

Η κατάθλιψη στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών καθώς η συμβολή και επάρκεια των θεραπευτικών μέσων των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στον νομό Θεσσαλονίκης

Μετέχουσα Σπουδάστρια:
Μπαντή Αναστασία

Καθηγήτρια Εφαρμογών
Αλεξοπούλου Ουρανία



Ϊτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι. Πάτρας)

Πάτρα, Μαΐος 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

2842



Η τριμελής επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

- Με αφορμή την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια κ. Αλεξοπούλου Ουρανία, για την σημαντική συνεισφορά και βοήθειά της.
- Ευχαριστώ επίσης όλους όσους έδωσαν και το παραμικρό λιθαράκι στην διεκπεραίωση της μελέτης.
- Τέλος, δεν θα παρέλειπα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, για την αγάπη τους, την ενθάρρυνσή τους σε κάθε μου πρωτοβουλία και επιθυμία, την υποστήριξή τους όλα αυτά τα χρόνια και κυρίως την κατανόηση που έδειξαν στις ιδιαιτερότητες της δικής μου εφηβικής ηλικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Πρόβλημα Μελέτης	1
Σκοπός μελέτης	2
Ορισμοί όρων	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	9
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	9
Ιστορική Αναδρομή	9
A. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	11
Χρονολογική Οριοθέτηση	11
Βιοσωματικός τομέας	13
Γνωστικός τομέας	17
Συναισθηματικός τομέας	22
Κοινωνικός τομέας	25
α. Σχέσεις εφήβου με γονείς	25
β. Σχέσεις εφήβου με συνομηλίκους	31
Διαμόρφωση ταυτότητας	35
Σεξουαλικότητα	42
Αυνανισμός	45
B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	48
Εισαγωγή	49
Τύποι γονέων	51
Ο ρόλος της μητέρας στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού	56
Ο ρόλος του πατέρα στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού	60
Η επίδραση της συμπεριφοράς των γονέων στην διαμόρφωση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου	64
Γ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	70
Εισαγωγή	70
Κατάθλιψη στην Εφηβεία	70
Συσχέτιση κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας στην εφηβεία	77

Ταξινόμηση και μορφές κατάθλιψης στην εφηβεία _____	84
α) Ενδογενής κατάθλιψη _____	84
β) Αντιδραστική κατάθλιψη _____	85
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή _____	86
Δυσθυμική διαταραχή _____	88
Διπολικές διαταραχές _____	90
Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης _____	91
Δ. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ _____	94
Εισαγωγή _____	94
Βασικές προϋποθέσεις λειτουργίας παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών _____	96
Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες _____	98
Θεραπευτική παρέμβαση Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια _____	101
Ε. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ _____	105
Αναφορά στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης _____	105
Περιγραφή λειτουργίας υπηρεσιών _____	106
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ _____	106
ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΙΚΑ _____	110
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ _____	112
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» _____	116
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ _____	119
ΑΧΕΠΑ (Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου) _____	121
ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΥΞΙΔΑ _____	125
ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΔΗΜΟΥ ΣΥΚΕΩΝ _____	129
ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΝΕΩΝ «ΡΟΤΑ» _____	131
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ _____	135
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ _____	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV _____	138
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____	139
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ _____	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____	149
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	150

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της κατάθλιψης στην εφηβεία και των επιπτώσεών της στους εφήβους (ηλικίας 11-21 ετών), καθώς η συμβολή και επάρκεια των θεραπευτικών μέσων των παιδopsυχιατρικών υπηρεσιών, στον νομό Θεσσαλονίκης.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι βιβλιογραφική, ενώ η ολοκλήρωση του θέματος στηρίζεται σε αναφορές και έρευνες ελληνικών και ξένων συγγραμμάτων.

Αναλυτικότερα:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρόβλημα, τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης. Επίσης διευκρινίζονται οι σχετικοί με το θέμα, ορισμοί όρων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται ανασκόπηση άλλων μελετών και συγγραμμάτων. Στο αρχικό τμήμα αυτού του κεφαλαίου, αναλύονται τα γενικά φυσιολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας. Έπειτα, τονίζεται η συμβολή της οικογένειας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου και ειδικότερα δε αναλύονται οι τύποι γονέων, ο ξεχωριστός ρόλος και η σημασία αυτών στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, καθώς επίσης η επίδραση της συμπεριφοράς των γονέων, όσον αφορά την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου.

Εν συνεχεία στο ίδιο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην εφηβική κατάθλιψη, την συσχέτιση αυτής με την αυτοκτονία, και την θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Στην επόμενη ενότητα του κεφαλαίου, επισημαίνονται οι βασικές λειτουργίες των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ως μέλος της ψυχιατρικής ομάδας, και ως θεραπευτής. Στην τελευταία ενότητα του συγκεκριμένου κεφαλαίου, γίνεται αναφορά στις παιδοψυχιατρικές, και άλλες υπηρεσίες στήριξης του νομού Θεσσαλονίκης.

Το τρίτο κεφάλαιο, αναφέρεται στην μεθοδολογία της πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τις βιβλιογραφικές αναφορές που έχουμε μελετήσει, και τις προτάσεις που είναι αποτέλεσμα των συμπερασμάτων αλλά και της προσωπικής μας εμπειρίας, από τις επισκέψεις που πραγματοποιήσαμε στις διάφορες σχετικές με το θέμα της εργασίας μας, υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρόβλημα Μελέτης

Εφηβεία καλείται η χρονική περίοδος στην διάρκεια της οποίας ο νέος έρχεται αντιμέτωπος με τις ταχείες φυσικές, συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές που υποδηλώνουν την μετάβαση αυτού από την παιδική, στην ενήλικη ζωή.

Στην προσπάθεια του ο έφηβος να προσαρμοστεί με τα νέα δεδομένα, να εγκαταλείψει την παιδική ηλικία και κυρίως να απορρίψει την αυθεντία των γονέων του, καταβάλλεται από παροδικά καταθλιπτικά συναισθήματα.

Όταν όμως τα συναισθήματα πόνου, λύπης, απόγνωσης, έλλειψης ευχαρίστησης και γενικότερης αδυναμίας γίνονται εντονότερα, δεν αποβάλλονται, ενώ παράλληλα συνοδεύονται και από ιδέες θανάτου, τότε τα συμπτώματα αυτά μπορεί να υποδηλώνουν ότι ο έφηβος πάσχει πλέον από την παθολογική μορφή κατάθλιψης.

Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα του Μαδιανού το 1992 (Μαδιανός 1998 σελ. 229), διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας είναι προοδευτικά αυξανόμενα από τις μικρότερες ηλικίες 12-13 ετών, έως 16-17 ετών, με συνεχή υπεροχή των κοριτσιών, που χαρακτηρίστηκαν ως καταθλιπτικές περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα αυτά, συμβαδίζουν με ευρήματα ξένων μελετών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ιδιαίτερα οι

Kandel και Davies σε έρευνά τους το 1982, διαπίστωσαν μια τάση αύξησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις μικρότερες ηλικίες.

Στον Ελλαδικό χώρο επίσης παράλληλα με την ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, «νοσούν» και οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εξετάσει το φαινόμενο της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία. Έχοντας επίγνωση ότι το θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι αρκετά εξειδικευμένο αναφέρουμε ότι, αποφεύγουμε να αναλύσουμε ψυχιατρικούς όρους και θέματα τα οποία λόγω της ειδικότητάς μας, αδυνατούμε να τεκμηριώσουμε, και να εξηγήσουμε.

Δεν θα παραλείψουμε όμως να ερευνήσουμε και αξιολογήσουμε την ρίζα των παθολογικών καταστάσεων στην εφηβική ηλικία σε σχέση με την οικογένεια.

Σκοπός μελέτης

Γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, της κατάθλιψης και των επιπτώσεων της στους εφήβους (ηλικίας 11-21 ετών) καθώς η συμβολή και επάρκεια των θεραπευτικών μέσων των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, στον νομό Θεσσαλονίκης.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης

1. Ανάλυση των γενικών φυσιολογικών χαρακτηριστικών της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου
2. Αναφορά στην σημασία της οικογένειας και ειδικότερα στον ξεχωριστό ρόλο των γονέων στην πρώτη φάση διεργασίας αποχωρισμού, καθώς και η επίδραση αυτής στην περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής υγείας του ατόμου, και ιδιαίτερα στους εφήβους
3. Μελέτη και διάγνωση των μορφών κατάθλιψης την εφηβεία, συσχέτιση αυτής με την αυτοκτονία, και θεραπευτική αντιμετώπιση
4. Επισήμανση του ρόλου των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών και της συμβολής του Κοινωνικού Λειτουργού, στις συγκεκριμένες υπηρεσίες.
5. Αναφορά στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης, προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος λειτουργίας τους όσον αφορά στο θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης και στήριξης των καταθλιπτικών εφήβων, και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Ορισμοί όρων

ΕΦΗΒΕΙΑ

«Περίοδος ανάπτυξης από την ήβη ως την ωριμότητα. Η έναρξη της εφηβείας σημειώνεται από την εμφάνιση δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου - συνήθως γύρω στα 12 - και το τέλος της εν μέρει από την επίτευξη σεξουαλικής ωριμότητας γύρω στα 20, αλλά ουσιαστικά το άτομο επιτύχει ανεξαρτησία, κοινωνική παραγωγικότητα και ωριμότητα. Η περίοδος αυτή, χαρακτηρίζεται από ταχείες και

έντονες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβολές» (Μάνος Νίκος «Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων - Αγγλοελληνικό - Ελληνοαγγλικό» Β΄ έκδοση - Θεσσαλονίκη 1987).

«Εφηβεία θεωρείται η αναπτυξιακή περίοδος που αρχίζει με τις μεταβολές της ήβης, και τελειώνει με τον σχηματισμό της προσωπικής ταυτότητας. Το άτομο κατά την περίοδο, αυτή υπόκειται σε μεγάλες και ταχύτατες αλλαγές σε όλους τους βασικούς τομείς της ανάπτυξης του: τον βιολογικό, τον σωματικό, τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα» (Μοττη -Στεφανίδη Φρόσω «Βασική Παιδοψυχιατρική» - Αθήνα 1998, σελ. 75).

«Εφηβεία είναι μία σημαντική περίοδος στην φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου που συμπίπτει με την ήβη, σημαδεύει το τέλος της λανθάνουσας περιόδου, και αποτελεί την περίοδο προετοιμασίας για την είσοδο στην ενήλικη ζωή» (Τσιάντης Γιάννης «Βασική Παιδοψυχιατρική - Αθήνα 1998, σελ. 19).

«Εφηβεία είναι μια μοναδική περίοδος κατά την οποία παρατηρείται ταχεία φυσική, συναισθηματική και κοινωνική αύξηση και ανάπτυξη, γεφυρώνοντας την παιδική ηλικία, με την ενήλικη ζωή. Αρχίζει σε ηλικία 11-12 χρόνων και ολοκληρώνεται σε ηλικία 18 έως 21 χρόνων» (Silver Kempe Bruyn & Fulginiti's «Συνοπτική Παιδιατρική» Αθήνα 1994, σελ. 433).

«Εφηβική ηλικία καλείται το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο της ζωής του ανθρώπου από τα 11-20 περίπου χρόνια. Στην διάρκεια της

εφηβείας παρατηρούνται αλλαγές και στους 4 βασικούς τομείς της ανάπτυξης: τον βιοσωματικό, το γνωστικό τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα» (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό - Ελληνικά Γράμματα, 4^{ος} τόμος, σελ. 2192).

