

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και
αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης

**«The role of the nurse in the prevention and treatment of
adolescent depression»**

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΦΑΡΚΩΝΑ ΔΙΚΑΤΕΡΙΝΗ-ΤΑΞΙΑΡΧΟΥΛΑ

Πάτρα, 2018

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
Κεφάλαιο 1°	10
Κατάθλιψη	10
1.1. Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νόσων	11
1.2. Μορφές Κατάθλιψης	12
Κανονική, Υποκλινική και Κλινική Κατάθλιψη.....	12
1.3. Επιδημιολογία της Νόσου	16
1.4. Παράγοντες Ανάπτυξης της Νόσου	17
Κεφάλαιο 2°	20
Κατάθλιψη στην Εφηβεία.....	20
2.1 Η φύση της εφηβείας	21
2.2. "Απώλειες" με τις οποίες είναι αντιμέτωπος ο έφηβος.....	21
2.3. Έρευνα του φαινομένου στην Εφηβεία.....	22
2.4. Αίτια Εφηβικής Κατάθλιψης	24
2.5. Συμπτώματα της Νόσου	27
2.6. Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας ως παράγοντες ευθραυστότητας	28
2.7. Σχέση Κατάθλιψης στην Εφηβεία και αυτοκτονία	28
Κεφάλαιο 3°	30
Πρόληψη και αντιμετώπιση.....	30
3.1. Πρόληψη Εφηβικής Κατάθλιψης.....	31
3.2. Αντιμετώπιση Κατάθλιψης	32
3.3. Εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι.....	34
Κεφάλαιο 4°	40
Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	40
4.1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας	41
4.2. Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη	41
4.3. Προσόντα Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.....	42

4.4. Νοσηλευτής και Έφηβος.....	45
4.5. Νοσηλευτική φροντίδα στην Κατάθλιψη	47
4.6. Νοσηλευτική φροντίδα στον αυτοκτονικό ασθενή.....	50
4.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.....	52
4.8. Νοσηλευτική Διεργασία.....	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	61
Τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης για παιδιά και εφήβους.....	63
Βιβλιογραφία.....	64

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κας Παναγιώτας Βάτσιου. Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου για τη δυνατότητα που μου έδωσε να εκπονήσω υπό την επίβλεψή της την πτυχιακή μου εργασία, για το χρόνο που μου αφιέρωσε και την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε κάθε φορά που τη χρειάστηκα. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές Βάτσιου Παναγιώτα, Γεωργούση Παρασκευή και Μιχαλοπούλου Αντιγόνη, που αποτέλεσαν μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής και ήταν πρόθυμοι να με ακούσουν και να με συμβουλέψουν όποτε χρειάστηκε . Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένειά μου, των οποίων η πίστη σε εμένα αποτελεί πάντα αρωγό σε όλους τους στόχους και τα όνειρά μου.

Σας ευχαριστώ!!

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, χωρίς να κάνει διακρίσεις στο φύλο, την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση του καθενός. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους δέκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του. Η σημασία της κατάθλιψης δεν έχει να κάνει μόνο με τον αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν, αφορά και τον κίνδυνο της αυτοκαταστροφής, τις δυσκολίες δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων και επαγγελματικών δραστηριοτήτων και τις επιπτώσεις στην οικογένεια και ιδιαίτερα στους έφηβους. Όσο σοβαρές κι αν είναι οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο, δε συγκρίνονται με τον ψυχικό πόνο που βιώνει, ένας πόνος που συχνά ξεπερνά τα ανθρώπινα όρια αντοχής.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά τα μεγάλα ποσοστά ασθενών από κατάθλιψη, σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση και συχνά συγχέεται με παρεμφερείς ψυχικές διαταραχές. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η διάγνωση της κατάθλιψης είναι ακόμη δυσκολότερο να γίνει όταν πρόκειται για άτομο εφηβικής ηλικίας.

Σκοπός της εργασίας, είναι να διερευνήσουμε το ρόλο του νοσηλευτή που θα κληθεί να νοσηλεύσει έναν έφηβο με καταθλιπτική συμπεριφορά. Επίσης, διερευνούμε τα αίτια που οδηγούν τον έφηβο στην κατάθλιψη, να περιγράψουμε τα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπισή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή εργασία με τίτλο «Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης», πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας με σκοπό την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μου στο. Ο κυριότερος σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη ενός σημαντικού και έντονου προβλήματος που ταλανίζει τους εφήβους στην εποχή μας, αυτό της κατάθλιψης, καθώς και πώς ο νοσηλευτής υγείας μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Η εφηβική κατάθλιψη είναι ένα θέμα που απασχολεί πολλούς ειδικούς ψυχικής υγείας καθώς είναι μία νόσος στην οποία παρατηρείται ραγδαία αύξηση. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι πολύπλευρη και να συμμετέχουν όλες οι ειδικότητες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη ζωή του παιδιού.

Σε όλη την εργασία έχει τονιστεί το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, ο οποίος με τις γνώσεις του μπορεί να καθορίσει την εξέλιξη της νόσου για τον ασθενή, όπως επίσης και να κατευθύνει και να συμβουλευσει την οικογένεια του νοσούντος.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, εφηβεία, νοσηλευτής, πρόληψη, αντιμετώπιση

ABSTRACT

The current study entitled "The Role of the Nurse in the Prevention and Treatment of Adolescent Depression" was worked out at the Nursing Department of the Technological Educational Institute of Patras in order to complete my undergraduate studies. The main purpose of the study is to highlight an important and intense problem that affects teenagers in our time, depression, and how the health care nurse can actually help with mental illness.

Adolescent depression is a matter of concern to many mental health experts as it is a disease that is rapidly rising. The treatment must be multifaceted and all the experts that could improve the life of the child should be involved.

Throughout the study, it has been stressed how important is the role of the mental health nurse who, with his knowledge, can determine the progression of the disease for the patient, as well as direct and advise the patient's family.

Key words: depression, adolescence, nurse, prevention, treatment

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εφηβεία ονομάζεται η μεταβατική περίοδος στην ανάπτυξη του ανθρώπου, που μέσα από έντονες σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές μεταβαίνει από την παιδική ηλικία στην ώριμη ενήλικη ζωή³³.

Το κορυφαίο και πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας αποτελεί η ήβη, οισωματικές, δηλαδή αλλαγές που μεταμορφώνουν το παιδί σε ώριμο σεξουαλικά, ικανό για αναπαραγωγή ενήλικα. Οι σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εφηβεία είναι αποτέλεσμα μιας σειράς ενδοκρινικών μεταβολών και περιλαμβάνουν:

1. Ωρίμανση γεννητικών οργάνων.
2. Εμφάνιση-ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου.
3. Επιτάχυνση της κατά μήκος αύξησης.
4. Αλλαγές στη σύσταση του σώματος, στα όργανα και στις λειτουργίες του οργανισμού.

Κατά την εφηβική ηλικία, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του ατόμου, τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά και δεν είναι ανησυχητικά, αν μπορούμε να το πούμε έτσι. Χαρακτηριστική είναι η συναισθηματική αστάθεια με τις απότομες συναισθηματικές αλλαγές, κατά τις οποίες ο έφηβος τη μια στιγμή μπορεί να είναι χαρούμενος και την άλλη στιγμή να μελαγχολήσει. Επίσης οι έφηβοι παρουσιάζουν συχνές αλλαγές όσον αφορά τα ενδιαφέροντά τους, δείχνοντας μεγάλο πείσμα και ταυτόχρονα να υποτάσσονται εύκολα στις απαιτήσεις της ομάδας, που μπορεί να ανήκουν²⁰.

Η εφηβική ηλικία εκτός από μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και αντίστοιχων συμπεριφορών, θεωρείται η κατεξοχήν ηλικία, όπου λαμβάνουν χώρα εξελικτικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται με διαταραχές στη συμπεριφορά, αγχώδεις καταστάσεις, μαθησιακές δυσκολίες, άρνηση για το σχολείο³⁴.

Μια από αυτές τις διαταραχές είναι και η κατάθλιψη, η οποία είναι φυσιολογική μέχρι ενός σημείου στην εφηβεία. Στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει και αφορούν τις ψυχικές διαταραχές και κυρίως την κατάθλιψη στους εφήβους, είναι συγκλονιστικές, αφού δείχνουν ότι πάνω από το 20% των εφήβων έχουν συναισθηματικά

προβλήματα, ενώ το 1/3 των εφήβων που χρήζουν ψυχιατρικής παρακολούθησης, πάσχουν από κατάθλιψη³⁵.

Ο βασικότερος στόχος της εργασίας είναι να διατυπωθούν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την ανάδειξη της κατάθλιψης και κυρίως της εφηβικής κατάθλιψης που ταλανίζει όλο και περισσότερους εφήβους στην εποχή μας, καθώς και σχετικά με το πώς ο νοσηλευτής υγείας μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Η εργασία αποτελείται από 4 κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται γενικές πληροφορίες για τις ψυχικές νόσους, για τις μορφές κατάθλιψης καθώς και τους παράγοντες ανάπτυξης της νόσου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μιλάμε συγκεκριμένα για τη κατάθλιψη στη εφηβεία, ερευνώντας το φαινόμενο ως προς τα αίτια, τα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της εφηβείας και εν γένει ως προς τη φύση της εφηβείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο δίνουμε πληροφορίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της εφηβικής κατάθλιψης, αναφέροντας και κάποιες θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του.

Τελευταίο αλλά σημαντικότερο ,το τέταρτο κεφάλαιο, όπου γίνεται εκτενής ανάλυση για τον ρόλο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου, δίνοντας έμφαση στη σημασία του ρόλου του τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εντός της κλινικής όσο και εκτός αυτής. Τονίζεται οτι η συμβολή τους είναι εξέχουσας σημασίας γιατί μπορούν να καθορίσουν την εξελικτική πορεία της νόσου και επομένως και της ζωής του εφήβου.

Κεφάλαιο 1°

Κατάθλιψη

1.1. Ιστορική Αναδρομή Ψυχικών Νόσων

Ψυχικά νοσήματα υπήρχαν και πριν εμφανιστούν ψυχίατροι, νοσηλευτές ψυχικής υγείας και εγχειρίδια ταξινόμησης. Στις αρχές των ιστορικών χρόνων, η ψυχική ασθένεια θεωρούνταν ότι οφειλόταν σε υπερφυσικές δυνάμεις. Οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονταν σαν να είχαν καταληφθεί από δαιμονικές ή από θείες δυνάμεις. Η ύπαρξη τρυπημένων κρανίων που βρέθηκαν από αρχαιολογικές ανασκαφές σε διάφορα μέρη του κόσμου (σε Ευρώπη και Νότιο Αμερική) υποδεικνύουν την ιδέα μιας χειρουργικής επεμβάσεως που είχε σκοπό την απελευθέρωση του σώματος του υποκειμένου από τα κακά πνεύματα, τα οποία ,σύμφωνα με την πρωτόγονη αντίληψη, θεωρούνταν υπεύθυνα για ψυχιατρικές διαταραχές. Η ίδια θεωρία επικράτησε ως τα πρόθυρα της σύγχρονης εποχής στην Ευρώπη, η δοξασία ψυχοπαθολογικών πνευμάτων με τη μορφή δαιμόνων συναντιέται ακόμα και στις μέρες μας, και πολλά άλλα μέρη του κόσμου, με τραγικές συνέπειες για αμέτρητους ψυχιατρικούς αρρώστους¹.

Στην αρχαία ελληνική και ρωμαϊκή γραμματολογία επικρατεί η αντίληψη ότι ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα της δράσης δαιμόνων. Για αυτό ο ψυχικά άρρωστος είναι άτομο με θεϊκές ιδιότητες. Φυσικά εκφράζονται και διαφορετικές απόψεις. Ο Πλάτωνας στην *Πολιτεία* αντιμετωπίζει αρνητικά τους ψυχικά ασθενείς. Θεωρεί ότι πρέπει να κρατιούνται μακριά από τους υπόλοιπους πολίτες. Είναι δυνατόν να φυλακιστούν ή να θανατωθούν με απόφαση του δικαστή. Ο Αριστοτέλης μελέτησε με ορθολογικό τρόπο με βάση εμπειρικές μεθόδους τη συμπεριφορά των ασθενών, ενώ παρατηρούσε ότι η χρήση της μουσικής και του κρασιού μπορούν να δράσουν κατευναστικά².

Η τότε αποδεκτή θεωρία ήταν ο εξορκισμός ο οποίος περιλάμβανε διάφορες τεχνικές, άλλες ήπιες και άλλες βάρβαρες, όπως προσευχή, δημιουργία δυνατών θορύβων και την πόση ειδικών ποτών. Σε άλλες περιπτώσεις ο άρρωστος βυθιζόταν σε νερό, μαστιγωνόταν ή δεν έτρωγε για πολλές ημέρες προκειμένου το σώμα να γίνει "ένα λιγότερο άνετο οίκημα για το πνεύμα". Φυσικά ήταν επόμενο οι περισσότεροι ψυχιατρικά άρρωστοι να πεθαίνουν μετά από τέτοια μεταχείριση².

Κατά το Μεσαίωνα ο ελληνικός και ρωμαϊκός πολιτισμός ήταν στην παρακμή τους, οι εκκλησίες απέκτησαν μεγαλύτερη επιρροή και οι μοναχοί αντικατέστησαν τους γιατρούς ως θεραπευτές και ως αυθεντίες στην ψυχική διαταραχή. Κατά τη διάρκεια

αυτής της περιόδου υπήρξε επιστροφή στην άποψη ότι ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε υπερφυσικές αιτίες³.

Εξαίρεση αποτελούν οι Άραβες οι οποίοι με βάση τη μουσουλμανική πίστη, ότι δηλαδή ο ψυχασθενής είναι αγαπητός και διαλεγμένος από το Θεό, χρησιμοποιούν ανθρωπιστική αντιμετώπιση και δημιουργούν πρότυπα άσυλα για ψυχασθενείς⁴.

