής συμπεριφοράς | | | | | |

8.1 Κατά πόσο πιστεύετε ότι έχετε την ικανότητα να διαχειρίζεστε τα παρακάτω θέματα ψυχικής υγείας στον έφηβο μαθητή. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει με βάση την κλίμακα (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3= Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Διαχείριση καταθλιπτικής συμπεριφοράς | | | | | |
| Διαχείριση έντονου άγχους | | | | | |
| Διαχείριση ενδείξεων σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης | | | | | |
| Διαχείριση αυτοκτονικού ιδεασμού | | | | | |
| Διαχείριση μαθησιακών δυσκολιών | | | | | |
| Διαχείριση ζητημάτων εξάρτησης (ουσίες, δίκτυο) | | | | | |
| Διαχείριση του σχολικού εκφοβισμού (bullying) | | | | | |
| Διαχείριση μιας απώλειας (διαζύγιο, πένθος) στην εφηβεία | | | | | |
| Διαχείριση ρατσιστικών συμπεριφορών απέναντι στην διαφορετικότητα (πολύ πολιτισμικότητα, εμφάνιση) | | | | | |

Κατά πόσο πιστεύετε ότι η εκπαίδευση σας, σας προετοίμασε να διαχειρίζεστε τα παρακάτω θέματα ψυχικής υγείας στους έφηβους μαθητές. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει με βάση την κλίμακα (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3= Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Στρατηγικές διαχείρισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης έντονου άγχους | | | | | |
| Στρατηγικές αντιμετώπισης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης αυτοκτονικού ιδεασμού | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών δυσκολιών και προβλημάτων συγκέντρωσης | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης ζητημάτων εξάρτησης (ουσίες, διαδίκτυο) | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης του σχολικού εκφοβισμού (bullying) | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης μιας απώλειας (διαζύγιο, πένθος) στην εφηβεία | | | | | |
| Στρατηγικές διαχείρισης ρατσιστικών | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| συμπεριφορών απέναντι στην διαφορετικότητα (πολύ πολιτισμικότητα, εμφάνιση) | | | | | |
| Στρατηγικές για την δημιουργία κινήτρων προς την μάθηση | | | | | |

10. Συνολικά πιστεύετε ότι η εκπαίδευσή σας, σας προετοίμασε για να διαχειριστείτε αποτελεσματικά θέματα ψυχικής υγείας; (Εάν η απάντησή σας είναι «όχι», παρακαλούμε απαντήστε και στην ερώτηση 11).

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

11. Εφόσον θεωρείται πως η εκπαίδευσή σας δεν σας προετοίμασε για θέματα ψυχικής υγείας, προτείνετε άλλες επιμορφωτικές δράσεις.

A.....

B.....

Γ

Δ

E