«Η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από παράδοξα και απρόβλεπτα γεγονότα, από μία κινητικότητα και μία ρευστότητα στην δυναμική της, αλλά και από ένα σύνθετο προσδιορισμό, βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνιολογικό. Είναι το στάδιο ανάπτυξης που διαφοροποιεί τον έφηβο ριζικά από το παιδί (Αμπατζόγλου Γρηγόρης «Ψυχολογική Προσέγγιση της Εφηβείας» περιοδικό Γαληνός, 37^{ος} Τόμος, 5^ο τεύχος, 1995β, σελ. 556).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

«Η οικογένεια εμφανίζεται σαν μία φυσική ομάδα ατόμων ενομένων με μια διπλή βιολογική σχέση: Την αναπαραγωγή, η οποία προσφέρει τα συστατικά στοιχεία της ομάδας, και τους περιβαλλοντικούς όρους διαβίωσης, τους οποίους απαιτεί η ανάπτυξη των νέων και οι οποίοι διατηρούν την ομάδα, εφόσον οι ενήλικοι γεννήτορες διασφαλίζουν την λειτουργία της» (Ζακ Λακαν «Η οικογένεια - τα οικογενειακά συμπλέγματα» Αθήνα 1990, σελ. 15).

«Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι, που αποτελεί την διαρκή και νόμιμη γεννητήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους, με στενούς συγγενικούς δεσμούς» (Τσαούσης «Η κοινωνία του ανθρώπου» Αθήνα 1993, σελ. 440).

«Ομάδα ατόμων που συνδέονται με δεσμούς γάμου, αίματος ή υιοθεσίας, αποτελώντας ένα μοναδικό νοικοκυριό, και αλληλοεπιδρώντας μεταξύ τους στις αντίστοιχες κοινωνικές θέσεις του και της συζύγου, της μητέρας και του πατέρα, του γιου και της κόρης, του αδελφού και της αδελφής» (Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος - Λαρούς Μπριτάνικα», 46^{ος} τόμος, σελ. 276).

ΟΙΔΙΠΟΔΕΙΟ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ

«Ψυχολογικό σύμπλεγμα της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από σχεδόν ερωτική προσκόλληση του αγοριού στην μητέρα. Το αντίστοιχο του κοριτσιού προς τον πατέρα καλείται σύμπλεγμα της Ηλέκτρας» (Τεγόπουλος - Φυτράκης «Ελληνικό Λεξικό» Αθήνα 1989, σελ. 556).

«Η συναισθηματική αφοσίωση του αγοριού προς την μητέρα και του κοριτσιού προς τον πατέρα του, ενώ αναπτύσσεται μια ζηλότυπη αντιπαλότητα προς τον γονέα του ίδιου φύλλου. Είναι το πιο θεμελιώδες από ψυχολογική άποψη, επειδή συμβάλλει στην διαμόρφωση του γυχισμού με ανάπτυξη της ανδρικότητας στο αγόρι, και της δηλυκότητας στο κορίτσι. Η φυσιολογική του διαδρομή για το αγόρι είναι 3-6 ετών ενώ για το κορίτσι 3-13 ετών» (Εγκυκλοπαίδεια «Υδρία», Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων, 41^{ος} τόμος, σελ. 362).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

«Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται τουλάχιστον με τρεις διαφορετικές σημασίες:

α) Πρώτα χρησιμοποιείται στην καθημερινή ζωή, για να αποδώσει εκείνο το φυσιολογικό μεν αλλά δυσάρεστο αίσθημα στεναχώριας ή λύπης, που ο καθένας μπορεί να βιώσει σε δυσάρεστες καταστάσεις.

Οι επόμενες δύο έννοιες, απαντώνται στην ψυχιατρική:

β) Ο όρος «κατάθλιψη», χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ιδιαίτερο ψυχικό σύμπτωμα στα πλαίσια μιας ευρύτερης ψυχικής ή σωματικής νόσου. Το αίσθημα που βιώνει στην περίπτωση αυτή, είναι διαφορετικό από το προηγούμενο αίσθημα της λύπης ή στεναχώριας. Το σαφώς αυτό νοσηρό αίσθημα, περιγράφεται σαν ένας ανυπόφορος ψυχικός «πόνος», μια δυσφορία και κυρίως σαν μια αδυναμία να γευτεί ο,τιδήποτε ευχάριστο.

γ) Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια γενικότερη ψυχοπαθολογική κατάσταση, διαταραχή ή νόσο. Η διαταραχή από την συναισθηματική σφαίρα είναι έντονη και παρατεταμένη, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται πρωταρχική και καθοριστική για τις υπόλοιπες εκδηλώσεις που συναπαρτίζουν την κλινική εικόνα της κατάθλιψης» («Παιδαγωγική - Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό», Ελληνικά Γράμματα, 5^{ος} τόμος, σελ. 2562).

«Ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από στεναχώρια, αδράνεια, απαισιοδοξία και αποτελεί φυσιολογική αντίδραση ύστερα από κάποιο ατύχημα, απώλεια, ζημιά υλική ή ψυχική. Είναι εντονότερη σε ψυχικά ευαίσθητα άτομα, και παροδική στα φυσιολογικά άτομα. Κρίσιμη ηλικία για την εμφάνιση της κατάθλιψης, θεωρείται η εφηβική και μετεφηβική ηλικία» (Εγκυκλοπαίδεια «Υδρία», 31^{ος} τόμος, Αθήνα 1984. Σελ. 401).

«1. Δυνατή πίεση, καταπίεση, 2. Νοσηρή κατάσταση βαριάς μελαγχολίας» («Νέο Λεξικό της Ελληνικής» Εκδόσεις Σταφυλίδη Αθήνα 1992, σελ. 567).

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

«Περιλαμβάνει όλους τους θανάτους, όπου μία σκόπιμη αυτοχειριστική, επικίνδυνη για την ζωή πράξη, κατέληξε στον θάνατο».

ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

«Περιλαμβάνει τις καταστάσεις που το άτομο εκτέλεσε μία πραγματικά ή φαινομενικά επικίνδυνη για την ζωή συμπεριφορά, με πρόθεση να βάλει σε κίνδυνο την ζωή του, ή να δώσει την εντύπωση μιας τέτοιας πρόθεσης που όμως δεν κατέληξε στον θάνατο». (Παππάς Ευάγγελος «Συμβολή στην διερεύνηση της αυτοκτονικής πρόθεσης και φονικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας» - Ιωάννινα 1998, σελ. 18).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Ιστορική Αναδρομή

Το ενδιαφέρον για την εφηβική ηλικία ήταν έντονο και εκδηλώθηκε, σε όλες τις εποχές.

Ο Ξενοφών στην «Κύρου Παιδεία» διακήρυττε πως «η ηλικία αυτή μάλιστα επιμελείας δέεται». Ο Πλάτων, τόνιζε πως η γνώση της φύσης και των αναγκών των παιδευομένων διευκολύνει το έργο της αγωγής. Ο Σωκράτης, ενδιαφέρθηκε τόσο για την ηθική, αλλά την πνευματική ανάπτυξη των νέων. Γι' αυτό τον λόγο, ο Πλάτων τον θεωρούσε «την εφηβικής ηλικίας διδάσκαλον». Ο Αριστοτέλης στο έργο του «Περί ψυχής», διερεύνησε την ψυχοσύνδεση των νέων, ενώ στο έργο του «Αι περί τα ζώα ιστορίαι» αναφέρθηκε στην σωματική εξέλιξη του εφήβου ενώ πολλές από τις απόψεις του ισχύουν και σήμερα. Αλλά και στους νεώτερους χρόνους, οι Rousseau και Pestalozzi είχαν ασχοληθεί για τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης περιόδου.

Το καθαρά επιστημονικό ενδιαφέρον για την εφηβική ηλικία εκδηλώθηκε από τον πατέρα της ψυχολογίας Stanley Hall, ο οποίος θεωρούσε την εφηβεία ως ένα από τα μαγευτικότερα θέματα για μελέτη.

Το 1904 ο Stanley Hall δημοσίευσε το βιβλίο «Η εφηβεία», στο οποίο έκανε λόγο για τις φυσιολογικές και γεννητικές μεταβολές αυτής,

ενώ παράλληλα για δεκαετίες υπήρξε η βασική πηγή συζητήσεων όσον αφορά το θέμα της ανάπτυξης των νέων.

Στην Γερμανία ο αγγλικής καταγωγής Preyer το 1882, μελέτησε τα προβλήματα της παιδικής ψυχής, ενώ ο Spranger μελέτησε τον γερμανό έφηβο και δημοσίευσε το αξιόλογο έργο του σχετικά με την ψυχολογία της εφηβικής ηλικίας. Σημαντική παράλληλα υπήρξε και η προσφορά μελετών στα θέματα εφηβείας των Stern, Kunkel, Busseman, Buhler και του άγγλου Burn.

Το 1908 στην Γαλλία ο P. Mendousse, δημοσίευσε το έργο του «η ψυχή του εφήβου» και ακολούθησαν οι εργασίες άλλων αξιόλογων μελετητών, όπως αυτές του Piaget.

Το 1923 ξεκίνησε στην Ελλάδα η καθαρά επιστημονική προσπάθεια μελέτης της εφηβικής ηλικίας με την δημοσίευση εργασίας του Γ. Σακελλαρίου, σχετικά με την επαγγελματική κατεύθυνση των εφήβων. (Μάνος, Η ψυχολογία του εφήβου 1986, σελ. 64).

A. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα περιγράψουμε τα γενικά χαρακτηριστικά της αναπτυξιακής περιόδου του ανθρώπου που καλείται εφηβεία, ξεκινώντας πρώτα, από την χρονολογική οριοθέτηση αυτής της ηλικίας. Κατόπιν, θα αναφερθούμε στις ιδιαιτερότητες των αναπτυξιακών της χαρακτηριστικών.

Χρονολογική Οριοθέτηση

Ο καθορισμός των χρονικών ορίων, δηλαδή η έναρξη και λήξη της εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζει δυσκολίες. Έτσι σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Παρασκευόπουλος (1985, σελ. 13), ως αφετηρία της χρονικής εφηβικής περιόδου, λαμβάνεται το χρονικό σημείο σύμφωνα με το οποίο το άτομο είναι πλέον ικανό για αναπαραγωγή, και ως πέρας αυτής της περιόδου, θεωρείται το σημείο όπου το άτομο, είναι ικανό να αναλάβει τον ρόλο του ως ενήλικας. Η ακριβής χρονική οριοθέτηση της εφηβείας, δεν αποτελεί μόνο συνάρτηση των βιολογικών παραγόντων, αλλά παράλληλα και των τοποχρονικά καθορισμένων παραγόντων.

Η εφηβική ηλικία κατά τον Παρασκευόπουλο (1985, σελ. 15) καλύπτει τα αναπτυξιακά φαινόμενα που συμβαίνουν στην 2^η δεκαετία της ζωής του ανθρώπου, σε διάστημα 7-8 ετών, το οποίο αρχίζει στο 11^ο έτος περίπου της ηλικίας των κοριτσιών, ενώ στα αγόρια αρχίζει στο 13^ο περίπου έτος της ηλικίας τους.

Αυτά τα αναπτυξιακά φαινόμενα (ο.π.) πραγματοποιούνται σε δύο επιμέρους φάσεις:

1. Στην κυρίως εφηβεία (11^ο - 16^ο έτος), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι βιοσωματικές αλλαγές της ήβης, και οι γνωστικές δομές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικος και.
2. Στην εφηβική νεότητα (16^ο - 20^ο έτος), όπου το άτομο επιδιώκει να προσαρμοστεί με το νέο βιοσωματικό και γνωστικό του εαυτό, καθώς στην νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής, και κατόπιν να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων.