Η κατάθλιψη ονομάστηκε "μελαγχολία" από τον Ιπποκράτη, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της μαύρης χολής στο μυαλό. Τη χαρακτηρίζει κυρίως το αίσθημα της λύπης αλλά και όλα τα άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως: άγχος και συναισθήματα ενοχής, και συναισθήματα που δηλώνουν ψυχικό πόνο και απαισιοδοξία².

1.2. Μορφές Κατάθλιψης

Κανονική, Υποκλινική και Κλινική Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια πολύ σοβαρή ψυχική νόσος, αλλά και πιο εύκολη σήμερα πια στην θεραπεία της. Είναι ακατανόητο να υποφέρει ο σημερινός άνθρωπος από αυτή την πάθηση. Για να ζητήσει όμως ο πάσχων τη θεραπεία, θα πρέπει ο ίδιος να αναγνωρίσει και να παραδεχτεί ότι πάσχει από κατάθλιψη.

Στο ευρύ φάσμα η κατάθλιψη μπορεί να ποικίλει στην εκδήλωσή της από "κανονική" σε "υποκλινική" έως "κλινική". Η κανονική αναφέρεται στις μεταβολές του συναισθήματος που βιώνει ο καθένας και συνήθως εκφράζεται με το συναίσθημα της λύπης. Είναι συνώνυμη και με την κατάθλιψη η οποία αναφέρεται ως απλό σύμπτωμα και πέραν από τη λύπη λίγα ή κανένα άλλο σύμπτωμα δεν υπάρχει^{5,36}.

Η υποκλινική μορφή είναι σοβαρότερης μορφής και περιλαμβάνει οπωσδήποτε και άλλες εκδηλώσεις πέραν της λύπης. Παρόλο που μπορεί να γίνει οποιοσδήποτε συνδυασμός σημείων και συμπτωμάτων ο αριθμός δεν υπερβαίνει τα τρία ή τέσσερα, εάν είναι πάνω από τέσσερα τότε μιλάμε για κλινική κατάθλιψη. Η υποκλινική μορφή δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπεία γιατί συνήθως προκαλείται από διάφορα πιεστικά γεγονότα και αγχώδεις καταστάσεις στη ζωή του πάσχοντος και

υποχωρεί με την παύση αυτών. Αντιθέτως, η κλινική κατάθλιψη απαιτεί θεραπεία γιατί επηρεάζει τη λειτουργία του ατόμου^{5,37}.

· **Μονοπολική & Διπολική Κατάθλιψη**

Ένας από τους πιο αποδεκτούς διαχωρισμούς είναι και αυτός της διπολικής ή μονοπολικής κατάθλιψης. Στην "κλινική κατάθλιψη" μπορεί να παρουσιάζεται ή η διπολική ή η μονοπολική μορφή όπου στην πρώτη περίπτωση έχουμε εναλλαγή μανιακών με καταθλιπτικών επεισοδίων και ονομάζεται μανιοκαταθλιπτική νόσος, ενώ στην δεύτερη περίπτωση έχουμε μόνο καταθλιπτικές εκδηλώσεις³⁸.

Για να διαγνωσθεί η διπολική κατάθλιψη ένα και μόνο γνήσιο μανιακό επεισόδιο σε οποιοδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής του ατόμου, αρκεί ακόμα και αν το άτομο δεν έχει εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη. Μια άλλη μορφή της διπολικής κατάθλιψης είναι η διπολική II όπου τα άτομα βιώνουν καταστάσεις κατάθλιψης εναλλασσόμενες με καταστάσεις υπομανίας η οποία ορίζεται ως μια ήπια μορφή μανίας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η μονοπολική μορφή συμβαίνει σε μεγαλύτερες ηλικίες απ' ότι η διπολική και ότι η διπολική χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση για ύπνο κατά τη φάση της μανίας ενώ τα άτομα που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη παρουσιάζουν αϋπνία. Οι συγγενείς των ασθενών με διπολική κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από τη νόσο, σε σχέση με τους συγγενείς των μονοπολικών καταθλιπτικών ασθενών εύρημα το οποίο ενισχύει τη γενετική και βιολογική θεωρία^{6,39}.

· **Μείζων Καταθλιπτική Συνδρομή**

Η διάγνωση για μείζων κατάθλιψη τίθεται εάν ο ασθενής παρουσιάζει τουλάχιστον 5 συμπτώματα επί 2 εβδομάδες. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει άλλα συμπτώματα όπως παραισθήσεις επί απουσία των συναισθηματικών μεταβλητών, οπότε και η κατάθλιψη θεωρείται η πρωτοπαθής διάγνωση. Εάν παρουσιάζονται π.χ. παραισθήσεις, η κατάθλιψη θεωρείται δευτεροπαθής, αποτέλεσμα, δηλαδή, κάποιας άλλης διαταραχής ψυχολογικής ή σωματικής φύσης. Χαρακτηρίζεται από συνδυασμό συμπτωμάτων που επιφέρουν δυσλειτουργία του ατόμου στη δουλειά, τον ύπνο, τη μελέτη, το φαγητό, και σε δράσεις ή επιλογές που μέχρι πρότινος έδιναν ευχαρίστηση. Ενδέχεται να εμφανιστεί μια φορά στη ζωή ενός ατόμου ή και περισσότερες και σε διαφορετικές φάσεις ζωής⁵.

- **Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή**

Μια άλλη ενδιαφέρουσα υπό-κατηγορία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal affective disorder - SAD) η οποία ανέρχεται μεταξύ Οκτώβρη και Νοέμβρη και διαρκεί για 60 ημέρες. Πιθανολογείται ότι οφείλεται στις μεταβολές στην ποσότητα του φωτός, τις αλλαγές του κερκάδιου ρυθμού και παραγωγής μελανίνης. Επομένως, καθώς μειώνεται η διάρκεια της ημέρας, τα άτομα παραδίδονται σταδιακά στη νόσο και γι' αυτό μια θεραπεία που συνιστάται για τη SAD είναι η φωτοθεραπεία. Στην περίπτωση που η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (συνήθως χειμερινή) ακολουθείται από ανοιξιότικη υπομανία ταξινομείται ως διπολική II διαταραχή⁷.

- **Η Δυσθυμική Διαταραχή**

Θεωρείται μία πιο ήπια μορφή κατάθλιψης καθ' ότι παρουσιάζεται με λιγότερα συμπτώματα από ότι το μείζων επεισόδιο. Το απαραίτητο χρονικό διάστημα για να τεθεί η διάγνωση είναι: εκδήλωση των συμπτωμάτων για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, περισσότερες ημέρες εκδήλωσης των συμπτωμάτων από τις ημέρες μη-εκδήλωσης αυτών, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 ετών. Μοιάζει με τη λεγόμενη εξωγενή κατάθλιψη. Ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολικός, βαρύν ή έτοιμος να κλάψει, δυστυχής. Χαρακτηριστικά, η συναισθηματική κατάστασή του μεταβάλλεται εύκολα, από τη μια μέρα στην άλλη ή και μέσα στην ίδια ώρα. Ενώ μπορεί να κάνει τη δουλειά του και να αισθάνεται ήρεμος και αισιόδοξος, ξαφνικά αρχίζει να παραπονιέται ότι δεν τα καταφέρνει, εκφράζει οργή και απελπισία, του έρχονται δάκρυα ή ξεσπάει σε κλάμα. Συναισθήματα αυτομομφής, ανικανότητας, αναξιότητας & απαισιοδοξίας είναι κατά κανόνα μέσα στην κλινική εικόνα, ενώ δεν υπάρχουν ψυχοκινητικά ή παραληρητικά φαινόμενα. Εμφανίζεται ύστερα από κάποιο ιδιαίτερα ανεπιθύμητο γεγονός γι' αυτό και αναφέρεται και ως αντιδραστική κατάθλιψη. Το εκλυτικό γεγονός συνδέεται με κάποια απωθημένη ψυχοσύγκρουση και υπάρχει αρκετό άγχος. Η συνύπαρξη δυσθυμίας με μείζων κατάθλιψη ονομάζεται "διπλή κατάθλιψη" και ενώ υποχωρεί η μείζων μορφή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η δυσθυμία επιμένει⁷.

- **Κυκλοθυμία**

Η κυκλοθυμία στη διπολική κατάθλιψη είναι η αντίστοιχη της δυσθυμίας στη μονοπολική. Χαρακτηρίζεται ως χρόνια διαταραχή του συναισθήματος, διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών, η οποία εκδηλώνεται με αρκετά επεισόδια υπομανίας και συχνές περιόδους καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Όπως και με τη δυσθυμία, τα κριτήρια της κυκλοθυμίας δεν επαρκούν για να καταταγεί ως μανία ή μείζων κατάθλιψη αλλά συχνά επιφέρει σοβαρές επιπλοκές στην κατάθλιψη⁶.

- **Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη**

Μια άλλη διάκριση που μπορεί να γίνει είναι της ενδογενούς ή εξωγενούς κατάθλιψης. Εδώ αναφερόμαστε στην απουσία ή παρουσία κάποιου αντικειμένου εκλυτικού παράγοντα, όπως η απώλεια αγαπητού προσώπου ή μια σοβαρή προσωπική αποτυχία.

Η ενδογενής κατάθλιψη, χωρίς φανερή αιτία, παρουσιάζει πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία, πτώση βάρους, ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα, με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου μπορεί να υπάρχουν ένας ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με παρόμοια επεισόδια.

Η ανηδονία (anhedonia) είναι η μειωμένη ικανότητα για την αίσθηση της ευχαρίστησης και είναι ένα άλλο κοινό εύρημα της ενδογενούς ή μελαγχολικής κατάθλιψης. Το 1974 ο Klein πρότεινε τον όρο "**ενδογενομορφική κατάθλιψη**" για να χαρακτηρίσει μια πιο συγκεκριμένη κατηγορία της ενδογενούς κατάθλιψης η οποία παρουσιάζει σοβαρή ανηδονία λόγω βλάβης στο κέντρο που επεξεργάζεται τα αισθήματα ευχαρίστησης στον εγκέφαλο και εντοπίζεται στο αριστερό ημισφαίριο του μετωπιαίου λοβού⁸.

Ανηδονία παρατηρείται και στη μείζων, μονοπολική κατάθλιψη σε μεγάλο βαθμό και οι πάσχων από ενδογενομορφική κατάθλιψη είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ανηδονικοί από τους πάσχων από μη ενδόγενο μορφική μείζων κατάθλιψη.

Η αλεξιθυμία, (alexithymia) νεολογισμός που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο Πέτρο Συφναίο, αναφέρεται σε άτομα που αδυνατούν να περιγράψουν τα αισθήματά τους ή να εμβαθύνουν τις φαντασιώσεις τους. Η αλεξιθυμία παρατηρείται σε όλες τις μορφές κατάθλιψης. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για να

προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν ή προκαλούν αλεξιθυμία. Στο γενικό πληθυσμό βρέθηκε ότι σχετίζεται με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, με το να ζει κανείς μόνος του, με την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, πτωχές κοινωνικές ικανότητες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και με διαταραχές της συναισθηματικής ατμόσφαιρας στην οικογένεια κατά τα παιδικά χρόνια. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται σε αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες και οι αλεξιθυμικοί πάσχουν από μια γενική ψυχοπαθολογία, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές στις συνήθειες φαγητού πιο συχνά από τους μη-αλεξιθυμικούς ψυχιατρικούς ασθενείς⁹. Όσο για την απώλεια του ελέγχου που παρατηρείται, το άτομο που πάσχει από ενδογενή κατάθλιψη ενισχύει την αυτοπεποίθησή του και επιβραβεύει τον εαυτό του όταν συγκεντρώνεται σε θετικά, ενισχυτικά γεγονότα ενώ το άτομο που πάσχει από εξωγενή κατάθλιψη κατευθύνεται από εξωτερικές δυνάμεις όπως αυτός τις αντιλαμβάνεται όπως τύχη, ευκαιρίες και σε δυναμικούς χαρακτήρες. Στην εξωγενή κατάθλιψη, υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας. Η κατάσταση της έχει πολλά κοινά στοιχεία με την νευρωτική κατάθλιψη και όπως μ' εκείνη η έναρξή της είναι εύκολο να συνδεθεί με κάποια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα, σημαντική για τον ασθενή απώλεια, απόρριψη, ατυχία ή αποτυχία⁹.

· **Ψυχωτική και νευρωτική κατάθλιψη**

Μια άλλη μέθοδος ταξινόμησης, η οποία δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη, είναι αυτή που ταξινομεί την κατάθλιψη είτε ως "νευρωτική" είτε ως "ψυχωτική". Με την αυστηρή έννοια των ορισμών, η ψυχωτική κατάθλιψη αναφέρεται σε διαταραχή η οποία περιλαμβάνει παραισθήσεις ενώ στην νευρωτική αυτά απουσιάζουν. Με αυτό όμως τον διαχωρισμό, "χάνονται" οι άλλες μορφές κατάθλιψης¹⁰.

1.3. Επιδημιολογία της Νόσου

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη και ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται. Στη χώρα μας ο αριθμός αυτός υπολογίζεται σε 540.000 άτομα, κάθε χρονική στιγμή. Από τους ασθενείς αυτούς, σε

ένα ποσοστό 75% περίπου, δεν γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης επειδή είτε προσφεύγουν για βοήθεια σε γιατρούς που δεν έχουν εμπειρία σε θέματα ψυχικής υγείας, είτε δεν αναγνωρίζουν την κατάστασή τους ως πρόβλημα υγείας, με αποτέλεσμα βέβαια να μην υποβάλλονται σε θεραπεία. Η κατάθλιψη εμφανίζεται όλο και πιο συχνά σε ευαίσθητες ηλικίες, όπως στην εφηβεία. Ο πάσχων βιώνει τόσο δυσάρεστα όλη την κατάσταση που φτάνει στο σημείο να θεωρεί ως λύτρωση το θάνατο^{11,40,41}.

Ως προς το φύλο υπάρχει μια υπεροχή των κοριτσιών/γυναικών που παρουσιάζουν κατάθλιψη. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2015, με τη συμμετοχή ατόμων 15 ετών και άνω και στην οποία συμπεριελήφθησαν και ερωτήματα που αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων και κυρίως της κατάθλιψης, κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, εκ των οποίων οι 3 στους 10 ήταν άνδρες (32,8%) και οι 7 κορίτσια/γυναίκες (67,2%). Από την έρευνα βρέθηκε, επίσης, πως το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 1,7% από άλλες ψυχικές διαταραχές. Το 4,7% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου προ της διενέργειας της έρευνας, επισκέφθηκε ψυχίατρο ή ψυχολόγο για πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζε, εκ των οποίων το 3,2% ήταν άνδρες και το 6,0% ήταν γυναίκες^{12,42}.

1.4. Παράγοντες Ανάπτυξης της Νόσου

Πρωτίστως είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν υποδείξει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην εμφάνιση κατάθλιψης. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης :

- **Γενετικοί παράγοντες**

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το ευρέως αποδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος¹³.

- **Βιολογικοί παράγοντες**

Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας αποσκοπούν στο να ανεβάσουν την συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη να δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού¹³.

- **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που

δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν¹³.

Κεφάλαιο 2^ο

Κατάθλιψη στην Εφηβεία

2.1 Η φύση της εφηβείας

Είναι μια περίοδος κρίσεων και ανισορροπίας εξαιτίας αφενός των αλλαγών που συντελούνται στη φυσιολογία του σώματος και των ψυχολογικών του συνεπειών και αφετέρου, εξαιτίας της ανάγκης των νέων να πάρουν την τύχη τους στα χέρια τους. Αυτό που διαφέρει από έφηβο σε έφηβο, είναι το εύρος, η ένταση και οι μορφές της κρίσης καθώς και η λύση που δίνεται. Το βιολογικό μέρος της εφηβείας είναι η λεγόμενη ήβη. Πρόκειται για τις προπαρασκευαστικές βιοσωματικές αλλαγές που οδηγούν στη σεξουαλική ωρίμανση. Τα χρονικά όρια της εφηβικής ηλικίας δεν μπορούμε να τα προσδιορίσουμε ακριβώς γιατί εξαρτώνται από βιολογικούς και από κοινωνικούς παράγοντες. Σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσει την εφηβεία του, παίζουν οι εμπειρίες που έχει το άτομο τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Αυτό γιατί στα πρώτα χρόνια ζωής δημιουργούνται σταθερές και βαθιές συναισθηματικές σχέσεις με τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας και ενδοβάλλονται πρότυπα συμπεριφορών και ηθικές αξίες. Έτσι αναπτύσσονται ορισμένες συμπεριφορές στις διαπροσωπικές σχέσεις: εμπιστοσύνη στους άλλους, ντροπαλότητα, κοινωνικότητα, δυσπιστία και τρόπος αντιμετώπισης των δυσκολιών και των ματαιώσεων. Ανάλογα λοιπόν με την προηγούμενη ιστορία του εφήβου και με την τωρινή περιβαλλοντική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση στην οποία ζει, οι οργανικές και νοητικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να εξελιχθούν ομαλά ή να πάρουν τη μορφή σοβαρών προβλημάτων^{14,15}.

2.2. "Απώλειες" με τις οποίες είναι αντιμέτωπος ο έφηβος

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μέρος των διεργασιών της εφηβείας με εκείνες του πένθους. Ο έφηβος βιώνει αλλαγές και «απώλειες» που μπορούν να συγκριθούν με εκείνες της απώλειας αγαπημένου αντικειμένου ή προσώπου.

- **Απώλεια της παιδικότητας**

Σταματά να παίζει. Ξαφνικά τα παιχνίδια του δεν του προκαλούν το ενδιαφέρον. Τα αγγίζει και δεν αισθάνεται πλέον την ανάγκη να ασχοληθεί με αυτά. Δεν επιθυμεί να του φέρονται σαν παιδί, θέλει να δρα μόνος του αλλά δυσκολεύεται να αναλάβει

ευθύνες. Συγχρόνως όμως αναπολεί αυτή την ανέμελη ηλικία όπου όλα ήταν πιο απλά και γνώριμα. Δυσκολεύεται να διαφοροποιηθεί από τους συνομηλικούς του διότι αισθάνεται ότι και ο ίδιος δε γνωρίζει που βρίσκεται, ποια είναι η εικόνα του, αν θα τον απορρίψουν¹⁶.

- **Απώλεια του παιδικού σώματος και ανάδυση σεξουαλικότητας**

Ο έφηβος αντιμετωπίζει απότομες αλλαγές στο σώμα του, τόσο εσωτερικά, όσο και στην εξωτερική του εμφάνιση. Πολλές φορές νιώθει πόνο ή ενοχλήσεις που του είναι δυσάρεστες και απέναντι στις οποίες νιώθει ανήμπορος. Δε ξέρει πως να ντυθεί. Άλλες φορές φορά φαρδιά ρούχα έτσι ώστε να κρύβονται αυτές οι αλλαγές, άλλες φορές τις τονίζει υπερβολικά προκειμένου να "φωνάξει" στο περιβάλλον να τον προσέξει, να δείξει ότι δεν είναι ίδιος, ότι έχει την πρωτοβουλία να κάνει με τον εαυτό του ότι θέλει. Άλλες φορές πάλι φορά μαύρα προκειμένου να δείξει συμβολικά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Το σώμα σεξουαλικοποιείται, ξεκινούν οι σχέσεις με το άλλο φύλο, ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με την πραγματικότητα των σχέσεων, με απρόσμενα συναισθήματα και αισθήσεις που πολλές φορές δυσκολεύεται να διαχειριστεί¹⁶.

- **Απομυθοποίηση των κοινωνικών αξιών**

Μέσα απ' όλες αυτές τις αλλαγές σε ατομικό επίπεδο ο έφηβος ανακαλύπτει, αμφισβητεί και κρίνει την κοινωνία στην οποία καλείται να ζήσει ως ενήλικος, μια κοινωνία που δημιουργήθηκε από την προηγούμενη γενιά συμπεριλαμβανομένων και των γονιών του. Συχνά αισθάνεται αυτή τη πραγματικότητα ως εχθρική, απόμακρή, σκληρή και άδικη. Άλλες φορές νιώθει απογοητευμένος, απομονώνεται και αρνείται να εμπλακεί σ' αυτή τη σύμβαση, άλλες πάλι επιθυμεί κάτι να αλλάξει, να επαναστατήσει. Οι γονείς και το περιβάλλον πάλι δυσκολεύονται να αντιδράσουν σ' αυτές τις προκλήσεις και τις απότομες αλλαγές συμπεριφοράς¹⁶.

2.3. Έρευνα του φαινομένου στην Εφηβεία

Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι το παιδί είναι πάντα ευτυχισμένο ούτως ή άλλως, ότι δεν έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα. Όμως, ο έφηβος που κλείνεται στο δωμάτιο του και δεν θέλει να έρχεται σε επαφή με κόσμο είναι μια συνηθισμένη ενέργεια, την

οποίο το οικογενειακό περιβάλλον την ερμηνεύει λανθασμένα ως κάτι περιστασιακό της ηλικίας και έτσι αγνοεί τα σημάδια της κατάθλιψης που ολοένα και μεγαλώνουν.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, ο έφηβος αντιμετωπίζει απότομες αλλαγές στο σώμα του, τόσο εσωτερικά, όσο και στην εξωτερική του εμφάνιση. Δεν γνωρίζει αν είναι παιδί ή ενήλικας, γι' αυτό και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές εξάρσεις. Τον ενδιαφέρει περισσότερο η άποψη που έχουν οι άλλοι γι' αυτόν και η όποια αρνητική κριτική για εκείνον τον κάνει να νιώθει θλίψη και να κλείνεται στον εαυτό του ακόμη περισσότερο¹⁷.

Έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό του γυναικείου φύλου που πάσχει από κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο (Βλ. Έρευνα από Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2015 που έχει αναφερθεί στο 1^ο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, σελ.9), αυτό όμως συμπεραίνεται από διαγνωσμένες καταστάσεις που σημαίνει ότι οι γυναίκες αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και αναζητούν πιο εύκολα και πιο έγκαιρα τη βοήθεια των ειδικών¹⁷.

Η κατάθλιψη των εφήβων επηρεάζει σημαντικά και την επίδοσή τους ως φοιτητές μετέπειτα στις σχολές τους. Οι γονείς έχουν εδώ πάλι τον κύριο ρόλο να ενεργήσουν σωστά και έγκαιρα για να καταλάβουν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της διαταραχής. Στην περίπτωση που η εφηβική κατάθλιψη θεωρηθεί χρόνια και υποτροπιάζουσα διαταραχή, τότε θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του εφήβου και της οικογένειας. Η πρόωμη ανίχνευση της νόσου προστατεύει εγκαίρως το παιδί από τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της κατάθλιψης, οι οποίες επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής του και όλες τις σχέσεις του με το οικογενειακό, φιλικό, σχολικό περιβάλλον¹⁷.

Ένας άνθρωπος, και πόσο μάλλον ένας έφηβος, δεν έχει τον έλεγχο της ζωής του δεν μπορεί να αναπτύξει με ορθό τρόπο τη προσωπικότητά του και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης ώστε να αντικρούσει τα αρνητικά ερεθίσματα που οδηγούν στην κατάθλιψη. Βέβαια, τους μηχανισμούς αυτούς δεν τους αποκτά κανείς τυχαία αλλά μέσα από τις διεργασίες των γονιών και τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί ενθαρρύνουν την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του την οποία θα διατηρήσει και στη ενήλικη ζωή του. Η συζήτηση και κατανόηση του προβλήματος βοηθούν τον έφηβο να μην κλειστεί στον εαυτό του και στο "τέρας" της κατάθλιψης.

2.4. Αίτια Εφηβικής Κατάθλιψης

- **Γενετικοί παράγοντες**

Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης σε ένα παιδί ή έναν έφηβο όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας. Η παρουσία ενός καταθλιπτικού γονέα, πιθανόν διπλασιάζει τον κίνδυνο νόσησης για το παιδί. Εάν και οι δύο γονείς είναι ασθενείς, τότε το γεγονός αυτό τετραπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής της διάθεσης στο παιδί πριν τα 18 έτη, σε σύγκριση με τον κίνδυνο που έχουν τα παιδιά με γονείς που δεν έχουν πρόβλημα υγείας, που δεν είναι ασθενείς. Στην περίπτωση όμως της οικογένειας με ιστορικό κατάθλιψης, δεν θα πρέπει να αγνοούνται και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το παιδί. Οι οικογένειες των καταθλιπτικών χαρακτηρίζονται από εντονότερες συγκρούσεις, απόρριψη, προβλήματα στην επικοινωνία, μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων, λιγότερη υποστήριξη και αυξημένα ποσοστά κακοποίησης των παιδιών^{7,42}.

- **Βιολογικοί παράγοντες**

Οι διαταραχές της φυσιολογικής λειτουργίας των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη, η ντοπαμίνη, η ακετυλοχολίνη και το γ-αμινοβουτυρικόξύ) και η αυξημένη λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στον έφηβο^{7,42}.

- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Το περιβάλλον ενός έφηβου αποτελούν όλοι εκείνοι οι εξωτερικοί παράγοντες που τον επηρεάζουν. Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του, οι φίλοι, οι ερωτικές σχέσεις του, το σχολικό περιβάλλον, οι καθηγητές του μπορεί να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου εφηβικής ηλικίας. Αν το οικογενειακό περιβάλλον που ζει και αναπτύσσεται ένα παιδί είναι γεμάτο συγκρούσεις και διαπληκτισμούς, (ένας πατέρας που κτυπάει την μητέρα μπροστά στον έφηβο), αν το παιδί υφίσταται σωματική και ψυχολογική κακοποίηση, αν ακόμη στερείται υποστήριξης από τους γονείς τότε αυξάνεται ο κίνδυνος να εμφανίσει κατάθλιψη. Ακόμη ένα διαζύγιο, ο θάνατος, η αυτοκτονία ενός αγαπημένου προσώπου επηρεάζουν την εύθραυστη ψυχολογία του εφήβου.

Το εχθρικό σχολικό περιβάλλον, οι κακές σχέσεις και ο εμπαιγμός από συμμαθητές και συνομηλίκους αποτελούν συχνές αιτίες κατάθλιψης. Ακόμη και η αποτυχία σε σχολικές δραστηριότητες μπορούν να αποτελέσουν το γεγονός του θαυροδοτήσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Μία από τις σημαντικότερες αιτίες κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία αποτελεί και η ερωτική απογοήτευση. Οι σχέσεις του εφήβου με το άλλο φύλο είναι καθοριστικές για την ανάπτυξη και εξέλιξη μιας υγιούς προσωπικότητας. Η υπερσυγκέντρωση πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα και η απουσία ελεύθερων χώρων, η υπερκατανάλωση και το κυνήγι του κέρδους ως δείκτη προσωπικής επιτυχίας ή αποτυχίας, η μίμηση «άπιαστων» προτύπων εμφάνισης, οι ρυθμοί της καθημερινότητας και η συρρίκνωση του ελεύθερου χρόνου, η απαξίωση του σχολείου, η κατάχρηση των νέων τεχνολογιών (κινητή τηλεφωνία, ίντερνετ) είναι όλοι παράγοντες που εκθέτουν όλο και περισσότερο το σύγχρονο παιδί και έφηβο (όπως άλλωστε και τον ενήλικα) στις ψυχικές ασθένειες και ευνοούν την εκφόρτιση της ψυχικής έντασης στο σώμα, στις αυτοκαταστροφικές πράξεις, στην παραβατικότητα, στην εξάρτηση από ουσίες και στην κατάθλιψη^{7,43}.