Ο Κ. Μάνος (1986, σελ. 67) χωρίζει την εφηβεία σε δύο φάσεις:

Στην πρώτη φάση (13^ο - 17^ο έτος), ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος», ενώ στην δεύτερη φάση (17^ο - 20^ο έτος), ο νέος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος».

Ο Κοσμόπουλος (1994, σελ. 172), χωρίζει την εφηβεία ως εξής:

- α) Στην προεφηβεία (12-14 ετών)
- β) Στην α' εφηβεία (15-16 ετών)
- γ) Στην β' εφηβεία (17-19 ετών).

Η εφηβεία για τον Herbert (1996, σελ. 23), συμπίπτει με τα χρόνια που το παιδί φοιτά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λίγο πιο νωρίς, και λίγο πιο αργά μεταξύ 10-20 ετών), με την διαφορά ότι η χρονική της διάρκεια, ποικίλλει από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Τέλος ο Τσιάντης (1991 σελ. 45) αναφέρει ότι η εφηβεία αρχίζει βαθμιαία, μετά τις αλλαγές που επισημαίνονται στο τελευταίο στάδιο

της λανθάνουσας περιόδου, περίπου στο 11^ο έτος του ανθρώπου. Αυτές οι αλλαγές, προετοιμάζουν το έδαφος, για τα εξής στάδια:

- α) Πρώτο στάδιο ή πρώιμη εφηβεία (11-14 ετών)
- β) Μέσο ή καθ' αυτό εφηβεία (14-17 ετών)
- γ) Τελικό στάδιο (17-21 ετών)

Σύμφωνα με την άποψή μας, το γεγονός ότι κάθε μελετητής με βάση τα δικά του κριτήρια πραγματοποιεί και τον ανάλογο διαχωρισμό των περιόδων της εφηβείας, τεκμηριώνει την άποψη ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη και ευάλωτη αναπτυξιακή περίοδο στην ζωή του ανθρώπου.

Βιοσωματικός τομέας

Στον βιοσωματικό τομέα (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 16), οι μεταλλαγές της ήβης είναι τόσο απότομες και καθολικές, που δίνουν την εντύπωση ότι η εφηβεία είναι μια «δεύτερη γέννηση», όπως χαρακτηριστικά την έχει αποκαλέσει ο Rousseau.

Ο άνθρωπος δηλαδή σύμφωνα με τον Rousseau (Χουρδάκη, 1992 σελ. 147), μια φορά γεννιέται για το είδος, το ανθρωπινό ον, και μια δεύτερη φορά γεννιέται στην εφηβική ηλικία για το γένος, δηλαδή το φύλο.

Ο Freud όμως (Χουρδάκη 1992) διαφώνησε με την άποψη του Rousseau, υποστηρίζοντας πως ο άνθρωπος γεννιέται μια φορά και για τα δύο, και ότι είναι τοποθετημένος σαν φύλο, από την στιγμή όπου θα γεννηθεί.

Οι (Παρασκευόπουλος 1985, Κοσμόπουλος 1994, Herbert 1996, Τσιάντης 1998, Φρ. Ντόλτο 1998) συμφωνούν ότι, η ραγδαία αύξηση και μεταλλαγή στην δομή και λειτουργία όλων των μελών και οργάνων του σώματος, αποτελεί το κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας.

Ορισμένες μάλιστα από αυτές τις αλλαγές είναι ορατές και αναφέρονται σε εξωτερικά - φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά, ενώ άλλες μπορεί να μην είναι εμφανείς, διότι συμβαίνουν στα εσωτερικά όργανα και λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Στο σύνολό τους αφορούν το ύψος, το βάρος τις αναλογίες του σώματος, την λειτουργία των οργανικών συστημάτων, με κορυφαία την βιοσωματική ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας, την αποκαλούμενη ήθη.

Όπως έχει ήδη ειπωθεί παραπάνω, μια από τις πιο χαρακτηριστικές βιοσωματικές αλλαγές της ήθης, είναι η ραγδαία και απότομη αύξηση των διαστάσεων του σώματος, το «αυξητικό τίναγμα» όπως το αναφέρουν ο Παρασκευόπουλος (1985) και ο Herbert (1996), ενώ ο Κοσμόπουλος (1994) το αποκαλεί «εφηβικό ξεπέταγμα».

Έτσι η απότομη αύξηση του σώματος του νέου, τεκμηριώνει την άποψη του Παρασκευόπουλου (1985), ότι ο έφηβος φαίνεται «όλος χέρια και πόδια», καθώς επίσης και την άποψη του Μάνου (1986), ότι η εφηβεία είναι η περίοδος των «κοντών ενδυμάτων».

Πολλοί έφηβοι (Παρασκευόπουλος 1985, Μάνος 1986, Herbert 1996), οι οποίοι παλαιότερα είχαν αποκτήσει τον επαρκή έλεγχο των μυών και τον συντονισμό των κινήσεων, λόγω της απότομης αύξησης των

μακριών τους οστών, καθώς επίσης και το μέγεθος των υπόλοιπων αναλογιών του σώματός τους παρουσιάζουν αδεξιότητα στις κινήσεις τους, γεγονός το οποίο μπορεί να έχει αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις στην αυτοεκτίμησή τους. Πρόκειται όμως για μια παροδική δυσμορφία, αφού στο τέλος της εφηβείας, οι αναλογίες του σώματος αποκαθίστανται.

Τα αγόρια σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Herbert (1996 σελ. 26), υφίστανται σημαντική αύξηση των μυϊκών τους ιστών και της δύναμής τους, ενώ τα κορίτσια αναπτύσσουν περισσότερο τους λιπαρούς τους ιστούς, αποκτώντας ένα πιο απαλό και καμπυλώδες περίγραμμα σώματος. Παράλληλα, στα αγόρια διευρύνεται η ωμοπλάτη, ενώ στα κορίτσια η λεκάνη.

Οι (Παρασκευόπουλος 1985, Μάνος 1986) αναφέρουν ότι εξίσου έκδηλες αλλαγές, παρουσιάζονται και στο πρόσωπο. Έτσι, η μύτη μεγαδύνεται ταχύτερα από τα υπόλοιπα μέρη του προσώπου, το σαγόνι γίνεται πιο πλατύ, ενώ ο χρωματισμός της ίριδας γίνεται ανοικτότερου χρώματος. Το μέτωπο χάνει πλέον την παιδική καμπύλη, ενώ δύο εσοχές αρχίζουν να διαφαίνονται πάνω από τον μετωπιαίο όγκο. Η φυσιογνωμία του εφήβου γίνεται εκφραστικότερη, ενώ τα δόντια παίρνουν τις τελικές τους διαστάσεις. Αργότερα, αναπτύσσονται το στόμα, τα χείλη, και το σαγόνι.

Έτσι, ενώ αρχίζει να γίνεται σαφής ο σωματότυπος (Παρασκευόπουλος, 1985 σελ. 36) από το τέλος της παιδικής ηλικίας, στην διάρκεια της εφηβείας παίρνει την τελική του μορφή. Συνήθως, τα

εκτομορφικά δηλ. ισχνά, λεπτόσωμα άτομα παρουσιάζουν απότομες εξάρσεις και ταχύτατο ρυθμό στις βιοσωματικές αλλαγές, ενώ τα ενδομορφικά άτομα, δηλ. παχουλά με σφαιρική εμφάνιση άτομα, ακολουθούν βραδύτερο και ομαλότερο αναπτυξιακό ρυθμό. Τα μεσομορφικά, δηλαδή γεροδεμένα, αθλητικά άτομα, ακολουθούν έναν ενδιάμεσο ρυθμό, ανάπτυξης.

Στην περίοδο της εφηβείας τόσο το νευρικό, κυκλοφορικό, αναπτυξιακό και πεπτικό σύστημα, συμβαίνουν ουσιώδεις μεταλλαγές. Το οργανικό όμως σύστημα που συγκριτικά με τα υπόλοιπα υπερτερεί, είναι το γεννητικό. Το τέλος της παιδικής ηλικίας για το αγόρι (Herbert, 1996, σελ. 26), σηματοδοτείται με την αύξηση του μεγέθους των όρχεων του όσχεου και του πέους, ενώ στα κορίτσια παρατηρείται αύξηση στον αναπτυξιακό ρυθμό του στήθους, της μήτρας και των ωοθηκών. Στα αγόρια ένας από τους κυριότερους δείκτες έναρξης της ήβης είναι η εκσπερμάτωση, ενώ στα κορίτσια η πρώτη έμμηνος ρύση.

Τις συγκεκριμένες φυσιολογικές αλλαγές (Herbert 1996, σελ. 31), τα αγόρια όσο και τα κορίτσια, μπορεί να τις αντιμετωπίζουν με οδυνηρή αμηχανία και ενοχή. Μερικοί μάλιστα έφηβοι /ες, δυσανασχετούν από το γεγονός ότι η ονειρώξη, δηλ. ακούσια εκσπερμάτωση την ώρα του ύπνου, και η εμμηνόρροια, είναι πράγματα που δεν μπορούν να ελέγξουν. Οι φόβοι τους μπορεί να είναι παράλογοι, ενώ παράλληλα μπορεί να έχουν τις ρίζες τους σε παιδικές φαντασιώσεις.

Οι (Παρασκευόπουλος 1985, Ιεροδιακόνου 1990, Κοσμόπουλος 1994, Herbert 1996, Φρ. Ντόλτο 1998) επισημαίνουν ότι το βασικότερο αίτιο

που προκαλεί τις ραγδαίες και βαθιές αλλαγές της εφηβείας, είναι οι μεταβολές στην λειτουργία των ενδοκρινών αδένων. Οι ορμόνες άλλωστε διαδραματίζουν ρυθμιστικό ρόλο στην λειτουργία και την ανάπτυξη διάφορων συστημάτων του οργανισμού, και εξασφαλίζουν την βιολογική ομοιόσταση.

Η βιοσωματική ανάπτυξη (Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 53) μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, την γενική σωματική υγεία, το είδος διατροφής, αλλά και τις κλιματολογικές συνθήκες. Τέλος, οι (Παρασκευόπουλος 1985, Μάνος 1986, Κόνγκερ 1981, Ιεροδιακόνου 1990) υποστηρίζουν ότι, υπάρχουν τεράστιες διαφορές όσον αφορά στον χρόνο έναρξης των βιοσωματικών αλλαγών, την διάρκεια, την ένταση, αλλά και τον ρυθμό πραγμάτωσής τους.

Γενικά οι μελετητές υποστηρίζουν ότι, τα κορίτσια ωριμάζουν νωρίτερα από τα αγόρια. Συγκεκριμένα οι Παρασκευόπουλος (1985), Ιεροδιακόνου (1990), Herbert (1996) αναφέρουν ότι, τα κορίτσια ωριμάζουν $\frac{1}{2}$ με 2 χρόνια νωρίτερα από τα αγόρια, ενώ ο Μάνος (1986) τονίζει ότι μέχρι το 14^ο έτος τα κορίτσια, υπερέχουν σε σχέση με τα αγόρια. Μετά όμως το 14^ο έτος, τα δεύτερα, προηγούνται.

Γνωστικός τομέας

Η θεωρία του Piaget κατά του μελετητές, αποτέλεσε το επικρατέστερο θεωρητικό πλαίσιο για την περιγραφή και την ερμηνεία

της γνωστικής ανάπτυξης του ανθρώπου, σύμφωνα με την οποία το αναπτυσσόμενο άτομο εισέρχεται στο συγκεκριμένο στάδιο, γύρω στα δώδεκα του χρόνια, ενώ αυτή η περίοδος καλείται περίοδος της αφαιρετικής σκέυης.