· **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Η κατάθλιψη στην εφηβεία συνδέεται επίσης με φτωχές ικανότητες προσαρμογής και γνωσιακές δυσλειτουργίες. Οι έφηβοι που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητισμό εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη. Οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση^{7,43}:

- Ø Θεωρούν ότι δεν αξίζουν την προσοχή και τη φροντίδα των άλλων, αλλά ακόμα και όταν τη δέχονται την αντιμετωπίζουν καχύποπτα. Επαναπαύονται, ακόμα κι αν είναι οι καταστάσεις της ζωής τους είναι προβληματικές, και προτιμούν τη διαίωσή τους, παρά να πληρώσουν το τίμημα της αλλαγής.
- Ø Ο φόβος της απόρριψης κατατρέχει και οριοθετεί τις πράξεις τους. Όταν εμπλακούν σε κάποια συναισθηματική σχέση, γίνονται υπερβολικά ζηλόφθονες, εξαρτητικοί ή αναπτύσσουν μαζοχιστικά χαρακτηριστικά, φοβούμενοι ότι θα απολέσουν την αγάπη, που με τόση επίπονη υπέρβαση κέρδισαν.
- Ø Σπανίως γίνονται διεκδικητικοί. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση τους αποτρέπει από το να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες, να εμπλέκονται σε συγκρούσεις και να

υπερασπίζονται τις απόψεις τους, ακόμα κι όταν έχουν το δίκιο με το μέρος τους.

- Ø Επιζητούν την επιδοκιμασία των άλλων και εξαρτούν τη διάθεσή τους από αυτήν.
- Ø Παρά το ότι μπορεί να διαθέτουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, δεν μπορούν να επιλύσουν προβλήματα κοινωνικού περιεχομένου.
- Ø Ό,τι για τους υπόλοιπους δρα ως θετικός ενισχυτής, σε αυτούς είναι αδιάφορο. Είναι ανίκανοι να απολαύσουν τις μικροχαρές της ζωής, γεγονός που προοιωνίζει κατάθλιψη.
- Ø Αδυνατούν ή αρνούνται να αξιολογήσουν σωστά τις δυνατότητές τους και αισθάνονται αμηχανία, όταν οι άλλοι τους επαινούν. Υιοθετούν συμπεριφορές, για να γίνουν αρεστοί στους άλλους.
- Ø Έχουν χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη και επικοινωνία και προβλήματα.
- Ø Γίνονται επιθετικοί, όταν απειληθούν, ειδικά εάν διαθέτουν υψηλή φαινομενική αυτοεκτίμηση.
- Ø Κάθε ματαίωση στη ζωή τους είναι πηγή ανεξέλεγκτου άγχους, μελαγχολίας και αποσυντονισμού.
- Ø Είναι εξαρτημένοι από την οικογένειά τους και διατηρούν τη σχέση αυτή και μετά την ενηλικίωση.
- Ø Εκδηλώνουν συχνά νευρωτικές συμπεριφορές, όπως ροπή προς τον αλκοολισμό, τη χαρτοπαιξία, τα ναρκωτικά, τον υπερκαταναλωτισμό, τις σεξουαλικές ακρότητες και τον ηδονισμό.

Εικόνα 1: Έφηβη σε κατάθλιψη



Πηγή: <http://www.i-psyxologos.gr/efivia-katathlipsi/>

2.5. Συμπτώματα της Νόσου

Η έκφραση των συμπτωμάτων στους εφήβους διαφοροποιείται από αυτή των ενηλίκων. Στους εφήβους συνήθως εμφανίζεται ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά και χαμηλή επίδοση στο σχολείο.

Πιο συγκεκριμένα¹⁸:

- Ø **Προβλήματα ύπνου:** αϋπνία ή υπερυπνία, που συνδέονται με τη δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Ø **Προβλήματα διατροφής:** ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική απώλεια ή αντίθετα αύξηση του βάρους, χωρίς μεταβολή της διαίτας.
- Ø **Έλλειψη κινήτρων:** φαίνεται να μην έχουν στόχο και παρουσιάζουν ελλιπή ενέργεια που έχει ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα και να έχουν χαμηλές επιδόσεις.
- Ø **Έλλειψη ενδιαφερόντων:** έχουν έκδηλα μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, η οποία συχνά συνοδεύεται από κόπωση.
- Ø **Δυσκολία στη σκέψη:** παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή και έλλειψη πρωτοβουλίας.
- Ø **Ασυνήθιστη κούραση, ανία και παθητική στάση** και φαίνονται όλα άσκοπα ή μάταια.
- Ø Συχνά παρουσιάζουν αντιδράσεις τρομερού **εκνευρισμού, θυμού, εχθρότητας.**
- Ø **Θλίψη**, υπερευαισθησία, συχνό κλάμα, σημάδια κατάπτωσης.
- Ø **Αισθήματα αναξιότητας** ή υπερβολικής ή αναιτιολόγητης **ενοχής.**
- Ø **Κοινωνική απόσυρση και αντικοινωνική συμπεριφορά:** κλείσιμο στον εαυτό του και απομάκρυνση από φίλους και παρέες που είχε στο παρελθόν, συχνή απομόνωση.
- Ø Επίμονες **σκέψεις θανάτου, ιδέες αυτοκτονίας** ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Κάποιος έφηβος/έφηβη δεν είναι απαραίτητο να παρουσιάζει όλα αυτά τα συμπτώματα, για να θεωρηθεί ότι έχει κατάθλιψη. Αρκούν μόνο μερικά από τα συμπτώματα να υπάρχουν και να έχουν μια σταθερότητα και συνέχεια στο χρόνο.

2.6. Τα χαρακτηριστικά της εφηβείας ως παράγοντες ευθραυστότητας

Μεταξύ των κυριότερων τυπικών χαρακτηριστικών της εφηβείας που καθιστούν το άτομο ευάλωτο στις ψυχικές διαταραχές είναι τα ακόλουθα¹⁹:

- **Περιέργεια:** ωθεί τον έφηβο στην αναζήτηση νέων εμπειριών, όπως ριψοκίνδυνων δραστηριοτήτων με συνέπεια τους τραυματισμούς είτε τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
- **Συναισθηματική δυσφορία:** η προσπάθεια ανακούφισης του οδυνηρού συναισθήματος μπορεί να οδηγήσει στη χρήση ουσιών ως ένα είδος αυτοθεραπείας ή και στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- **Αυξημένη ευαισθησία ως προς την εικόνα του εαυτού:** μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές όπως αυτές της διατροφής (π.χ. ψυχογενής ανορεξία).
- **Ανάγκη αποδοχής από τους συνομηλίκους:** συντελεί στην απομάκρυνση του εφήβου από την οικογένεια και την προσκόλληση σε συμπεριφορές της ομάδας των φίλων που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχοσωματική του υγεία (ΕΙΕ, 2011).

Δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν τα όρια του φυσιολογικού από τοπαθολογικό στην περίοδο της εφηβείας. Για τους περισσότερους εφήβους οι αποκλίσεις στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά αποτελούν χαρακτηριστικά του εξελικτικού σταδίου της εφηβείας, τα οποία στη συνέχεια υποχωρούν ή εξαλείφονται.

Αν και στην πλειοψηφία των εφήβων οι καταστάσεις αυτές είναι παροδικές, σε άλλους αποτελούν πρόωπους προγνωστικούς δείκτες για την εμφάνιση νοσηρών καταστάσεων αργότερα στην εφηβεία αλλά και στην ενήλική ζωή. Η προστασία κατά της εξέλιξης των συμπεριφορών κινδύνου σε νοσηρές καταστάσεις προϋποθέτει την έγκαιρη αναγνώρισή τους και την έγκαιρη παρέμβαση.

2.7. Σχέση Κατάθλιψης στην Εφηβεία και αυτοκτονία

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας συνιστούν βασικά χαρακτηριστικά της εφηβείας και συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη. Έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών αυξάνει κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, διπλασιάζονται στην εφηβεία και φτάνουν στο 35% , ενώ ως προς το φύλο στις

απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει πάντα από μόνη της την αυτοκτονικότητα. Άλλοι παράγοντες όπως δομικά στοιχεία της προσωπικότητας (κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, αλκοολισμός, τοξικομανία και σωματική ασθένεια), γεγονότα ζωής(μετανάστευση, κοινωνική απομόνωση αλλαγή σχολείου, σχολική αποτυχία και ερωτική απογοήτευση) και οικογενειακά χαρακτηριστικά (ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, χωρισμοί, απουσία πατέρα) διακρίνουν τους αυτοκτονικούς έφηβους²⁰.

Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Αποτελεί την τελική και απελπισμένη προσπάθεια του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση του με τους άλλους.

Κεφάλαιο 3^ο

Πρόληψη και αντιμετώπιση

3.1. Πρόληψη Εφηβικής Κατάθλιψης

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Οι έφηβοι υψηλού κινδύνου, προέρχονται από οικογένειες μεκαταθλιπτικούς γονείς και μπορούν να ωφεληθούν από προληπτικά προγράμματα. Ακόμη, υποστηρίζεται ότι γνωστικού τύπου παρεμβάσεις σεμαθητές γυμνασίου έχουν προληπτική αξία, μειώνοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης για δύο περίπου χρόνια μετά την παρέμβαση²⁰.

Ο έφηβος έχει ανάγκη να νιώθει ασφάλεια και κυρίως ότι έχει γονείς που είναι δυνατοί και μπορεί να βασιστεί πάνω τους. Οπότε ως γονείς θα πρέπει να²¹:

- Ενθαρρύνετε τον έφηβο να σας εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, κάνοντάς τον να νιώθει ασφάλεια και αποδοχή από εσάς.
- Μάθετε τι εικόνα έχει για τον εαυτό του, αλλά και για το πώς βλέπει τη σχέση του με τους φίλους του.
- Αν απογοητεύεται για κάποια αδυναμία του σε κάποιο τομέα, εξηγήστε του ότι κανείς δεν είναι τέλειος παντού και ότι δεν πειράζει αν υστερεί κάπου.
- Προσανατολίστε τον έφηβο σε κάποια δραστηριότητα που του αρέσει και έχει καλές επιδόσεις για να ανέβει η αυτοπεποίθησή του.
- Βοηθήστε τον έφηβο να κοινωνικοποιηθεί και να έχει παρέες.
- Προσπαθήστε να μην του μεταφέρετε τα δικά σας προβλήματα, είτε αυτά είναι οικονομικά είτε προσωπικά.

Το βασικότερο σημείο της πρόληψης της εφηβικής κατάθλιψης είναι η αναγνώριση και η γενική παραδοχή του προβλήματος από τους μαθητές, τις οικογένειές τους, τους εκπαιδευτικούς. Με αυτό τον τρόπο η ανάπτυξη των προληπτικών μέτρων γίνεται εγκαίρως βοηθώντας έτσι στην εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, που έχει ως επακόλουθο την πιο ομαλή ενηλικίωση του εφήβου.

3.2. Αντιμετώπιση Κατάθλιψης

Το άτομο που υποφέρει μπορεί να βγει από αυτό, αλλά δεν θα τα καταφέρει μόνο του. Δεν φτάνει η θέλησή του ούτε η αγάπη και η καλή διάθεση της οικογένειας και των φίλων. Χρειάζεται βοήθεια. Οι άνθρωποι που τον αγαπούν μπορούν να αναγνωρίσουν έγκαιρα τα σημάδια και να προσπαθήσουν να τον καταλάβουν. Αν προσπαθήσουμε απλά να του φτιάξουμε το κέφι ή να τον πείσουμε ότι δεν είναι τίποτα και τον πιέζουμε να βγει έξω, να κάνει πράγματα όπως πριν αρρωστήσει τότε κάνουμε μεγαλύτερη ζημιά. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη έχουν την τάση έτσι κι αλλιώς να κατηγορούν τον εαυτό τους, με μαζοχιστικό τρόπο. Τον υποτιμούν κι έχουν ενοχές που γίνονται ανίκανοι, οπότε έτσι σιγουρεύονται ότι έχουν δίκιο και πέφτουν ακόμα περισσότερο.

3.2.1. Ψυχοθεραπεία

Η καλύτερη βοήθεια που μπορούμε να δώσουμε είναι να τον πείσουμε να απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας (ψυχολόγο-ψυχοθεραπευτή, ψυχίατρο) όπου μέσα από τη θεραπευτική σχέση που θα αναπτυχθεί θα ξαναβρεί σιγά σιγά τι πήγε στραβά, ποιο νόημα είχε αυτό το τέλμα, ποιο προσωπικό νόημα έχει η ζωή του. Θα έχει την ευκαιρία όχι μόνο για αυτογνωσία, αλλά και για ανάπτυξη νέων μηχανισμών και τρόπων αντιμετώπισης μέσω της θεραπείας, η οποία λειτουργεί ως επανορθωτική εμπειρία σε πρώιμους τραυματισμούς (πραγματικούς ή φαντασιωτικούς ανάλογα με το πώς έχουν αναπαρασταθεί ψυχικά από τον θεραπευόμενο).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης του εφήβου και του παιδιού¹⁷:

- οικογενειακή θεραπεία: η απομόνωση του εφήβου κατά τη θεραπεία δεν ενδείκνυται πλέον, έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία και η συμμετοχή των γονιών στις συνεδρίες βοηθά πολύ.
- ομαδική θεραπεία: μέσα από τη συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ατόμων της ίδια ηλικίας δημιουργείται μια θετική αλληλεπίδραση μεταξύ τους πετυχαίνοντας τον θεραπευτικό στόχο.
- συμπεριφορική θεραπεία: πρόκειται για μια μορφή εξαρτημένης μάθησης, όπου ο έφηβος επιβραβεύεται κάθε φορά που εμφανίζει μια επιθυμητή

συμπεριφορά και μ' αυτό τον τρόπο πετυχαίνεται η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και η ανάταξη της ψυχολογίας του.

- **θεραπεία περιβάλλοντος:** πρόκειται για μια θεραπεία η οποία λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια νοσηλείας του εφήβου σ' έναν χώρο ειδικό για τον έφηβο (π.χ. υπνοδωμάτιο), ώστε να είναι ένας χώρος προσιτός και ευχάριστος για εκείνον, με σκοπό την ανάπαυση και το θεραπευτικό κράτημα.
- **γνωσιακή ψυχοθεραπεία:** στοχεύει στη μείωση και εξάλειψη των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών μέσω αλλαγών στη συμπεριφορική και γνωσιακή διαδικασία.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στις πιο σοβαρές περιπτώσεις είναι απαραίτητη και η φαρμακευτική αγωγή, η οποία μπορεί να ανακουφίσει και να υποστηρίξει την ψυχοθεραπεία στην πιο αποτελεσματική λειτουργία της.

Αλλά η θεραπεία από μόνη της δεν δίνει μαγικές λύσεις, δημιουργεί τις αναγκαίες προϋποθέσεις για να ξαναπάρουμε το νήμα της ζωής κι όταν συμβεί αυτό, τότε επανακτούμε την ενεργητικότητα και είμαστε σε θέση να αξιοποιούμε διάφορους μηχανισμούς αποφόρτισης που επιτρέπουν αλλαγές στον μέχρι τότε τρόπο ζωής και επιδρούν θετικά στην ποιότητά της²².

3.2.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ονομάζεται η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος μέσω του εγκεφάλου για την πρόκληση γενικευμένων σπασμών. Η θεραπεία διενεργείται υπό γενική αναισθησία και μυοχαλάρωση. Ο ασθενής δέχεται ηλεκτρικό ρεύμα στις κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου, το ρεύμα ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα και προκαλείται επιληπτική κρίση. Τα φαινόμενα που σχετίζονται με την κρίση είναι και αυτά που έχουν την αντικαταθλιπτική δράση. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει φανατικούς υποστηρικτές αλλά και φανατικούς πολέμιους. Οι υποστηρικτές της την θεωρούν την αποτελεσματικότερη, ταχύτερη και μόνη μορφή σωτηρίας λόγω της άμεσης λειτουργίας της σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, εμφανίζει παρενέργειες, συχνότερες των οποίων είναι η παροδική απώλεια μνήμης και η σύγχυση (η οποία υποχωρεί συνήθως εντός 1 ώρας). Έχουν αναφερθεί θάνατοι κατά την διάρκεια εφαρμογής της θεραπείας που οφείλονται σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακές

διαταραχές. Λόγω της παλαιότερης κατάχρησης της ECT, σήμερα υπάρχει μία προκατάληψη σχετικά με τη χρήση της. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν έντονα και παρατεταμένα συμπτώματα που τους προκαλούν σωματική αναπηρία. Εφαρμόζεται κυρίως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή ή αδυνατούν να λάβουν φάρμακα, σε αυτούς που εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα και παραληρηματικές ιδέες. Επίσης εφαρμόζεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν άμεσο κίνδυνο αυτοκτονίας. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την ανταπόκριση του κάθε ασθενή. Η ECT πραγματοποιείται στο χώρο του νοσοκομείου τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα 2- 6 εβδομάδων. Το 50% των ασθενών εμφανίζει ύφεση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μετά από μια σειρά θεραπειών ηλεκτροσπασμοθεραπείας²³.

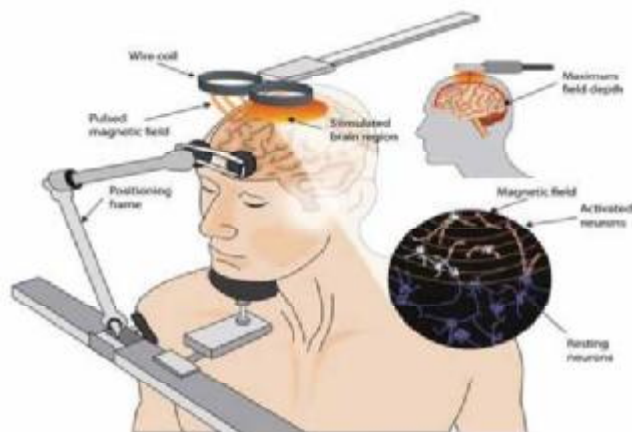
3.3. Εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι

Υπάρχουν θεραπευτικές μέθοδοι, η αποτελεσματικότητα των οποίων ερευνάται ακόμη. Αξίζει ωστόσο να γίνει αναφορά σε αυτές καθώς δίνουν ένα στίγμα των μελλοντικών κατευθύνσεων.

3.3.1. Διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS)

Πρόκειται για μια επεμβατική μέθοδο που προκαλεί αποπόλωση ή υπερπόλωση τους νευρώνες του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα μαγνητικό πεδίο που τονώνει τις αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η TMS μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, ανθεκτική στη φαρμακοθεραπεία. Σύμφωνα με τις πλέον πρόσφατες μεταanalύσεις, από τους ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη που βρίσκονταν ήδη υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα, και οι οποίοι έλαβαν επιπλέον θεραπεία με TMS, 35-40% πέτυχαν πλήρη ύφεση. Επιπλέον το θεραπευτικό αποτέλεσμα της TMS έχει αντίστοιχη διάρκεια με αυτό άλλων παρεμβάσεων, όπως της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, αφού περίπου 60% των ασθενών στους οποίους επιτεύχθηκε ύφεση αρχικά, συνέχισαν να βρίσκονται σε ύφεση τρεις μήνες μετά το τέλος των συνεδριών TMS. Υπάρχουν ωστόσο κίνδυνοι που εγκυμονεί η εφαρμογή της, σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι η συγκοπή και οι επιληπτικές κρίσεις²⁴.

Εικόνα 2: Διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS)



Πηγή: Κουμάκης Κ., (2017)

3.3.2. Ψυχοχειρουργική

Η εγχείριση του εγκεφάλου για την αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών είναι μια μέθοδος που χρονολογείται από τη δεκαετία του '30 και είναι εξαιρετικά αμφιλεγόμενη. Οι πρώιμες εγχειρήσεις, όπως οι λοβοτομές στις δεκαετίες του '40 και του '50, είχαν σοβαρότατες παρενέργειες, μεταξύ των οποίων και αλλαγές προσωπικότητας.

Η πρακτική σχεδόν εγκαταλείφθηκε όταν εμφανίστηκαν τα ψυχοφάρμακα, αν και μερικά ιατρικά κέντρα εξακολουθούν να κάνουν επεμβάσεις. Μια μελέτη, που δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2013 σχετικά με ένα τύπο ψυχοχειρουργικής, έδειξε ότι μόνο οι μισοί ασθενείς έδειξαν βελτίωση, ενώ ένας στους δέκα εμφάνισε σοβαρές παρενέργειες όπως παράλυση²⁵.

Εικόνα 3: Χειρουργείο εγκεφάλου



Πηγή : www.newsbeast.gr/

3.3.3. Βοτανοθεραπεία

Τα βότανα μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης και, κατ' επέκταση, στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ορισμένα από τα σημαντικότερα βότανα που διαθέτουν αντικαταθλιπτική δράση είναι και τα παρακάτω²⁶:

- Βαλσαμόχορτο (υπερικόν το διάτρητο): Πολυετές βότανο, για το οποίο υπάρχουν ισχυρά επιστημονικά στοιχεία ότι δρα κατά της κατάθλιψης (ήπιας έως μέτριας) και κατά της ανησυχίας. Λόγω των ουσιών που παράγονται στα κίτρινα άνθη του, όπως η υπερικίνη, λειτουργεί ως ήπιο ηρεμιστικό.
- Βρώμη: Από τα πολύ σημαντικά «όπλα» κατά της κατάθλιψης, της εξάντλησης και της αϋπνίας. Θεωρείται ένα από τα πολύ καλά τονωτικά του νευρικού συστήματος, χάρη στις βιταμίνες που περιέχει και τη λεγόμενη «τανίνη».
- Λεβάντα: Ευεργετική στην απαλλαγή από την κατάθλιψη, ειδικά αν χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλα βότανα, όπως το δεντρολίβανο, η κόλα και η σκουτελλάρια.
- Δεντρολίβανο: Σε ένα φλιτζάνι ζεστό νερό, προσθέτουμε ένα κουταλάκι του γλυκού αποξηραμένα φύλλα δεντρολίβανου και τα αφήνουμε για 10 λεπτά. Αφού το σουρώσουμε, το πίνουμε.
- Νταμιάνα: Κατάλληλη για την εξασθένηση του οργανισμού, την κατάθλιψη και τον λήθαργο. Θεωρείται ευρύτερο τονωτικό του νευρικού συστήματος.

- Σκουτελλάρια: Χαλαρώνει από τη νευρική ένταση, ενώ ταυτόχρονα ανανεώνει και αναζωογονεί το κεντρικό νευρικό σύστημα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις καταστάσεις κατάθλιψης ή εξάντλησης.
- Κάρδαμο: Λειτουργεί ευεργετικά στις περιπτώσεις που η κατάθλιψη συνοδεύεται με μεγάλη ένταση και θυμό. Η ευχάριστη μυρωδιά του καρδάμου απαλύνει τα νεύρα.
- Βερονίκη (*Veronica officinalis*): Πολύ βοηθητική για την αντιμετώπιση της νευρικής που οφείλεται σε διανοητική υπερκόπωση. Πίνεται ως αφέψημα.
- Φασκόμηλο: Τονωτικό, διεργετικό. Βοηθά στις περιπτώσεις κατάθλιψης που συνοδεύονται από έντονη ατονία.
- Μέντα: Αποδεικνύεται αποτελεσματική σε περιπτώσεις νευρικών διαταραχών και αϋπνίας. Μπορεί να καταναλωθεί ως αφέψημα, αλλά και ως ωραίο αρωματικό στη σαλάτα.
- Άγριο θυμάρι (*Thymus serpyllum*): Ανακουφίζει από την ήπια κατάθλιψη. Τοποθετούμε 200 γραμμάρια του αποξηραμένου φυτού σε 6 λίτρα κρύο νερό και το αφήνουμε όλη τη νύχτα. Το πρωί το ζεσταίνουμε, το στραγγίζουμε και το προσθέτουμε στο νερό του μπάνιου μας. Μένουμε στο νερό για 20 λεπτά και μετά, χωρίς να σκουπιστούμε, τυλιγόμαστε σε ένα μπουρνούζι και ξαπλώνουμε για μία ώρα, για να ιδρώσουμε.
- Ύσσωπος: Ηρεμιστικό, χαλαρωτικό, ιδανικό για άτομα με κατάθλιψη που εκδηλώνεται με ένταση και νεύρα.
- Ελευθερόκοκκος: Αυξάνει την αντοχή του οργανισμού στις περιπτώσεις εξάντλησης και κατάθλιψης.
- Τζίνσενγκ: Τονωτικό, κατάλληλο για εξασθενημένους οργανισμούς. Ιδανικό για την ατονία από κατάθλιψη.
- *Rhodiola Rosea*: Μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά σε περιπτώσεις κατάθλιψης και κούρασης, καθώς ενισχύει τη μνήμη, την αντοχή και τη διανοητική ικανότητα. Εμφανίζεται να λειτουργεί με τον επηρεασμό των βασικών χημικών ουσιών του

κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη. Πάντα χρησιμοποιούνται υπό την επίβλεψη ειδικού γιατρού.

Εικόνα 4: Φυσικά αντικαταθλιπτικά βότανα



Πηγή: <http://enallaktikidrasi.com/>

3.3.4. Φυσική άσκηση

Τα συμπεράσματα επιδημιολογικών μελετών και εξειδικευμένων αναλύσεων δείχνουν ότι τα άτομα που ασκούνται συστηματικά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα που κάνουν καθιστική ζωή. Σε μετα-ανάλυση του North και συνεργατών (1990) εξετάστηκαν 80 μελέτες οι οποίες απέδωσαν 290 μεγέθη επίδρασης με αποτέλεσμα -0.53 , σημαντικά διαφορετικό από το μηδέν. Αυτό σημαίνει ότι μειώθηκαν σημαντικά οι τιμές της κατάθλιψης μετά την άσκηση, σε όλα τα είδη άσκησης, ακόμα και σε αναερόβια. Η επίδραση της άσκησης στην κατάθλιψη ήταν διαφορετική για ημερήσιες ασκήσεις και προγραμμάτων άσκησης μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας, αλλά και οι δύο διαδικασίες άσκησης ήταν αποτελεσματικές στη μείωση της κατάθλιψης. Τα καλύτερα αποτελέσματα ήταν στους ασθενείς και στο ευρύτερο κοινό, και τα μικρότερα στους μαθητές και φοιτητές. Η άσκηση ήταν εξίσου αποτελεσματική με την ψυχοθεραπεία στη μείωση της κατάθλιψης. Σημαντική είναι η διαπίστωση ότι τα καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό άσκησης και ψυχοθεραπείας. Για παράδειγμα, άτομα τα οποία παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής σε συνδυασμό με άσκηση (τρέξιμο τρεις φορές την εβδομάδα, επί 20 λεπτά τη φορά, με ένταση και διάρκεια που καθόριζε το κάθε άτομο μόνο του, ανάλογα με τη φυσική του κατάσταση) είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση της κατάθλιψης σε σύγκριση