Αναλυτικότερα σύμφωνα με τον Piaget (Δημητρίου & Γωνίδα 1998 σελ. 148), το αναπτυσσόμενο άτομο στην σκέψη του αντιστρέφει τις σκέυεις πραγματικού - δυνατού. Αφετηρία των σκέυεων του εφήβου δεν είναι αναγκαστικά το τι πραγματικά υπάρχει, αλλά μπορεί παράλληλα να σκέφτεται για δυνατότητες που θα μπορούσαν να υπάρξουν. Το φανταστικό, το συμβολικό, το υποθετικό και το πιθανό γίνονται αντικείμενο στην σκέψη του εφήβου, ο οποίος κυρίως συλλογίζεται το «τι θα γινόταν» αντί του «τι γίνεται».

Αποτέλεσμα αυτού του γνωστικού επιτεύγματος (ο.π), είναι να διαπιστώνει ο νέος και να βιώνει παράλληλα αντιφάσεις και συγκρούσεις στην κοινωνία, οι οποίες σύμφωνα με τον Piaget, είναι η αιτία της κριτικής στάσης που ο νέος έχει απέναντι στα κοινωνικά ζητήματα και τον ιδεαλισμό που τον χαρακτηρίζει.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Μάνος (1986, σελ. 134), εκτός από την ικανότητα που έχει ο έφηβος να συλλαμβάνει αφηρημένες έννοιες και να προβαίνει σε γενικεύσεις, μπορεί ταυτόχρονα να στρέφεται προς τον εσωτερικό, ψυχικό του κόσμο, ενώ μπορεί παράλληλα ν' αντιλαμβάνεται με αρκετή αντικειμενικότητα τις πνευματικές του ικανότητες, τις κλίσεις, τα ενδιαφέροντά του και την σχέση του προς τα άλλα άτομα, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της

προχωρημένης εφηβείας, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι οι εκτιμήσεις του πάντοτε είναι σωστές.

Παράλληλα με την αυτογνωσία ο Μάνος (1986) υποστηρίζει ότι ο έφηβος έχει την ικανότητα να γνωρίσει και τους άλλους ανθρώπους, ενώ παίρνει μέρος σε συζητήσεις, και με επιχειρήματα προσπαθεί να τους πείσει για την αλήθεια των απόψεών του, είτε ν' αντικρούσει τις απόψεις των άλλων, ακόμη και να συμφωνήσει μαζί τους.

Η ικανότητα του εφήβου (Παρασκευόπουλος, 1985 σελ. 176), να παίρνει τα προϊόντα της σκέψης του προκειμένου να τα χρησιμοποιεί ως υλικά για νέους συλλογισμούς, και να σκέπτεται τόσο για τις δικές του, όσο και για τις σκέψεις των άλλων, καταλήγει στον λεγόμενο γνωστικό εγωκεντρισμό.

Σύμφωνα λοιπόν με τον γνωστικό εγωκεντρισμό, ο έφηβος έχοντας ως επίκεντρο των ενδιαφερόντων του και της σκέψης του στον εαυτό του, νομίζει ότι και οι υπόλοιποι ασχολούνται με τον ίδιο με αποτέλεσμα να πιστεύει ότι στις κοινωνικές του εκδηλώσεις είναι το «επί σκηνής» πρόσωπο, ενώ οι άλλοι είναι οι θεατές του, το «φανταστικό ακροατήριο», χαρακτηρισμοί οι οποίοι έχουν αποδοθεί από τον David Elkind (Παρασκευόπουλος 1985).

Ο Αναστασόπουλος (1998, σελ. 54) παράλληλα τονίζει ότι, ο εγωκεντρισμός του εφήβου οφείλεται τόσο στον ναρκισσισμό του, όσο την αίσθηση ανασφάλειας και αδυναμίας, λόγω της μειωμένης επιρροής των εσωτερικευμένων καλών γονεϊκών αντικειμένων.

Ένα άλλο συναφές προς τον γνωστικό εγωκεντρισμό φαινόμενο (Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 176) είναι ο λεγόμενος προσωπικός μύθος, σύμφωνα με τον οποίο ο έφηβος νομίζει πως τα προσωπικά του βιώματα, είναι μοναδικά και ανεπανάληπτα. Πιστεύει παράλληλα ότι κανείς άλλος δεν μπορεί να νιώσει όπως ο ίδιος, ενώ ταυτόχρονα παραπονιέται ότι κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει.

Ο γνωστικός εγωκεντρισμός μειώνεται σταθερά προς το τέλος της εφηβείας, και βαθμιαία την θέση του προσωπικού μύθου παίρνει μια ανανεωμένη ατομικότητα, ενώ την θέση του φανταστικού ακροατηρίου μια σχέση αμοιβαιότητας και αλληλοκατανόησης.

Μια άλλη πλευρά της προσωπικότητας που βρίσκεται σε εξάρτηση από τις νέες γνωστικές δομές του εφήβου (Παρασκευόπουλος, 1985 σελ. 161) είναι το επίπεδο ανάπτυξης της ηθικότητας. Έτσι το νέο άτομο, προκειμένου να μπορέσει να εγκαταλείψει την συμβατική ηθική όπου οι πράξεις κρίνονται με βάση τα πρότυπα και τις προσδοκίες των άλλων, και να κατακτήσει την ανώτερη βαθμίδα της ηθικότητας όπου οι πράξεις κρίνονται και κατανοούνται εσωτερικώς με κριτήρια αξιολογικά και πρότυπα που το ίδιο το άτομο έχει σκεφτεί, αποδεχτεί και εσωτερικεύσει, απαραίτητη είναι η συνέργεια της τυπικής σκέυης.

Το γεγονός ότι ο έφηβος αποκτά νέες γνωστικές δομές, τρόπους έκφρασης και επικοινωνίας, έχει σαν αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές διαφορές, ακόμη και στον γλωσσικό τομέα.

Έτσι το λεξιλόγιο του εφήβου (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 132), αυξάνεται σε μέγεθος. Και ενώ στο 14^ο έτος, ο μέσος όρος λέξεων που αυθόρμητα χρησιμοποιεί ο νέος είναι 8.000-10.000 λέξεις, στο 20^ο έτος κυμαίνεται μεταξύ 18.000-20.000 λέξεις. Το λεξιλόγιο παράλληλα, υφίσταται διαφοροποιήσεις και στο εννοιολογικό περιεχόμενο με αποτέλεσμα οι λέξεις να αποκτούν πληρέστερο νόημα, ενώ ταυτόχρονα χρησιμοποιούνται και κατανοούνται επιστημονικοί, εξειδικευμένοι επαγγελματικοί όροι, και για πρώτη φορά κατανοούνται οι μεταφορικές έννοιες και φράσεις.

Οι (Κόνγκερ 1981, Παρασκευόπουλος 1985) συμμερίζονται την άποψη ότι, η γλωσσική ανάπτυξη στην εφηβική ηλικία, δεν επηρεάζεται μόνο από τις νέες νοητικές δομές, αλλά και από τις συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του εφήβου. Ο λόγος παράλληλα, αποκτά και ένα προσωπικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να παίρνει την μορφή εσωστρεφούς μονόλογου και εσωστρεφούς διαλόγου, όπου το άτομο προσπαθεί να επικοινωνήσει και να κατανοήσει τον ίδιο του τον εαυτό.

Ακόμη μια εξίσου ενδιαφέρουσα διάσταση όσον αφορά στην επικοινωνιακή συμπεριφορά του εφήβου, αποτελεί η γλώσσα της εφηβικής κουλτούρας.

Έτσι λοιπόν ο Παρασκευόπουλος (1985, σελ. 134) μας πληροφορεί ότι οι έφηβοι υιοθετούν ένα ειδικό λεξιλόγιο (argot), το οποίο χρησιμοποιείται και επινοείται από τις εφηβικές ομάδες, ως στοιχείο ταύτισης του ατόμου σ' αυτές.

Και ο Αναστασόπουλος (1998 σελ. 64) παράλληλα τάσσεται υπέρ της παραπάνω άποψης, ενώ παράλληλα επισημαίνει, ότι στην γλώσσα των εφήβων συχνά υιοθετούνται ηχογενείς είτε προσαρμοσμένες ξένες λέξεις μιας κυρίαρχης υποκοιτούρας, με αποτέλεσμα τα πράγματα για τον έφηβο ν' αποκτούν καινούριο νόημα και ταυτότητα, ώστε να του δημιουργείται η εντύπωση ενός ξεχωριστού συμβολικού κόσμου, προστατευμένο από τους κώδικες των εφήβων.

Πριν ακόμη κλείσουμε το θέμα της γνωστικής ανάπτυξης του εφήβου, αξίζει να αναφέρουμε ότι αφ' ενός η θεωρία του Piaget μπορεί να αποτελέσει το επικρατέστερο θεωρητικό πλαίσιο σε αυτή, αφ' ετέρου όμως δέχτηκε και τις επικρίσεις των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων, τα οποία δεν συνηγορούν υπέρ αυτής της άποψης.

Έτσι, ενώ ο Piaget υποστήριζε ότι η γνωστική ανάπτυξη ολοκληρώνεται γύρω στα τέλη της εφηβείας πολλοί ερευνητές όμως σύμφωνα με την Δημητρίου & Γωνίδα (1998, σελ. 152) υποστηρίζουν ότι η γνωστική ανάπτυξη συνεχίζεται μέχρι το τέλος της ζωής, ενώ το είδος της σκέψης που επιτυγχάνεται στην εφηβική περίοδο, αποτελεί απλά ένα ενδιάμεσο στάδιο στην διαδρομή της γνωστικής ανάπτυξης.

Συναισθηματικός τομέας

Σύμφωνα με τους (Παρασκευόπουλο 1985, Τσιάντη 1991, Herbert 1996, Ντόλτο 1998), το κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό όσον αφορά τον συναισθηματικό τομέα, είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης.

Η συναισθηματική ζωή του εφήβου (Παρασκευόπουλος 1989, σελ. 17) περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις όπως χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας. Αυτός ο ψυχικός αναβρασμός της εφηβικής ηλικίας, είναι το κυρίως αποτέλεσμα των βιολογικών αλλαγών της ήβης και του ορμονικού συστήματος του εφήβου, καθώς επίσης και του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζει.

Παρόμοια είναι και η άποψη του Τσιάντη (1991 σελ. 112) ο οποίος επισημαίνει ότι, η ψυχική ισορροπία του νέου διαταράσσεται λόγω της μεγάλης ενστικτώδους δραστηριότητας που οφείλεται στην ήβη, η οποία μπορεί να τον οδηγήσει σε ακόμη μία ευάλωτη και ευαίσθητη προσωπικότητα.

Ο Martin Herbert (1996, σελ. 27) στην προσπάθειά του να αποδώσει με τον δικό του τρόπο τις συναισθηματικές μεταπτώσεις του εφήβου, τον αποκαλεί δύμα των βιολογικών αλλαγών, τις οποίες όμως δεν είναι πάντοτε σε θέση να κατανοήσει.

Κατά τον Rutter (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 31) η ψυχική αναστάτωση που συμβαίνει στην εφηβεία είναι κυρίως εσωτερική, η οποία μάλιστα σε φυσιολογικές περιπτώσεις, δεν παίρνει διαστάσεις πέρα από την αίσθηση της μιζέριας, της αυτο - υποτίμησης και του ευμετάβλητου συναισθήματος.

Η Ντόλτο (1998, σελ. 17) παρομοιάζει την συναισθηματική αστάθεια του εφήβου με τους αστακούς, οι οποίοι όταν αλλάζουν το εξωτερικό τους περίβλημα, τότε μένουν χωρίς άμυνα όσο χρόνο θα χρειαστεί να

φτιάξουν ένα καινούριο. Όπως λοιπόν οι αστακοί σ' όλο αυτό το διάστημα αλλαγής κινδυνεύουν, έτσι και η προσωπικότητα των εφήβων μπροστά στις νέες βιοψυχοκοινωνικές απαιτήσεις χάνει την ανεκτικότητα της, και παρουσιάζεται περισσότερο ευάλωτη.

Ο Μανωλόπουλος (1987, σελ. 47) αναφέρει ότι σ' αυτή την εξελικτική φάση το Εγώ του εφήβου γίνεται ευάλωτο, εξαιτίας της εναλλαγής των παλινδρομικών και προοδευτικών κινήσεων που συνεπάγεται η προσπάθειά του, να οργανώσει τις καινούριες εμπειρίες της ήβης. Το Εγώ, κατακλύζεται από τις ενορμήσεις της ήβης και «αιφνιδιάζεται», καθώς είναι υποχρεωμένο να απαρτιώσει την νέα εικόνα ενός σεξουαλικά ώριμου σώματος. Οι συγκεκριμένες διεργασίες ευθύνονται για τις αλυσιδωτές ψυχολογικές μεταλλάξεις.

Η Anna Freud (1958) υποστήριξε ότι, η αναταραχή στην εφηβεία δεν είναι μόνο αναπόφευκτη, αλλά και απαραίτητη για την ομαλή εξέλιξη του ατόμου, ενώ οι Aarons (Μανωλόπουλος 1987, σελ. 44) δηλώνουν ότι ακόμη και όταν η εφηβεία δεν είναι ταραγμένη και θορυβώδης, συνοδεύεται οπωσδήποτε από εσωτερική ρευστότητα, η οποία αποτελεί ένδειξη και σημάδι υγείας, ενώ παράλληλα γίνονται διεργασίες αναδιοργάνωσης της προσωπικότητας. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι, ούτε η φαινομενικά θορυβώδης, αλλά ούτε και η ήρεμη από άποψη συμπεριφοράς εφηβεία αποκλείουν την υποκείμενη παθολογία.

Σύμφωνα με τη δική μας κρίση, η άποψη του Αμπατζόγλου (περιοδικό: Γαληνός 1995α, τόμος 37^{ος}, τεύχος 5^ο, σελ. 559), ανακεφαλαιώνει συνοπτικά, τα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω.

«Το παράδοξο της εφηβείας, σχετίζεται με όλες τις αντιφάσεις που διαπερνούν τον έφηβο, τις οποίες και ο ίδιος βιώνει με έντονο τρόπο, τόσο σε ψυχικό, όσο και σε σωματικό επίπεδο. Ο έφηβος είναι συγχρόνως εγωιστής και αλτρουιστής, επιθυμεί να είναι ανεξάρτητος ενώ ζητά για ασήμαντα πράγματα βοήθεια, είναι ατομιστής αλλά χάνεται μέσα σε μία παρέα, η σκέψη του ανοίγεται σε ατέλειωτες υποθέσεις και αμφιβολίες, ενώ το σώμα του μεταμορφώνεται ριζικά σε κάτι το οριστικό και τελειωμένο. Όλα αυτά του προκαλούν αυτές τις παράξενες συμπεριφορές, που εύκολα μπορούν να εκληφθούν ως παθολογικές».

Κοινωνικός τομέας

α. Σχέσεις εφήβου με γονείς

Στην περίοδο της εφηβείας ο νέος σύμφωνα με τον Βίος (Μανωλόπουλος 1987, Τσιάντης 1998), εγκαταλείπει τις εξαρτητικές σχέσεις από τα εσωτερικευμένα γονεϊκά πρότυπα, αποκτώντας με αυτό τον τρόπο την αίσθηση συνέχειας και συνοχής του εαυτού και των αντικειμένων.

Αυτή, είναι η λεγόμενη δεύτερη διεργασία αποχωρισμού - ατομικοποίησης, η οποία παραλληλίζεται με την ομώνυμη διεργασία ανάπτυξης στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής, και τελειώνει, όταν επιτυγχάνεται η αίσθηση της συναισθηματικής μονιμότητας του αντικειμένου. Κατά πόσο μάλιστα τόσο ο έφηβος, όσο και οι γονείς του, πρόκειται να ισορροπήσουν σ' αυτή την επώδυνη διεργασία όπως

την χαρακτηρίζει ο Blos, θα εξαρτηθεί από τον βαθμό εξάρτησης του παιδιού από τους γονείς του, και αντίστροφα.

Ο έφηβος (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 58), στην προσπάθειά του ν' ανεξαρτοποιηθεί γίνεται αντιρρησίας, ακατάστατος με ευμετάβλητη διάθεση, απροσδόκπτος, αποκτά νέες συνήθειες, είναι ευερέδιστος, κριτικός είτε σαρκαστικός, αποφεύγει την σωματική επαφή ή τρυφερότητα από τα συγγενικά του πρόσωπα, ενώ επιτρέπει ελάχιστα τους γονείς του να επεμβαίνουν και να ελέγχουν τις ενέργειες του.

Οι (Μανωλόπουλος 1987, Μάνος 1986, Ιεροδιακόνου 1990, Ντόλτο 1998, Τσιάντης 1998) συμφωνούν και επισημαίνουν ότι, ο έφηβος απογοπεύεται όταν διαπιστώνει πως οι γονείς του δεν είναι τέλεια πλάσματα όπως πίστευε κάποτε, γι' αυτό και αισθάνεται έντονα την ανάγκη να συναναστρέφεται και να ταυτίζεται με άτομα εκτός του οικογενειακού του περιβάλλοντος, ενώ παράλληλα δημιουργεί νέα ινδάλματα.

Σύμφωνα με την Hurlock (Μάνος 1986, σελ. 204), οι πιο συχνές προστριβές του εφήβου είναι αυτές με την μητέρα του, και φθάνουν στο ανώτατο όρο στο 15^ο έτος της ηλικίας του. Το κορίτσι έχει περισσότερες προστριβές με τον πατέρα της γύρω στο 17^ο έτος της ηλικίας της, ενώ το αγόρι συγκρούεται περισσότερο με τον πατέρα του, γύρω στο 13^ο έτος της ηλικίας του.

Στην προσπάθειά του ο έφηβος ν' αφήσει το καταφύγιο της παιδικής του ηλικίας, ο Nooman (Γαβριηλίδου 1998, σελ. 183) μας πληροφορεί ότι στον ίδιο προκαλείται ένα ακαθόριστο πένθος για το τέλος της

παιδικής του ασφάλειας, σύμφωνα με το οποίο εμφανίζονται έντονες ενδογυχνικές συγκρούσεις ανάμεσα στις αυξημένες ενορμήσεις και τις εσωτερικές απαγορεύσεις, καθώς επίσης και στα αμφιδυμικά συναισθήματα προς τους γονείς του από τους οποίους επιθυμεί να αποδεσμευτεί συναισθηματικά, και να διαφοροποιηθεί.

Ο έφηβος σύμφωνα με τον Στεφανάτο (1997, σελ. 28), οφείλει να υποστεί το πένθος της μη παντοδυναμίας των εσωτερικευμένων γονεικών αντικειμένων, προκειμένου έπειτα να οδηγηθεί στην αναγνώριση της διαφοράς αλλά και της συμπληρωματικότητας των φύλων, στην απόκτηση μιας σεξουαλικής ταυτότητας, καθώς επίσης και στην κατάκτηση μιας σχετικής ανεξαρτησίας.

Όταν όμως ο έφηβος από μικρός βιώνει απογοητεύσεις, τότε σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Μανωλόπουλος (1987, σελ. 47), ο εαυτός του δεν κατάφερε να αποκτήσει αυτονομία, με αποτέλεσμα να μην είναι ικανός στην εφηβεία, ν' αποδεχθεί την διεργασία της αποεπένδυσης του αντικειμένου. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αντί για πένθος ο νέος, να εμφανίζει κατάθλιψη και να νιώθει απονεκρωμένος. Έτσι, καταφεύγει είτε σε αυτοερεθισμούς (σεξ, ναρκωτικά), είτε παίρνει εκδίκηση για τον πόνο της απογοήτευσης με σιδερόβεργες, μολότοφ και αλυσίδες.

Όταν συμβεί μάλιστα οι γονείς να ταπεινωθούν στην πραγματικότητα (ανεργία), τότε αυτό το γεγονός μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί στον έφηβο μια μαζική απογοήτευση, η οποία είναι

δυνατόν ν' αναστείλει την διαδικασία του φυσιολογικού πένθους, ακόμη και την δυνατότητά του για νέες ταυτίσεις.

Ο έφηβος, προκειμένου να προστατευτεί από τις εξαρτητικές τάσεις προς τους γονείς του, κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι σύμφωνα με την Anna Freud (1958), είναι οι εξής:

- α) Η μετάθεση της λίμπιντο
- β) Η αναστροφή του συναισθήματος
- γ) Η απόσυρση της λίμπιντο, και η επένδυσή της στον εαυτό.
- δ) Παλινδρόμηση

Όταν οι παραπάνω μηχανισμοί δεν επαρκούν, τότε κινητοποιούνται άλλοι μηχανισμοί οι οποίοι δίνουν την εικόνα:

α) Του ασκητικού εφήβου που έχει κηρύξει ολοκληρωτικό πόλεμο εναντίον κάθε απόλαυσης, χωρίς διάκριση

β) Του ασυμβίβαστου εφήβου που προσπαθεί να εμποδίσει το νου να δεχθεί οποιαδήποτε επίδραση από το σώμα - πηγή επιθυμιών ενώ παράλληλα αρνείται κάθε συμβιβασμό μεταξύ ενορμήσεων, και πραγματικότητας.

Η αδυναμία του Εγώ κατά του Βίος (Μανωλόπουλος 1987, σελ. 47) είναι σχετική λόγω της αύξησης της δύναμης των ενορμήσεων, αλλά και απόλυτη, επειδή ο έφηβος απορρίπτει την υποστήριξη του γονεϊκού Εγώ, το οποίο τον βοηδούσε όποτε χρειαζόταν σαν προέκταση του δικού του Εγώ, να μπορεί να ελέγχει το άγχος και να ρυθμίζει παράλληλα την αυτοεκτίμησή του.

Απορρίπτοντας την αυθεντία των γονέων του ο έφηβος (Μανωλόπουλος 1987, Γαβριλίδου 1998), μένει μετέωρος, εύκολη λεία απογοτεύσεων, και ναρκισσιστικών τραυμάτων. Στην προσπάθειά του όμως να αναζητήσει την σιγουριά, μπορεί να αρχίσει σύμφωνα με τον Μανωλόπουλο (1987, σελ. 48) να εξιδανικεύει πάλι τους γονείς του, και να συμμορφώνεται παράλληλα με τις υποδείξει τους.

Παρόμοια με την παραπάνω άποψη, είναι και αυτή του Κολιούσκα (1981 σελ. 172) σύμφωνα με την οποία η ψυχική σφαίρα του εφήβου μπορεί να μεταβάλλεται συνεχώς, με αποτέλεσμα να προβληματίζονται τόσο ο ίδιος, όσο και η οικογένειά του. Ωστόσο όμως, παρ' όλη την φαινομενική άρνηση του νέου να συμβιβαστεί και να δεχτεί συμβουλές, ενδόγυχα έχει την ανάγκη ενός στιβαρού και στοργικού χεριού που θα τον καθοδηγεί στις ενέργειές του.

Ο Τσιάντης (1991^α, σελ. 48) επισημαίνοντας αρχικά, ότι ο έφηβος κινείται μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας, υποστηρίζει έπειτα ότι η αγάπη για τους γονείς του παραμένει, ακόμη και μεγαλώνει.