με άλλα άτομα που παρακολούθησαν μόνο το πρόγραμμα συμβουλευτικής. Έρευνες σε ασθενείς έδειξαν επίσης θετικά αποτελέσματα. Σε μια εργασία ανασκόπησης των Simonsetal. (1985) αναφέρεται ότι οι 7 μελέτες, οι οποίες έγιναν σε ασθενείς και οι οποίες ικανοποίησαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση, παρουσίασαν ενδείξεις ότι η άσκηση ήταν ένα αποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό μέσο. Το μέγεθος των μεταβολών που προκάλεσε η άσκηση στους ασθενείς μπορούσε να συγκριθεί με εκείνο των άλλων θεραπευτικών μεθόδων. Κατά τον Martinsen (1987) τα αποτελέσματα 3 όλων των ερευνών που έγιναν με αυστηρά κριτήρια δείχνουν ότι η αερόβια άσκηση είναι ένα ωφέλιμο αντικαταθλιπτικό μέσο, το οποίο μπορεί να συμπεριληφθεί στην ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η εφαρμογή ενός προγράμματος αερόβιας άσκησης εννέα εβδομάδων, τρεις φορές την εβδομάδα, επί μια ώρα κάθε φορά, είχε θετική επίδραση στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη. Η ένταση του προγράμματος ήταν από 50-70% της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (μέτρια έως υψηλή ένταση) και η ηλικία των ατόμων που συμμετείχαν 17-60 ετών. Στην έρευνα του Martinsen δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ των διαφόρων ειδών θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων και μεθόδων ψυχοθεραπείας. Ο Martinsen αναφέρεται σε ελαφρές έως μέτριες μορφές κατάθλιψης. Δεν υπάρχουν δεδομένα ότι η άσκηση μπορεί να είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση στην ενδογενή κατάθλιψη. Επίσης, η βαριά κατάθλιψη, συνήθως, απαιτεί επαγγελματική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτές τις περιπτώσεις η άσκηση χρησιμοποιείται ως βοηθητικό μέσο. Σε μερικές περιπτώσεις η άσκηση δημιουργεί καλές προϋποθέσεις για περιορισμό ή παύση της φαρμακευτικής αγωγής. Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της κατάθλιψης που είναι αποτέλεσμα μιας μετεγχειρητικής διαδικασίας, όπως π.χ. μετά την εγχείριση ανοιχτής καρδιάς, διότι αυτή συμβάλλει στην αποκατάσταση της φυσικής βλάβης και επί πλέον αποκαθιστά στο άτομο τη χαμένη ή μειωμένη σωματική αυτοπεποίθηση. Με άλλα λόγια, βοηθάει το άτομο να επιστρέψει στη φυσιολογική του κατάσταση και να αναλάβει ρόλο στην κοινωνία. Γενικά, η μείωση της κατάθλιψης που παρατηρείται μετά από άσκηση μακράς διάρκειας, θα μπορούσε να συνδεθεί με την παράλληλη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης²⁷.

Κεφάλαιο 4^ο

Ο ρόλος του νοσηλευτή

4.1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας

Οι περισσότεροι άνθρωποι αν ερωτηθούν να καθορίσουν τον ρόλο του νοσηλευτή, θα απαντήσουν ότι ένας νοσηλευτής “περιποιείται τους ασθενείς”, “φροντίζει τους ασθενείς” ή κάτι παρόμοιο. Οι ορισμοί είναι σωστοί αλλά έχουν την τάση να τονίζουν τον παθητικό ρόλο του ασθενούς . Ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν κάποιος που δέχεται φροντίδα, περιποίηση και θεραπεία χωρίς καμία προσπάθεια από μέρους του. Το μόνο που κάνει είναι να ακολουθεί τις οδηγίες χωρίς να τις συζητά. Η βασική θέση για το ρόλο των νοσηλευτών έχει σχέση με το σκοπό της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Παρόλο που το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα ποικίλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Η ανάπτυξη αυτή έχει σχέση με την σωματική, τη συναισθηματική, τη διανοητική και την κοινωνική εξέλιξη των νεαρών ατόμων. Οι νοσηλευτές πιστεύουν πως ο σκοπός της δράσης τους σε αυτούς τους τομείς είναι η ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης. Ιδιαίτερη αναφορά όμως πρέπει να γίνει και στο ρόλο του νοσηλευτή όχι μόνο σαν θεραπευτή αλλά και σαν υπερασπιστή του ψυχικά ασθενούς. Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να λειτουργήσει ως συνήγορος του ψυχικά ασθενούς, όπου και αν βρίσκεται. Οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα είναι τόσο ευάλωτοι και μπορεί να έχουν επηρεαστεί σε τέτοιο βαθμό από την νόσο ώστε να μη μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά. Χρειάζονται βοήθεια και καθοδήγηση ώστε να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπευτικών παρεμβάσεων και την οικονομική τους κάλυψη. Είναι καθήκον του νοσηλευτή να καθοδηγήσει τον ασθενή ώστε αυτός να λάβει την καλύτερη δυνατή φροντίδα αλλά και μέριμνα. Πρέπει να έρθει σε επαφή με δομές που μπορούν να στηρίξουν τον ψυχικά ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο²⁸.

4.2. Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη

Το πρωταρχικό βήμα για την πρόληψη της ψυχικής νόσου είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και η προσπάθεια για την ελαχιστοποίηση τους, έχοντας όμως κατά νου ότι μερικοί παράγοντες, όπως οι γενετική προδιάθεση, δεν είναι δυνατό να

μεταβληθούν. Υπάρχουν ωστόσο άλλοι πουμπορούν να τροποποιηθούν χάρη στην έγκαιρη πρόληψη. Υπάρχουν τρεις τύποι πρόληψης²⁹:

- Η **πρωτογενής πρόληψη** εφαρμόζεται σε άτομα υγιή και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την κατάχρηση ουσιών.
- Η **δευτερογενής πρόληψη** αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί από ένα νόσημα. Στόχος είναι να αναγνωριστούν τα συμπτώματα και να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά νωρίς, ώστε να προληφθούν οι δυσμενείς συνέπειες του νοσήματος. Ένα παράδειγμα αποτελεί ο προληπτικός έλεγχος για κατάθλιψη, πριν ο καταθλιπτικός έφηβος εγκαταλείψει το σχολείο ή επιχειρήσει να βάλει τέλος στην ζωή του.
- Η **τριτογενής πρόληψη** αφορά άτομα που έχουν προσβληθεί σοβαρά από μια ψυχική διαταραχή. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν να αναρρώσουν και να προληφθεί περαιτέρω αναπηρία. Παράδειγμα αποτελεί ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας και νοσηλείας, που κρατά τους ψυχικά νοσούντες νέους μακριά από ιδρύματα.

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

4.3. Προσόντα Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζειέναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ονοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ένας νοσηλευτήςνα μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής,πρέπει να έχει προσόντα τα οποία να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, ανθέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως³⁰:

- Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου
- Προστασία της αξιοπρέπειάς του
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο
- Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος
- Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά
- Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο
- Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια
- Αίσθημα υπευθυνότητας
- Ψυχική υγεία
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή

Οι τομείς, στους οποίους θα φανούν τα προσόντα των νοσηλευτών είναι³⁰:

- α) η παρατήρηση
- β) ο τρόπος νοσηλείας
- γ) η ψυχοθεραπεία
- δ) η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς

α) Η παρατήρηση: Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η παρατήρηση. Ο νοσηλευτής ο οποίος είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Βέβαια για να το κάνει σωστά θα πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα. Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές της συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις αλλά και αν διατηρεί τη διάνιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς.

β) Ο τρόπος νοσηλείας: Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες διεργασίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται πως μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη για αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Το πρώτο και κύριο βήμα του νοσηλευτή είναι να διευκρινίσει στον ασθενή τον λόγο για

τον οποίο γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει . Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί , έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση φυσικά πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς. Επιπλέον ο σωστός νοσηλευτής πρέπει να είναι ειλικρινής. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Για αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδείξει τη δεξιοτεχνία που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε.

γ) Ο ρόλος του νοσηλευτή ως ψυχοθεραπευτή: Πρέπει να αναπτυχθεί αρχικά κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, για να μπορεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφαλής και να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή. Ένας γενικός κανόνας για την επιτυχία της επικοινωνίας είναι η ενθάρρυνση του άρρωστου από μέρους του νοσηλευτή να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση. Στην επικοινωνία με τον άρρωστο ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη σιωπή. Συχνά ο άρρωστος στην προσπάθειά του να έχει συνεχή επικοινωνία μαζί του για να διατηρεί το ενδιαφέρον του νοσηλευτή αμείωτο νιώθει να πιέζεται. Ο νοσηλευτής μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του άρρωστου δίνοντάς του το μήνυμα ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει. Η επικοινωνία επιδρά θετικά ή αρνητικά στους ανθρώπους. Όταν μεταβιβάζει μηνύματα όπως ελπίδας, αισιοδοξίας, ψυχολογικής ενίσχυσης, μπορεί να χρησιμεύσει σαν θεραπευτικό μέσο. Αν όμως εκδηλώσει κριτική και απόρριψη μπορεί να προκαλέσει άγχος, ψυχικά τραύματα μέχρι και ψυχικές διαταραχές. Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα: με την ομιλία, τον τόνο της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση (βλέμμα, μορφασμούς) έχει κεντρική θέση στη ζωή του ανθρώπου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σ' όλα τα θέματα υγείας και κυρίως της ψυχικής υγείας. Η βάση όμως για μια επιτυχημένη θεραπευτική επικοινωνία είναι η αποδοχή. Αποδοχή σημαίνει ενδιαφέρον για τον άρρωστο, ανεξάρτητα από την κατάσταση και την συμπεριφορά του. Σημαίνει ότι ο νοσηλευτής βλέπει τον άρρωστο σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο, που το βοηθάει να ανακουφισθεί από τη συναισθηματική του ένταση και πίεση..

δ) Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους για τη προσωπική τους

ασφάλεια αλλά και για την ασφάλεια της κοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ακολουθούν την τυπική οδύσειαγωγής στην κλινική. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι υποχρεωμένος να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί. Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει, παραβαίνει το καθήκον του. Ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πολλές φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια.

4.4. Νοσηλευτής και Έφηβος

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο σε άτομα εφηβικής ηλικίας και να τους βοηθήσουν σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο. Τα άτομα τα οποία χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης είναι²⁹:

- Άτομα που βιώνουν μια προσωρινή κρίση και έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη
- Κακοποιημένοι, θυμωμένοι, νευρικοί έφηβοι
- Ανύπαντρες έφηβες
- Έφηβες σε εγκυμοσύνη
- Χρηστές ναρκωτικών ουσιών
- Εθισμένα στο αλκοόλ
- Εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας

Ακόμη ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να είναι χρήσιμος σε²⁹:

- Σχολεία
- Φύλακες
- Προγράμματα αποτοξίνωσης
- Προγράμματα επανένταξης σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Κοινότητες

- Οικογένειες έφηβων

Ο νοσηλευτής ως ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει έναν έφηβο κάνοντας ατομική ψυχοθεραπεία (νοσηλευτής-έφηβος). Μερικές φορές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε με αυτόν τον τρόπο να κάνει πιο εύκολη τη συνεννόηση με τον έφηβο. Παρόλα αυτά ο έφηβος διακατέχεται από το φόβονα μιλήσει εμπιστευτικά στο νοσηλευτή. Ορισμένοι έφηβοι στο πρόσωπο του νοσηλευτή βλέπουν ένα είδος εξουσίας και έτσι αντιδρούν αρνητικά σε όποια προσπάθεια γίνεται για επικοινωνία μεταξύ τους. Σε αυτή τη περίπτωση η λύση για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής από πλευράς του νοσηλευτή είναι να χρησιμοποιήσει την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό πάντα με την ατομική ψυχοθεραπεία. Τις περισσότερες φορές η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται με άλλα παιδιά. Θεωρώντας πως η αναγνωρισιμότητα είναι πολύ σημαντική στην εφηβική ηλικία η ομάδα έχει την ικανότητα να παρέχει βοήθεια για τη λύση των προβλημάτων και την επίτευξη της αλλαγής του έφηβου. Ακόμα η συνύπαρξη πολλών έφηβων μαζί μπορεί να οδηγήσει στη λύση της διαμάχης που μπορεί να υπάρξει στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Τέλος σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία του εφήβου παίζει και η οικογένεια. Έτσι λοιπόν ο συνδυασμός της οικογένειας με τον νοσηλευτή και τον έφηβο θα αποτελέσει σημαντικό κομμάτι ώστε να βοηθηθεί ο έφηβος. Καθώς το παιδί μεγαλώνει και γίνεται έφηβος οι γονείς ανησυχούν ολοένα και περισσότερο για την ασφάλεια του. Ακόμη μπορεί να νιώθουν οι γονείς την απόρριψη επειδή δεν είναι πια τόσο απαραίτητοι για τους εφήβους. Έτσι αρκετοί γονείς οι οποίοι έχουν σχετικά φυσιολογικούς εφήβους ζέρχονται σε δυσχερή θέση, παρόλα αυτά μπορούν να παρηγορηθούν και να ναυποστηριχτούν από ειδικούς ψυχικής υγείας. Απ' την άλλη πλευρά όμως πολλοί έφηβοι αντιμετωπίζουν όντως περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία καθιστούν τους γονείς ανήμπορους να τα βοηθήσουν νιώθοντας έτσι απελπισμένοι και απογοητευμένοι.

Τα αισθήματα αυτά μπορούν να αυξηθούν στους γονείς αν το παιδί τους χρήζει νοσηλείας. Ωστόσο έρευνες δείχνουν πως ένας έφηβος μπορεί να γίνει καταθλιπτικός και να χρειάζεται ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία όταν το κλίμα μεταξύ του έφηβου και των γονιών του δεν είναι φιλικό αλλά εχθρικό αφού διαπληκτίζονται σε καθημερινή βάση, οι γονείς παραμελούν και δε στηρίζουν το παιδί τους στις προσπάθειες του.

Επομένως, πολλές φορές το μόνο που χρειάζεται από τον νοσηλευτή είναι απλά μια φιλική συζήτηση μεταξύ των μελών της οικογενείας και του εφήβου αν δεν απαιτείται η εισαγωγή του σε νοσοκομείο²⁹.