Τέλος, για το ίδιο θέμα η Γαβριλίδου (1998, σελ. 191) αναφέρει ότι ο έφηβος, μπορεί να συγκρούεται και να κριτικάρει τους γονείς του ότι έχουν ξεπερασμένες αντιλήψεις προκειμένου να «σπάσει» τις αλυσίδες εξάρτησης και να ανακαλύψει τις δικές του αξίες, απόψεις και συναισθήματα, δεν είναι όμως σε θέση να εγκαταλείψει αυτούς με τους οποίους μεγάλωσε.

Η κατάθλιψη στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών

Μερικά από τα προβλήματα που οι νεαροί έφηβοι τα βρσκουν εύκολα ή δύσκολα να τα συζητήσουν με τους γονείς τους, σε σειρά δυσκολίας:

Προβλήματα με τη μητέρα	Προβλήματα με τον πατέρα
Θέμα	Θέμα
σεξ θωπείες ξενύχτια κακή συμπεριφορά	σεξ θωπείες φλερτάρισμα γάμος
φλερτάρισμα ποτό γάμος αρραβώνας κάπνισμα χρήση αυτοκινήτου υγιεινές συνήθειες προγράμματα των γονέων φίλοι του άλλου φύλου φίλοι του ίδιου φύλου δοξασίες (πίστεις) μοναξιά κοινωνική συμπεριφορά	ξενύχτια υγιεινές συνήθειες κακή συμπεριφορά αρραβώνας ασθένειες ποτό δοξασίες (πίστεις) προγράμματα των γονέων κάπνισμα περιποίηση φίλων φίλοι του άλλου φύλου μοναξιά χρήση αυτοκινήτου
χαρτζιλίκι ασθένειες τα οικονομικά της οικογένειας τα ενδύματα και η φροντίδα τους φροντίδα της περιουσίας συνήθειες φαγητού φόβοι αποτυχίες ή ήττες περιποίηση φίλων η εκπαίδευση του εφήβου είδη διασκέδασεων	τα ενδύματα και η φροντίδα τους κοινωνική συμπεριφορά καταμερισμός εργασίας χαρτζιλίκι φίλοι του ίδιου φύλου τρόπος ενδυμασίας φόβοι τα οικονομικά της οικογένειας είδη διασκέδασεων τροφή αποτυχίες ή ήττες
έξοδα αυτοκινήτου καταμερισμός εργασίας τροφή πολιτικά και κοινωνικά θέματα τρόπος ενδυμασίας συγγενείς επαγγελματική αποκατάσταση δουλειές, θερινή εργασία	η εκπαίδευση του εφήβου συγγενείς φροντίδα της περιουσίας επαγγελματική αποκατάσταση δουλειές, θερινή εργασία συνήθειες φαγητού έξοδα αυτοκινήτου πολιτικά και κοινωνικά θέματα
μεγάλη δυσκολία	μεγάλη δυσκολία
μέση δυσκολία	μέση δυσκολία
μικρή δυσκολία	μικρή δυσκολία

Μάνος (1986)

β. Σχέσεις εφήβου με συνομηλίκους

Με την είσοδο των νέων στην εφηβεία, ο περιορισμένος κοινωνικός κύκλος της παιδικής ηλικίας διευρύνεται.

Ο έφηβος (Herbert 1996, Τσιάντης 1998, Αναστασόπουλος 1998), αισθάνεται την ανάγκη να συναναστραφεί τόσο προς τους συνομηλίκους του, όσο και προς το άλλο φύλο.

Έτσι μέσω της παρέας ο έφηβος (ο.π.) νιώθει ότι ανήκει κάπου, αναγνωρίζεται, και παράλληλα μπορεί να μοιράζεται κοινές εμπειρίες, να αποκτά καινούριες ενώ παράλληλα δοκιμάζει τις ικανότητες και τα όριά του. Προκειμένου μάλιστα ο νέος να ενταχθεί στην ομάδα των συνομηλίκων του, θα πρέπει να εμφανίζει τα επιθυμητά από τους υπόλοιπους, και σύμφωνα με τις αξίες της ομάδας χαρακτηριστικά.

Η ομάδα των συνομηλίκων (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 62) λειτουργεί ως γέφυρα για την μετάβαση από τις εξαρτητικές σχέσεις με τους γονείς στην καλύτερη δόμηση της ταυτότητας, και στην ανάπτυξη ανεξαρτητικών σχέσεων με τους άλλους ανθρώπους.

Η παρέα (ο.π.) λειτουργεί σαν συμπληρωματικό Εγώ, και στηρίζει τον έφηβο, λυτρώνοντάς τον έτσι, από την κλονισμένη του αυτοπεποίθηση. Το υπερεγώ του, διαχέεται στην ομάδα, έτσι ώστε η ενοχή και ειδικότερα τα άγχη ευνουχισμού και αιμομειξίας που φέρνει στην επιφάνεια η αύξηση των ενορμήσεων και η ψυχική παλινδρόμηση να υποχωρούν, ενώ οι μεγαλειώδεις τάσεις του Ιδεώδες του Εγώ, υποστηρίζουν την κλονισμένη του αυτοεκτίμηση.

Οι ομάδες παράλληλα συγκροτούνται (Μάνος 1986, σελ. 213) από άτομα που έχουν την ίδια ηλικία, νοημοσύνη, κοινωνική τάξη, και ενδιαφέροντα.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Herbert (1996, σελ. 74), οι νέοι που γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους έχουν την τάση να:

α) Εκδηλώνουν ευαισθησία, ανταπόκριση και μεγαλοουχία. Βοηθούν, προσέχουν, αποδέχονται, και περιβάλλουν με στοργή τους συνομηλίκους τους

β) Είναι φιλικοί και δραστήριοι, ενώ παράλληλα νιώθουν σιγουριά στις κοινωνικές τους επαφές

γ) Βλέπουν τα πράγματα από την οπτική γωνία των νέων

δ) Είναι καλοί στην λύση καθημερινών και δύσκολων διλημμάτων που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις

ε) Κάνουν τους άλλους να αισθάνονται ότι τους αποδέχονται και τους υπολογίζουν, προωθώντας και σχεδιάζοντας ευχάριστες ομαδικές δραστηριότητες

στ) Εκδηλώνουν ευσυναίσθηση, η οποία συνεπάγεται την ικανότητα του έφηβου να ρυθμίζει την συμπεριφορά του αναλογιζόμενος το αποτέλεσμα της σε σχέση με το τι θα αισθανθεί ο άλλος, κυρίως όταν αυτός πληγωθεί.

Η Ντόλτο (1998, σελ. 61) με την σειρά της επισημαίνει ότι, όπως όλοι έτσι και οι έφηβοι, αισθάνονται την ανάγκη ν' αναζητήσουν τον

δικό τους Σωσία προκειμένου να νιώσουν δυνατοί, ένα έμπιστο άτομο, για να μοιραστούν τις δυσκολίες τους. Ο νέος γάχνει ένα «ζωντανό καθρέφτη» προκειμένου να έρδει σε αντιπαράθεση με τον εαυτό του για τον οποίο δεν είναι σίγουρος, ενώ παράλληλα ταυτίζεται με τους φίλους του, από φόβο μήπως το απορρίψουν.

Ο Elkind (Γαβριλίδου 1998 σελ. 193), θεωρεί ότι ο εφηβικός εγωκεντρισμός μας βοηθά να κατανοήσουμε την σπουδαιότητα των συνομηλίκων για τον έφηβο. Ο νέος είναι τόσο απασχολημένος με τις αντιδράσεις των άλλων και ιδιαίτερα των συνομηλίκων του ως προς αυτόν, ώστε να είναι πρόθυμος να κάνει πράγματα αντίθετα με τα πιστεύω του και πέρα από τις ικανότητές του, προκειμένου μ' αυτόν τον τρόπο, να αποσπάσει την προσοχή τους.

Οι (Ιεροδιακόνου 1990, Γαβριλίδου 1998) τονίζουν ότι οι φιλίες στην περίοδο της εφηβείας, είναι πολύ στενές. Το πνεύμα όμως της θυσίας του ενός για τον άλλο, μπορεί να θεωρείται μια υγιής κοινωνική τάση, δεν αποκλείει όμως το γεγονός ότι μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα και να κριθούν ως επικίνδυνες, όταν ο έφηβος ταυτίζεται με αποκλίνουσες ομάδες.

Παράλληλα και ο Μάνος (1986 σελ. 220) συμμερίζεται την άποψη, ότι υπάρχουν κίνδυνοι στον έφηβο λόγω της ένταξης αυτού σε ομάδες συνομηλίκων. Αν για παράδειγμα ο αρχηγός της ομάδας είναι αυταρχικός και βίαιος, τότε ο έφηβος είναι δυνατόν να χάσει την προσωπικότητά του και την δυνατότητα για αυτόβουλη έκφραση. Έτσι κινδυνεύει να κατακτήσει ένα άβουλο άτομο, το οποίο ξέρει να εκτελεί

συμβουλές, χωρίς να αναλαμβάνει αξιόλογες πρωτοβουλίες. Επίσης υπάρχει ο κίνδυνος ο αρχηγός είτε τα υπόλοιπα μέλη να έχουν αποκτήσει κακές έξεις (ποτό, ναρκωτικά, τάσεις για κλοπές), και ο έφηβος να τους μιμηθεί.

Ο έφηβος σύμφωνα με την Χουρδάκη (1992, σελ. 206), αποζητά στη φιλία την αποκλειστικότητα, εκτίμηση και την αγάπη. Συμβαίνει όμως συχνά στις ομόφυλες σχέσεις να μην είναι εξισορροπημένες, διότι ο ένας από τους δύο αγαπάει περισσότερο τον άλλο που δέχεται την αγάπη.

Το πολιτισμικό περιβάλλον κάθε κοινωνίας (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 64), επηρεάζει άμεσα την υπαγωγή του εφήβου σε ομάδες συνομηλίκων. Έτσι οι νέοι τείνουν να συμμετέχουν σε μεγαλύτερες ομάδες όπως τα πλήθη, προκειμένου μ' αυτόν τον τρόπο να αισθάνονται μέλη μιας διεθνούς ομάδας, της νεολαίας. Οι ομάδες αυτές καλλιεργούν τις υποκουλτούρες των εφήβων, που μοιράζονται τα βασικά τους στοιχεία και αναπτύσσονται, διατηρώντας όμως κάποιες διαφορές σε κοινωνικοπολιτιστικό ή εθνικό επίπεδο. Οι έφηβοι δεν επιλέγουν το πλήθος, αλλά οδηγούνται σε αυτό από το υπόβαθρο της κουλτούρας, φήμης, προσωπικότητας και ενδιαφερόντων της μεγάλης ομάδας, ενώ η προσωπική αυτοεκτίμηση εξαρτάται από την αξιολόγηση της ομάδας όπου ανήκουν.

Η προσκόλληση του εφήβου στην ομάδα σύμφωνα με τον Brown (ο.π.) βοηθάει στην ανάπτυξη της ατομικότητας και ταυτότητάς του, ενώ παράλληλα δεν κλονίζει τις σχέσεις με τα εσωτερικευμένα γονεϊκά

αντικείμενα. Έτσι, οι έφηβοι τείνουν να ακολουθούν τις συμβουλές των ενηλίκων για τα σχέδιά τους και επαναλαμβάνουν πρότυπα τα οποία προέρχονται από τις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις.

Οι (Μάνος 1986, Χουρδάκη 1992), μας πληροφορούν ότι με την πάροδο της εφηβείας, και εξαιτίας των συναναστροφών του νέου με το αντίθετο φύλο, οι φιλίες και γενικότερα οι παρέες, γίνονται πιο εκλεκτικές.