4.5. Νοσηλευτική φροντίδα στην Κατάθλιψη

Το σχέδιο φροντίδας με χρήση νοσηλευτικής διεργασίας ενός εφήβου με κατάθλιψη μοιάζει με αυτό του ενήλικα. Ο νοσηλευτής ωστόσο θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εφηβείας κατά τη διάρκεια της εκτίμησης, της διάγνωσης του σχεδιασμού και της εφαρμογής και της αξιολόγησης. Ο εκρηκτικός εφηβικός χαρακτήρας και η διάθεση αμφισβήτησης και ανυπακοής μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το σχέδιο φροντίδας του καταθλιπτικού εφήβου.

Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα για παιδί με κατάθλιψη αφορούν³¹:

- Την παρούσα ψυχική κατάσταση (δηλαδή την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, τις διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, τη διεργασία και το περιεχόμενο της σκέψης, την εμφάνιση, το λόγο, τον προσανατολισμό, τη διατήρηση ή μη της βλεμματικής επαφής, τη δυνατότητα εκφραστικότητας, την προσοχή, τη μνήμη και τη συγκέντρωση)
- Το ιστορικό της παρούσας κατάστασης (όπως είναι η έναρξη και το εκλυτικό αίτιο)
- Το οικογενειακό ιστορικό (όπως προβλήματα υγείας στην οικογένεια, τρόπος καθημερινής ζωής και συνήθειες)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού (προηγούμενες νοσηλείες, παρακολούθηση από παιδοψυχίατρο)
- Το κοινωνικό ιστορικό
- Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει το παιδί
- Τον προσδιορισμό από το ίδιο το παιδί της παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει
- Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάστασή του
- Τον τρόπο αντιμετώπισης από το καταθλιπτικό παιδί αυτών των παραγόντων
- Το επίπεδο κατανόησης του παιδιού για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του σε παιδοψυχιατρική κλινική

Η προσεκτική εκτίμηση από το νοσηλευτή όλων των συμπεριφορών του παιδιού είναι αναγκαία, για να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, για να εντοπίσει τα προβλήματα που βιώνει το παιδί, τόσο από τη καταθλιπτική διάθεση, όσο και από την προσαρμογή και ένταξή του στο περιβάλλον της κλινικής. Τα προβλήματα και οι ανάγκες διατυπώνονται σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, που ο νοσηλευτής αναφοράς καταγράφει στα έντυπα νοσηλείας του νοσηλευόμενου παιδιού. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει με λεπτομέρεια τα προβλήματα και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, που οι νοσηλευτές της κλινικής με τρόπο συστηματικό καλούνται να εφαρμόσουν. Τις βασικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Εκτός από την αρχική εκτίμηση, ο νοσηλευτής αναφοράς συλλέγει καθημερινά πληροφορίες, για την τρέχουσα ψυχική κατάσταση του παιδιού, μέσω της διαρκούς νοσηλευτικής παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων. Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες του καταθλιπτικού παιδιού αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα νοσηλευόμενα παιδιά, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας τους και αυτό τους δίνει τη δυνατότητα της προσομοίωσης με το γονεϊκό ρόλο, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας³¹.

Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς

Αυτοαξιολόγηση ασθενούς

Για την παρακολούθηση της διάθεσης του ασθενή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια κλίμακα εκτίμησης της διάθεσης. Ο νοσηλευτής μπορεί να ζητήσει από τον έφηβοασθενή να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως «Παρακαλώ βαθμολογήστε την διάθεση σας

σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, όπου το 1 είναι η χειρότερη δυνατή διάθεση και το 10 η καλύτερη.» Παρά το ότι οι αριθμοί δεν σημαίνουν κάτι συγκεκριμένο, με τον τρόπο αυτό μπορεί να εκτιμηθεί η αντίληψη του ασθενή για το πώς αισθάνεται. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρακολουθήσει τις μεταβολές της βαθμολογίας προκειμένου να διαπιστώσει αν ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα ή χειρότερα. Η

εκτίμηση της διάθεσης πρέπει να διενεργείται μία φορά ανά βάρδια και να καταγράφεται στις νοσηλευτικές σημειώσεις³⁰.

Παρατήρηση του ασθενούς

Άλλες πλευρές της ψυχικής κατάστασης που έχουν σημασία για ένα άτομο με κατάθλιψη είναι³⁰:

- Η εμφάνιση. Ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί να είναι ατημέλητο αν δεν έχει το κουράγιο να κάνει μπάνιο ή να αλλάξει ρούχα.
- Η συναισθηματική έκφραση (η μη λεκτική έκφραση της διάθεσης). Η φυσιολογική συναισθηματική έκφραση σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει ένα εύρος συναισθημάτων που κυμαίνονται από τη χαρά έως τη λύπη. Η κατάθλιψη περιορίζει το συναίσθημα στο επίπεδο της θλίψης. Το εύρημα αυτό αναφέρεται ως «αμβλύ ή περισφιγμένο συναίσθημα».
- Η συμπεριφορά και η κινητική δραστηριότητα. Η ψυχοκινητική δραστηριότητα είναι επιβραδυσμένη στην κατάθλιψη. Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να μένει ξαπλωμένος όλη τη μέρα ή να κινείται ελάχιστα.
- Οι νοητικές διεργασίες. Η εκτίμηση των γνωστικών διεργασιών του ασθενή δείχνει κατά πόσο αυτές έχουν επηρεαστεί από τη κατάθλιψη και σε ποιο βαθμό ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Ο καταθλιπτικός ασθενής συχνά βιώνει ανακοπές της σκέψης, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνει τις προτάσεις του. Οι νοητικές διεργασίες μπορεί να περιλαμβάνουν και ψυχωτικά στοιχεία στις περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης. Το περιεχόμενο των παραληρηματικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων είναι συνήθως τρομακτικό, διωκτικού τύπου ή πολύ αρνητικό.

Επίσης, εκτιμούνται οι γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου.

Καταγραφή των ευρημάτων

Τα αποτελέσματα της εκτίμησης του νοσηλευτή πρέπει να καταγράφονται όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένα και με σαφήνεια. Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τα

ευρήματα που οδήγησαν στην εξαγωγή ενός συμπεράσματος και όχι απλά να αναφέρει το συμπέρασμα³⁰.

4.6. Νοσηλευτική φροντίδα στον αυτοκτονικό ασθενή

Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς είναι η διάσωση της ζωής του. Η νοσηλευτική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά να αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Τον ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από το νέο πνεύμα.

Νοσηλευτική εκτίμηση του αυτοκτονικού ασθενούς

Κάθε καταθλιπτικός ασθενής θα πρέπει να εκτιμάται για τυχόν αυτοκτονικό ιδεασμό.

Ο νοσηλευτής μπορεί να διερευνήσει το ενδεχόμενο αυτό ως εξής:³²:

- Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας
- Τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια
- Το αυτοκτονικό σχέδιο
- Την ψυχική του κατάσταση
- Τα υποστηρικτικά του πρόσωπα
- Τον τρόπο ζωής του

Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τα σημαντικά πρόσωπα που επιδρούν στην ζωή του αποπειραθέντα.

Η φροντίδα επικεντρώνεται³²:

- Στην προστασία του αρρώστου
- Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης

- Στην ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών
- Στην αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος
- Στην ενεργοποίηση του περιβάλλοντος
- Στην εκπαίδευση του αρρώστου

Η Νοσηλευτική εκτίμηση ενός αυτοκτονικού ασθενούς θα πρέπει να γίνεται με πολύπροσοχή. Θα πρέπει να συγκεντρωθούν πληροφορίες στο αν ο ασθενής³²:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να έχει πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, παράδειγμα: «πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσά τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια από αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν έναν άνθρωπο;» «Αν πηδήξει από αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;»
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύχτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του
- Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται
- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του)
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερό αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει)
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, όπως τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες
- Μοιράζει τα ατομικά του είδη

4.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο

Ο έφηβος ασθενής με κατάθλιψη αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες σχετιζόμενες τόσο με την πάθηση όσο και με την θεραπεία της. Η εκπαίδευση του ασθενούς είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος για τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον έφηβο ασθενή σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή και τις πιθανές παρενέργειες της. Θα πρέπει να εμπλουτίσει τις γνώσεις του σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και διάφορες τροφές ή δραστηριότητες.

Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν σεξουαλική δυσλειτουργία και μείωση της ερωτικής επιθυμίας. Αν οι παρενέργειες αυτές επηρεάζουν δυσάρεστα τη ζωή ενός ενήλικα, για τον έφηβο ασθενή που κατακλύζεται από ορμόνες, μία τέτοια πραγματικότητα είναι δυσβάσταχτη. Επίσης οι αλληλεπιδράσεων φαρμάκων με αλκοόλ μπορεί να αποβεί μοιραία. Η σωστή ενημέρωση και προετοιμασία του εφήβου για τις αλλαγές που θα συμβούν στην ζωή του ανήκουν επίσης στα καθήκοντα του νοσηλευτή, που θέλει να προστατεύσει τον ασθενή του.

Η πλειονότητα των ασθενών αυτών θα χρειαστούν μακροχρόνια ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Μια ενημέρωση σχετικά με τις ομάδες αλληλοϋποστήριξης και τα τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης είναι απαραίτητη. Η γνώση ότι έφηβος δεν είναι μόνος, ότι υπάρχουν άνθρωποι που υποφέρουν όπως αυτός, αλλά και άνθρωποι που μπορούν και θέλουν να τον βοηθήσουν ίσως να κάνει τη δύσκολη πραγματικότητα του λίγο πιο φωτεινή.

4.8. Νοσηλευτική Διεργασία

1^η Διεργασία.

- Ατομικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Κ.Π.

Ηλικία: 15

Φύλλο: Άρρεν

Ασφαλιστικός φορέας: ΕΟΠΥΥ

Θρησκεία: Χριστιανός Ορθόδοξος

Επάγγελμα: Μαθητής

Καταγωγή: Αχαΐα

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

Ημερομηνία εισόδου: 9/6/2016

· **Νοσηλευτικό Ιστορικό**

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

· **Αίτια εισόδου**

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση.

· **Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς**

Μητέρα: ΣΔ ΙΙ (υπό ινσουλίνη).

Πατέρας: Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου.

· **Ατομικό ιστορικό ασθενούς**

Παρόντα νοσήματα: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση από πτώση.

Παρελθόντα νοσήματα: Ουδέν.

Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα, Πνευμονιόκοκκος.

Αλλεργίες: Όχι

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Ηρεμιστικά.

Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Καπνιστής: Όχι

· **Ζωτικά σημεία**

Θερμοκρασία: 36,6°C

Αρτηριακή Πίεση: 130/65 mmHg

Αναπνοές: 25/min

Σφίξεις: 85 bpm/min

SpO2: 89% (κάτω του φυσιολογικού)

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: φυσιολογική

Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου.

Ομιλία: φυσιολογική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: Αναφέρει δύσπνοια

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

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

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

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

Πεπτικό: Δεν αναφέρει πεπτικά προβλήματα.

Εμετοί: όχι

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

· **Κλινικές εξετάσεις**

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

ΗΚΓ: φυσιολογικό

Ακτινογραφία θώρακος: Φυσιολογική.

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

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

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

<p>Μετατραυματική επιληψία.</p>	<p>Προφύλαξη ασθενούς από τις κρίσεις.</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκων. Εξασφάλιση αεραγωγού. Τοποθέτηση προστατευτικών.</p>	<p>Χορηγήθηκαν αντιεπιληπτικά φάρμακα, τοποθετήθηκαν προστατευτικά κάγκελα.</p>	<p>Αντιμετώπιση κρίσεων.</p>
<p>Ψυχολογική αδυναμία ασθενούς μετά την απόπειρα αυτοκτονίας.</p>	<p>Ενίσχυση της ψυχολογίας του εφήβου.</p>	<p>Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης μέσα από την διδασκαλία και ενημέρωση ψυχιατρικού τμήματος.</p>	<p>Νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό συνεργάστηκαν για να βοηθήσουν την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού και των γονέων.</p>	<p>Ο έφηβος δείχνει με βελτιωμένη διάθεση.</p>

2^η Διεργασία.

· Ατομικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Φ.Χ.

Ηλικία: 13

Φύλλο: Θήλυ

Ασφαλιστικός φορέας: ΕΟΠΥΥ

Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξη

Επάγγελμα: Μαθήτρια

Καταγωγή: Αχαΐα

Τόπος κατοικίας: Αίγιο

Ημερομηνία εισόδου: 10/8/2016

· Νοσηλευτικό Ιστορικό

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

Αίτια εισόδου

Κατάθλιψη

· Οικογενειακό ιστορικό ασθενούς

Πατέρας: ΣΔ II (υπό ινσουλίνη).

· Ατομικό ιστορικό ασθενούς

Παρόντα νοσήματα: Κατάθλιψη

Παρελθόντα νοσήματα: Ουδέν.

Εμβόλια: Πολιομυελίτιδα, Πνευμονιόκοκκος.

Αλλεργίες: Όχι

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Ηρεμιστικά, στεροειδή.

Χειρουργικές επεμβάσεις: Όχι

Χρήση απαγορευμένων ουσιών: Όχι

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Καπνιστής: Όχι

· **Ζωτικά σημεία**

Θερμοκρασία: 36,4°C

Αρτηριακή Πίεση: 130/65 mmHg

Αναπνοές: 27/min

Σφίξεις: 90 bpm/min

SpO₂: 98%

Κλινικές παρατηρήσεις

Κινητικότητα: φυσιολογική

Διανοητική & Ψυχική κατάσταση: καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου.

Ομιλία: φυσιολογική

Ακοή: φυσιολογική

Αναπνευστικό: Αναφέρει δύσπνοια

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

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

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

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

Πεπτικό: Δεν αναφέρει πεπτικά προβλήματα.

Εμετοί: όχι

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

· **Κλινικές εξετάσεις**

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

ΗΚΓ: φυσιολογικό

Ακτινογραφία θώρακος: Φυσιολογική.