Από τα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω σχετικά με τις σχέσεις του εφήβου, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι ο νέος έχει ανάγκη να συναναστρέφεται με άτομα εκτός της οικογένειάς του, ώστε να αποδεικνύει στον εαυτό του ότι γίνεται αποδεκτός από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και κυρίως τους συνομηλίκους του, ενώ παράλληλα αποδεσμεύεται με λιγότερο ανώδυνο τρόπο, από τους γονείς του.

Το γεγονός όμως αυτό, δεν σημαίνει ότι ο έφηβος πλέον δεν έχει ανάγκη την επιβεβαίωση της αγάπης και της συμπαράστασης των γονέων του, οι οποίοι ασυνείδητα, τον επηρεάζουν περισσότερο στην διαμόρφωση της ενήλικης προσωπικότητάς του.

Διαμόρφωση ταυτότητας

Ο Erikson (Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 163) υποστήριζε ότι, η ανθρωπίνη προσωπικότητα διαμορφώνεται και εξελίσσεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής, από την γέννηση ως την γεροντική ηλικία, και ότι

σε κάθε φάση της ζωής του το άτομο, αντιμετωπίζει διαφορετικούς στόχους και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν.

Έτσι λοιπόν ο Erikson (ο.π.) έχει διατυπώσει οκτώ διαφορετικά στάδια, τα οποία αποτελούν τις αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ, μέσω των οποίων το άτομο διαμορφώνει νέες αντιλήψεις τόσο για τον ίδιο, όσο και γενικότερα για τον κοινωνικό του περίγυρο, ενώ ταυτόχρονα καλύπτουν όλη την ζωή του.

Στην εφηβεία σύμφωνα με τον Erikson (Μανωλόπουλος 1987, σελ. 57) επιτελείται μια σύνδεση όλων των συνειδητών και ασυνείδητων πλευρών της προσωπικότητας, σε μια ιεράρχηση εικόνων του εαυτού που διαρκεί στον χρόνο. Το αποτέλεσμα αυτής της σύνδεσης έχει ονομαστεί ταυτότητα, η οποία αποτελεί την βασικότερη αναπτυξιακή απαίτηση στον τομέα της προσωπικότητας, την περίοδο της εφηβείας.

Όπως έχει ήδη ειπωθεί παραπάνω, η προσωπική ταυτότητα είναι αποτέλεσμα των συνθετικών ικανοτήτων του Εγώ. Τα στοιχεία λοιπόν που αποκτούν αυτονομία από τον εξωτερικό έλεγχο και τον έλεγχο του Υπερεγώ, και τα οποία συνεισφέρουν στην αυτοεκτίμηση θ' αποτελέσουν στοιχεία της αναδυόμενης ταυτότητας. Το Εγώ, με τις συνθετικές του ικανότητες θα πρέπει να ενσωματώσει τόσο τις συνειδητές όσοι και τις ασυνείδητες πλευρές της προσωπικότητας, έτσι ώστε η διαμόρφωση της ψυχοκοινωνικής του ταυτότητας, να είναι εφικτή.

Έτσι ο έφηβος, σύμφωνα με τους (Παρασκευόπουλος 1985, Herbert 1996, Μοττη - Στεφανίδη 1998), αρχίζει να νιώθει την ατομικότητά του,

θέτει μελλοντικούς στόχους και αναγνωρίζει ότι μπορεί να ελέγξει την ζωή του. Αισθάνεται παράλληλα την ανάγκη, να αποκτήσει μια σαφή εικόνα του ποιός είναι, από πού προήλθε, προς τα πού κατευδύεται, και να θέτει ταυτόχρονα τους μελλοντικούς του στόχους.

Όταν οι έφηβοι αργούν πολύ, είτε αποτυγχάνουν να αποσαφηνίσουν την προσωπική τους ταυτότητα και να της δώσουν περιεχόμενο, τότε σύμφωνα με τον Erikson (Herbert, 1996, σελ. 36) είναι πολύ πιθανόν να βιώσουν κατάθλιψη, ακόμη και απόγνωση, και όλα αυτά σε συνδυασμό με μια αίσθηση κενού και υποτίμησης του εαυτού τους, αποτελούν τις ενδείξεις που ο Erikson ονομάζει «σύγχυση ρόλων».

Ο έφηβος (Μοττη - Στεφανίδη 1998, σελ. 84) στην προσπάθεια του να ανακαλύψει τελικά ποιος είναι, συχνά ταυτίζεται με ήρωες, είδωλα του κινηματογράφου και της μουσικής, είτε μπορεί ν' ασχολείται με διάφορες ιδεολογίες, θεωρίες και κινήματα. Μέσω αυτής της περιπλάνησης ο έφηβος αναζητά μια ιδεολογία, θεωρία ζωής, καθώς επίσης και ένα σύστημα αξιών. Η πίστη που συνεπάγεται η δέσμευση σε ορισμένες αρχές και αξίες στηρίζει την αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας, διότι όσο κανείς υποστηρίζει τις αξίες του, τόσο περισσότερο συνειδητοποιεί την ύπαρξη της ταυτότητάς του.

Η ταύτιση σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι Σακελλαρόπουλος - Παναγιωτοπούλου - Τριανταφύλλου (1987, σελ. 75) δεν είναι μόνο ένας μηχανισμός άμυνας, ούτε αυτό που ονομάζεται μίμηση της εξωτερικής συμπεριφοράς των άλλων ατόμων. Πρόκειται για μια αυτόνομη και κυρίως ασυνείδητη λειτουργία, η οποία συμβάλλει

στην ωρίμανση και εξέλιξη του Εγώ, καθώς επίσης και στην διάπλαση της συμπεριφοράς, του ατόμου.

Μέσα από τις ταυτίσεις που δεν είναι οι γονείς του ο έφηβος (ο.π.) θα ολοκληρώσει την διαδικασία της εγκατάστασης του φύλου του, και μ' αυτό τον τρόπο θα οριστικοποιήσει την ταυτότητά του ως άτομο και τον ρόλο του μέσα σε μια ετερόφυλη σχέση. Οι ταυτίσεις μάλιστα αναδιοργανώνονται και διασταυρώνονται με συναισθήματα αγάπης, επιθετικότητας, εξιδανίκευσης, και με άλλα στοιχεία που συμβάλλουν στην διαμόρφωση και την σύνδεση της προσωπικότητας.

Ο James Marcia (Μόττη - Στεφανίδη 1998, σελ. 85), στηριζόμενος στις θεωρητικές θέσεις του Erikson, μελέτησε και περιέγραψε τις μορφές που μπορεί να πάρει η εξέλιξη της διαμόρφωσης της ταυτότητας κατά την εφηβεία.

Η ταυτότητα σύμφωνα με τον Marcia, είναι μια αυτοδημιούργηση και δυναμική δομή που απαρτίζεται από την οργάνωση των ορμών, τις δεξιότητες, τα πιστεύω και την ατομική ιστορία του εφήβου. Όσο πληρέστερα διαμορφωμένη είναι αυτή η δομή, τόσο καλύτερα τα άτομα συνειδητοποιούν την ατομικότητά τους, τα δυνατά σημεία της προσωπικότητάς τους, και κατά πόσο ομαλή διενεργείται η διαδικασία αποχωρισμού - ατομικοποίησης. Η συγκεκριμένη δομή, δεν είναι στατική, με αποτέλεσμα συνεχώς να της προστίθενται είτε αφαιρούνται στοιχεία.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Marcia (Μόττη - Στεφανίδη 1998), η εξέλιξη διαμόρφωσης της ταυτότητας μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις μορφές:

α) Η πρώτη μορφή διαμόρφωσης είναι η απόσυρση. Ο έφηβος δηλ. αποφεύγει την πρόκληση να εξερευνήσει διάφορους ρόλους και δυνατότητες, ενώ παράλληλα δεν προσπαθεί να αναπτύξει τους δικούς του σκοπούς και στόχους. Αντίθετα, δέχεται τους ρόλους που διαγράφονται κυρίως από τους γονείς του. Αυτοί οι έφηβοι, δεν θεωρείται πως έχουν μια γνήσια προσωπικότητα.

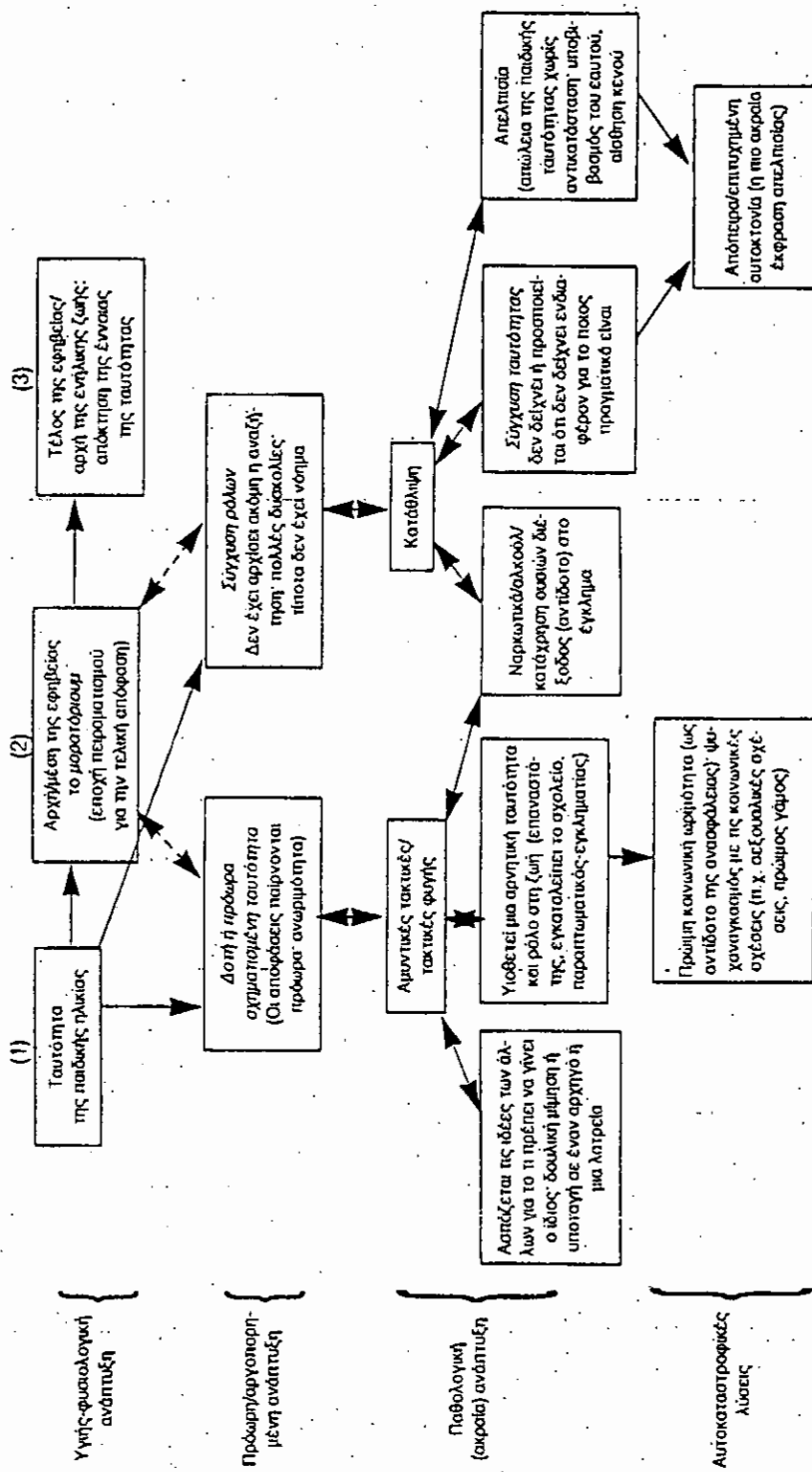
β) Η δεύτερη μορφή, είναι η διάχυση της ταυτότητας, σύμφωνα με την οποία ο έφηβος κατακλύζεται από τις δυνατότητες που του προσφέρονται και αντιμετωπίζει δυσκολίες, μέχρι τελικά να βρει τον δρόμο του. Εξερευνά διάφορους πιθανούς ρόλους, αλλά τελικά εγκαταλείπει την προσπάθεια. Αντιμετωπίζει δυσκολία στο να δεσμευτεί σε μακροπρόθεσμους στόχους, ενώ ζει για την ευχαρίστηση της στιγμής.