Ανάγκες- Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικό ς σκοπός	Προγραμματισ μός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση- αξιολόγηση.
Παραλαβή ασθενούς και καταχώρηση στοιχείων.	Ενημέρωση ιατρών και πρακτικών κλινικής.	Ορθή αντιμετώπιση ασθενούς και προσέγγιση.	Εφαρμόστηκαν.	Ο ασθενής αντέδρασε σωστά στην πρώτη προσέγγιση.
Αρχικός έλεγχος.	Εκτίμηση γενικής κατάστασης.	Ζωτικά σημεία και φυσική εξέταση.	Πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία και αξιολογήθηκαν.	Φυσιολογικά ζωτικά σημεία.

Ο ασθενής εμφανίζεται διεγερτικός.	Μείωση συμπτωμάτων.	Χορήγηση ηρεμιστικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Χορηγήθηκαν.	Ο ασθενής ανταποκρίθηκε.
Ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί με τον αρμόδιο γιατρό.	Καθησυχασμός και προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς.	Ο νοσηλευτής των επειγόντων επικοινωνεί με τον ασθενή.	Ο νοσηλευτής κατάφερε να χτίσει γέφυρα επικοινωνίας με την έφηβη.	Βελτίωση κατάστασης.
Ο ασθενής εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα.	Προσέγγιση ασθενούς.	Το νοσηλευτικό προσωπικό εφαρμόζει αρχές ψυχικής υγείας για να καταστείλει τα συμπτώματα.	Πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τον έφηβο για το πώς νιώθει.	Η έφηβη εμπιστεύτηκε το νοσηλευτή και μοιράστηκε μαζί του της ανησυχίες του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κυρίως κοινωνιών, που με το πέρασμα των χρόνων συνεχώς αυξάνεται όπως και η θνησιμότητάς της. Ως διαταραχή της διάθεσης επηρεάζει σημαντικά πολλές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου, την κοινωνικότητα του, την ανάπτυξη σχέσεων, απομονώνει το άτομο, ενώ αν συνυπάρχει με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να φτάσει μέχρι και το θάνατο. Η κατάθλιψη που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αυτοκτονία είναι μια ασθένεια θεραπεύσιμη. Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον έφηβο να κατανοήσει για ποιο λόγο αισθάνεται κατάθλιψη, ενώ παράλληλα μπορεί να μάθει πώς να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής. Ανάλογα με την περίπτωση η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ατομική, ομαδική ή οικογενειακή συμβουλευτική παρέμβαση. Επιζητώντας την βοήθεια, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο

τον κόσμο ανακαλύπτουν τώρα, ότι πράγματι μπορούν να ζήσουν τη ζωή τους απαλλαγμένοι από την κατάθλιψη.

Πρωταρχικό ρόλο στη ζωή του παιδιού, έχει η οικογένεια. Οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη από διάφορα βιβλία και συγγράμματα, όταν ήδη τα παιδιά τους βρίσκονται στα πρώτα στάδια της ζωής τους. Αυτή η ενημέρωση, θα βοηθήσει τους γονείς να συμπεριφέρονται στα παιδιά τους με τον ανάλογο τρόπο.

Εκτός από την οικογένεια, αναμφισβήτητα και το σχολείο είναι μια μικρή κοινωνία, στην οποία ζουν και αναπτύσσουν την προσωπικότητά τους τα παιδιά. Επειδή η εφηβική ηλικία είναι μια δύσκολη περίοδος στη ζωή του παιδιού και κυριαρχούν συνήθως αρνητικά συναισθήματα (όπως ο θυμός, η οργή, η θλίψη και η αρνητική διάθεση) σε οποιοδήποτε ερέθισμα και να δεχτούν, αντιδρούν με άσχημο τρόπο και αρκετές φορές με επιθετικότητα απέναντι στους συμμαθητές τους.

Επομένως, το σχολείο είναι υποχρεωμένο να ενημερώνεται και να ενημερώνει, οργανώνοντας διάφορα σεμινάρια, με καλεσμένους ειδικούς παιδοψυχολόγους και παιδοψυχιάτρους, τα οποία θα αφορούν τους εφήβους και τους κινδύνους που ελλοχεύουν. Σε αυτά τα σεμινάρια, καλό θα είναι να συμμετέχουν όχι μόνο οι καθηγητές και οι μαθητές αλλά και οι γονείς.

Ο νοσηλευτής εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο του, καλείται να παίξει και εναλλακτικούς. Ως πρόσωπο αναφοράς διεκπεραιώνει το σύνολο των υποχρεώσεων του ασθενή και φροντίζει για την επίλυση των προβλημάτων (Νοσηλευτικές διαγνώσεις) που πηγάζουν από τη νόσο και εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, πάντα με τη χρήση του επιστημονικού εργαλείου που ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία. Τα τελευταία χρόνια όμως ο νοσηλευτής μπορεί να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του ψυχοθεραπευτή. Με στερεή θεωρητική γνώση και εμπειρία μπορεί να ασκήσει και το έργο αυτό. Παρά τα προβλήματα που υπάρχουν στην πιστοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στη χώρα μας, υπάρχουν υπηρεσίες (νοσοκομεία) και ανώτατες σχολές (ιατρική και ψυχολογία) που δίνουν τη δυνατότητα σε επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και νοσηλευτές, να αποκτήσουν το θεωρητικό υπόβαθρο σε όλα τα είδη της ψυχοθεραπείας. Υπάρχουν επίσης πολλοί ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν ανάλογη εκπαίδευση με πληρωμή. Για την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχοθεραπευτή πρέπει να υπάρξει επιπλέον και νομική κατοχύρωση. Σε πολλά ψυχιατρικά κυρίως νοσοκομεία η ενασχόληση των

νοσηλευτών με την θεραπεία αυτή είναι πολύ διαδεδομένη και ασχολούνται κύρια με την ομαδική ψυχοθεραπεία.

Οι παρεμβάσεις όλων των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών θα πρέπει να στοχεύουν αρχικά στην πρόληψη και στη συνέχεια στην αντιμετώπιση της νόσου, στην προστασία της ανθρώπινης ζωής και στην προσφορά ποιότητας στη ζωή του καταθλιπτικού ασθενή.

Τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης για παιδιά και εφήβους

Γραμμή επικοινωνίας για την κατάθλιψη: 210-6515600

Γραμμή στήριξης παιδιών και εφήβων: 116-111

Γραμμή μαζί με το παιδί: 11525

Γραμμή υποστήριξης παιδιών και εφήβων - SOS: 801.801.1177

Τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης: 1145

Γραμμή στήριξης και παρέμβασης στην κρίση: 800.113.777

"Κόκκινη γραμμή" για γονείς και εφήβους: 801.801.1177

Βιβλιογραφία

1. Χαρτοκόλλης Π., (1991), *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
2. Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R.,(1996), "Abnormal Psychology Current Perspectives", 7th Published by New York : Me Graw Hill Inc, pp.232-261.
3. King A.M., Davison G.C., Neale J.M., & Johnson S.L., (2010), *Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg.
4. Corrigan P., & Watson A., (2002), "The paradox of self-stigma and mental illness", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 35-53.
5. Ingram R.E. "Encyclopedia of Human Behaviour - Depression",(1994), Vol. 2, California :Academic Press Inc., pp113 -122.
6. Oltmanns TF, Emery RE, (1995), "Abnormal Psychology", Prentice - Hall Inc., New Jersey ,neX 152- 191.
7. Κλεφτάρας Γ. ,(2008), *Η Κατάθλιψη σήμερα*, Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
8. Loas G., Dhee -Perot P., Chaperot C. et al,(1998)"Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders", *Psychopathology*, Vol, 31, Published by Karger, Basel Switzerland, ,pp. 206-212.
9. Infrasea R,(1997), "Alexythymia, neurovegetative arousal and neuroticism", *PsychotherPsychosom*, Vol 66 Published by Karger, Basel Switzerland ,pp. 276-280.
- 10.Mundt C., Kronmuller K, Backenstrass M et al, (1998),"The Influence of Psychopathology, Personality and Marital Interaction on the Short - Term course of Major Depression", *Psychopathology*, Vol. 31, Karger AG, Basel Switzerland, pp. 29-36.
11. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, (1999), «Η κατάθλιψη - τι πρέπει να γνωρίζετε γι'αυτή», ενημερωτικό φυλλάδιο, χορηγία της SmithClineBeechamPharmaceuticals, Αθήνα.

12. https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/, Προσπελάστηκε στις 24/01/2018.
13. "Αίτια της κατάθλιψης", <http://web4health.info/gr/answers/bipolar-cau-depr.htm> , Προσπελάστηκε στις 24/01/2018.
14. "Εφηβεία - Ορισμός & Χαρακτηριστικά" στο <http://www.psychotherapeia.net.gr> , Προσπελάστηκε στις 25/01/2018.
15. Helbert, M.,(1999), *Ψυχολογικά Προβλήματα Εφηβικής Ηλικίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
16. "Κατάθλιψη και καταθλιπτικότητα στην εφηβεία...", (2013), <http://counselling-edu.blogspot.gr/>, Προσπελάστηκε στις 25/01/2018.
17. Παπάνης Ε. , Γιαβρίμης Π., Φρέρης Γ., & Βίκη Α. , (2007), Εφηβεία, Κατάθλιψη και Απόπειρες Αυτοκτονίας, Περιγραφική μελέτη.
18. "Κατάθλιψη στην εφηβεία: Συμπτώματα και πώς μπορούν να βοηθήσουν οι γονείς" (2017) , στο <http://www.iatropedia.gr/> , Προσπελάστηκε στις 25/01/2018.
19. Κοκκέβη Α.,(2011) "Η ευθραστότητα της εφηβείας", στο *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις και Προβληματισμοί*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
20. Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., (2001), "Εφηβεία και Κατάθλιψη", *Archives of Hellenic Medicine*, 18(5): 466-474.
21. "Εφηβεία και κατάθλιψη: συμπτώματα - πρόληψη αντιμετώπιση" στο <http://www.ekpaideytikos.gr/> , Προσπελάστηκε στις 01/02/2018.
22. " Κατάθλιψη: Τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης" στο <http://eranistis.net/> , Προσπελάστηκε στις 02/02/2018.
23. Rother, L.F.,(March ,2003), "Electroconvulsive therapy sheds its shocking image", *Nursing Management* , Vol.33(3) pgs. 8-88 , διαθέσιμο στο www.researchgate.net

24. Κουμάκης Κ.,(2017), "Διακρανιακή μαγνητική διέγερση: Διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδείξεις, Ο ρόλος της στην κατάθλιψη" , *Επιστημονικά θέματα*.
25. "Αμφιλεγόμενες ψυχοθεραπείες. Ασυνήθιστες μέθοδοι αντιμετώπισης διαταραχών" , στο www.newsbeast.gr/ , Προσπελάστηκε στις 5/2/2018.
26. "Βότανα κατά της Κατάθλιψης", στο <http://enallaktikidrasi.com/>, Προσπελάστηκε στις 5/2/2018.
27. Ζέρβα Γ. , " Άσκηση και Ψυχική Διάθεση" , ΕργαστήριοΚινητικήςΣυμπεριφοράς και Αθλητικής Ψυχολογίας Τομέας Θεωρητικών ΕπιστημώνΤμήμαΕπιστήμης Φυσικής Αγωγής και ΑθλητισμούΠανεπιστημίουΑθηνών.
28. Καραδήμας Ε.Χ. , (2005), *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*, Αθήνα: εκδ. Τυποθήτω.
29. Brown E., (2010),*Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία*, Αθήνα:Λαγός.
30. Ραγιά Α., (2001), *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
31. Ουζούνη Χρ., Νακάκης Κ. , (2008), " Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη", *ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 47(4):458–470.
32. "[Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς](#)" , (2010), Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων, <https://kinitimonada.wordpress.com>, Προσπελάστηκε στις 21/2/2018.
33. Ξανθή Χ. Σούλου, Ενδοκρινολόγος, (2003), "Τι είναι η εφηβεία;" , <http://www.iatronet.gr> , Προσπελάστηκε στις 23/2/2018.
34. Μαδιάνος Μ.,(1998),"*ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*" , Εκδ. Καστανιώτη.
35. Πεντάγαλος Γ., "Εισαγωγή στην Ιστορία της Ψυχιατρικής" ,Θεσσαλονίκη,:Εκδ.: ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΣ.
36. Blos Peter, "The Adolescent Passage", International University, Press Inc., N.Y. 1979.

37. Brent Da, Poling K., McKain B., Baugher M.A., Psychoeducational Program for families of affectively ill children and adolescents. *I am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993.
38. Colle LM, Belair JF, Difeo M., Weiss J., Laroache C., Extended openlabel fluoxetine treatment of adolescents with major depression. *I Child AdelescPsychopharmacol* 1994.
39. Copfermann (E). *Problèmes de la jeuuesse*. Full Petite ColletionMaspero, Paris 1972.
40. Anderson Jc ,McGEE R. Comorbidity of depression in children and adolescents. In: Reynolds WM, Johnson HF(eds) *Handbook of Depression in children and adolescents*, New York, Plenum, 1994: 581-601
41. Rutter M, The development psychopathology of depression: issues and perspectives. In :Rutter M, Izard C, Read P(eds), *Depression in young people*. Guilford press, New York, 2000: 3-32
42. Petersen Ac ,Sarigiani Pa, Kennedy re, Adolescents depression: why more girls? *JYouthAdolesc* 1991, 20:245-269
43. Conger J. (1981), *Η εφηβική ηλικία, μια καταπιεσμένη γενιά*. Αθήνα, ΕκδόσειςΨυχογιός.
44. Costello Ej, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky IM, Weissman M et al, Development and natural history of mood disorders. *BioPsychol* 2002, 52:529-542
45. Nardi DA. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J PsychosocNurs Mental HlthServ* 2007, 45:48–52
46. Son SE, Kirchner T. Depression in children and adolescents. *AmFam Physician* 2000, 62:2297–2308
47. Pentecost D, McNab S. Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. *J FamTher* 2007, 29:403–419