γ) Η τρίτη μορφή είναι το «μορατόριουμ», σύμφωνα με το οποίο οι νέοι εξερευνούν τις εναλλακτικές λύσεις που τους προσφέρονται, αλλά δεν είναι ακόμα έτοιμοι να κατασταλλάξουν σε μια ταυτότητα. Οι περίοδοι εξερεύνησης, ακολουθούνται από περιόδους απόσυρσης. Παρ' όλα αυτά όμως, ο τελικός στόχος του εφήβου μοιάζει να είναι η δέσμευση προς κάποια μορφή προσωπικής ταυτότητας, και οι συγκεκριμένοι τρόποι διαμόρφωσης ταυτότητας, θεωρούνται υγιείς.

δ) Η τέταρτη μορφή, είναι η επίτευξη διαμόρφωσης της ταυτότητας, σύμφωνα με την οποία οι έφηβοι, εξερευνούν τις εναλλακτικές λύσεις που τους προσφέρονται, κάνουν συνειδητές επιλογές, και μοιάζουν να

καταλήγουν σε μια ιδεολογία, θεωρία της ζωής, ενώ παράλληλα δεσμεύονται σε ορισμένες αρχές και αξίες.

Από τα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω διαπιστώνεται ότι, στην προσπάθειά τους οι μελετητές της εφηβείας να εξηγήσουν τα στάδια διαμόρφωσης της ταυτότητας των νέων, έχουν υιοθετήσει κυρίως τις απόψεις του Erikson. Παρ' όλα αυτά όμως, ο Herbert (1996, σελ. 35) επισημαίνει ότι υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, τα οποία θέτουν σε αμφισβήτηση την άποψη του μεγάλου εξελικτικού ψυχολόγου, σύμφωνα με την οποία οι έφηβοι περνούν από κρίση ταυτότητας. Διότι στην πραγματικότητα υποστηρίζεται πως οι έφηβοι έχουν μια θετική και ρεαλιστική εικόνα του εαυτού τους, η οποία παραμένει σχετικά σταθερή με το πέρασμα του χρόνου.



Στάδια ανάπτυξης της ταυτότητας /προσαρμογή από Ε.Η. Erikson [Η παιδική ηλικία και η κοινωνία (μτφρ. Μ. Κουτρουμπάκη)] - Herbert (1996)

Σεξουαλικότητα

Στην περίοδο της εφηβείας η Ριβιέ (1989, σελ. 50) τονίζει, ότι προκύπτει το ζύπνημα του έρωτα, το οποίο συνδέεται με την εμφάνιση του ερωτικού ενστίκτου, και προκαλεί μεγάλη αποδιοργάνωση στην προσωπικότητά του εφήβου. Ο συναισθηματικός όμως κόσμος του εφήβου είναι πλούσιος, ενώ η δίγα του για τρυφερότητα είναι ιδιαίτερα έκδηλη.

Η σεξουαλική δραστηριότητα στην εφηβεία σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Herbert (1996, σελ. 131), έχει μεγαλύτερη έκταση στα αγόρια, παρά στα κορίτσια. Διότι στα αγόρια η ραγδαία αύξηση της σεξουαλικής ορμής κυριαρχεί στην συμπεριφορά τους και εμφανίζεται με συγκεκριμένο τρόπο, όπου είναι αδύνατο να αρνηθούν την ύπαρξή της.

Στα κορίτσια όμως, η ανάδοση της σεξουαλικότητάς τους μπορεί να είναι κάτι το ασαφές, στην αρχή της εφηβείας τουλάχιστον, με αποτέλεσμα ν' αρνηθούν είτε να μετασχηματίσουν την σεξουαλικότητά τους σε άλλες μορφές συμπεριφοράς.

Στην προσπάθειά της η Ντόλτο (1998, σελ. 42) να επισημάνει τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στην σεξουαλικότητα των αγοριών συγκριτικά με αυτή των κοριτσιών αναφέρει ότι, οι πρώτες ερωτικές σχέσεις ακόμη και όταν υπάρχει πολύ αγάπη και κυρίως για τα κορίτσια, δεν είναι πάντοτε ευχάριστες.

Το γεγονός όμως αυτό, δεν σημαίνει κατά την Ντόλτο (ο.π.) ότι η πρώτη ερωτική σχέση του αγοριού, είναι εύκολη. Διότι ο νέος πρέπει

συχνά να πάρει την πρωτοβουλία μ' ένα σώμα που οφείλει να μάθει να το γνωρίζει, και για το οποίο ακόμη δεν είναι σίγουρος. Η θέση του γίνεται περισσότερο ευάλωτη, επειδή σε αντίθεση με τα κορίτσια, είναι ανέφικτο να προσποιηθεί ότι νιώθει ηδονή. Αυτό όμως που διαφοροποιεί πολύ τα αγόρια από τα κορίτσια είναι το γεγονός ότι τα δεύτερα, κινδυνεύουν να υποστούν το θέμα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Κάτω από τις πιέσεις που δέχεται ο έφηβος με την ανάδυση της σεξουαλικότητάς του, τείνει παράλληλα να παλινδρομήσει ψυχικά, προκειμένου σύμφωνα με τον Harris (Αναστασόπουλος 1998 σελ. 45) να μειώσει το οιδιποδειακό - αιμομεικτικό άγχος του, τα άγχη ευνουχισμού και παιδικών φαντασιώσεων, καθώς επίσης και τα άγχη σχετικά με την σεξουαλική σχέση - ένωση των γονέων του.

Οι Laufer (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 45) αναφέρονται σε κάποιους άλλους μηχανισμούς άμυνας του εφήβου, οι οποίοι είναι οι εξής:

α) Η μετάθεση, όπου το ενδιαφέρον του εφήβου στρέφεται από την επικίνδυνη λόγω των αιμομεικτικών φαντασιώσεων με τους γονείς, στην σχέση με τους συνομηλίκους.

β) Ο αντιδραστικός μηχανισμός, έτσι ώστε να υποτιμάται ο γονέας του άλλου φύλου και γενικότερα το άλλο φύλο, ενώ η επιθετικότητα να εξασφαλίζει τις αποστάσεις και

γ) Η εκδραμάτιση των σεξουαλικών φαντασιώσεων σε ομοφυλόφιλου τύπου παρέες ή σωματικές διερευνήσεις.

Ο έφηβος σύμφωνα με τον Μανωλόπουλο (1998, σελ. 47), μπορεί να χρησιμοποιήσει την σεξουαλικότητά του, προκειμένου μ' αυτό τον τρόπο να ανακουφισθεί και από άλλες μή σεξουαλικές εντάσεις.

Σύμφωνα με τις θεωρίες της ψυχολογίας του εαυτού, τα παιδιά επιδίδονται σε σεξουαλικές δραστηριότητες προκειμένου ν' ανακουφισθούν από τον καταθλιπτικό λήθαργο που «πέφτουν», όταν τους λείπει ένας κατάλληλος εαυτός - αντικείμενο, ο οποίος είναι απαραίτητος για να καθρεπτίζουν τις φιλοδοξίες τους, και πρέπει παράλληλα να προσφέρεται για εξιδανίκευση. Οι συγκεκριμένοι μάλιστα καταθλιπτικοί νέοι προκειμένου να αποφύγουν τον πόνο και την απογοήτευση, μπορεί να επιδίδονται σε αχαλίνωτες σεξουαλικές δραστηριότητες.

Από τα όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω γίνεται σαφές ότι, ακόμη και η ανάδυση της σεξουαλικότητας, είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη και επώδυνη διαδικασία, όπου διαταράσσει την ψυχολογική ισορροπία του εφήβου.

Στην προσπάθεια τους οι μελετητές (Κολιούσκας 1981, Παιονίδης 1981, Ιεροδιακόνου 1990, Χουρδάκη 1992, Τσιάντης 1991, Herbert 1996) να επισημάνουν βοηθητικούς τρόπους επίλυσης των προβληματισμών και πιθανών εμποδίων στο θέμα της σεξουαλικότητας των εφήβων, οι απόψεις τους συγκλίνουν, ενώ μεγάλη έμφαση δίνουν στην σωστή επικοινωνία των εφήβων με τους γονείς τους, η οποία μάλιστα τονίζει ότι θα πρέπει να υπάρχει από τα προηγούμενα ήδη χρόνια.

Όταν υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη και κατάλληλη πληροφόρηση του παιδιού, τότε είναι δυνατόν ν' αποφευχθούν οι τυχόν διαστρεβλωμένες εντυπώσεις και οι λανθασμένες ενέργειες. Η φυσικότητα μάλιστα στις συζητήσεις χωρίς προκαταλήψεις και ηθικολογία, θα συγκρατήσουν τον έφηβο κοντά στους γονείς του.

Αυνανισμός

Σύμφωνα με το Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων της Χουντουμάδη (1989), αυνανισμός καλείται ο εκούσιος ερεθισμός από το ίδιο το άτομο, των γεννητικών του οργάνων, με σκοπό την σεξουαλική του ικανοποίηση.

Ο αυνανισμός κατά τον Βλος (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 48), είναι ένα ορμονικό για την εφηβεία φαινόμενο, που βοηθάει στην ολοκλήρωση της εικόνας του σώματος, ενώ ταυτόχρονα δίνει την αίσθηση του ελέγχου των σεξουαλικών ενορμήσεων, καθώς επίσης και των οιδιπόδειων και προγεννητικών φαντασιώσεων.

Ο αυνανισμός κατά τον Μανωλόπουλο (1987, σελ. 66), είναι μια ευκαιρία για πειραματικές δοκιμές. Πρόκειται για μια φυσιολογική δραστηριότητα όπου ο έφηβος επιδιώκει:

- α) Ν' ανταποκριθεί στις αυξημένες του ενορμήσεις
- β) Ν' αποφύγει προσωρινά την πίεση για τις ετερόφυλες σχέσεις των αντικειμένων
- γ) Ν' επεξεργαστεί γυχικά τα νέα σεξουαλικά του συναισθήματα μέσα από μια δοκιμαστική πράξη και φαντασιώσεις

δ) Ν' αποκτήσει την αίσθηση του ελέγχου και να κυριαρχήσει πάνω στις ενορμήσεις του και

ε) Να αποδεσμεύσει σταδιακά τις ενορμήσεις του, από τις ναρκισσιστικές του καθηλώσεις

Κατά τον Noonan (Γαβριηλίδου 1998, σελ. 192) το γάξιμο του σώματος συνοδεύεται συχνά από αμφιδυμικά συναισθήματα, διότι χρειάζεται να εξερευνηθεί το καινούριο, καθώς επίσης και να εντοπισθούν οι διαφορές ανάμεσα στο πρίν και το τώρα. Ο έφηβος, με την σωματική του ενασχόληση, προσαρμόζει την αυτοεικόνα του στις φυσικές αλλαγές, χωρίς να αποδιοργανώνεται από το άγχος της αναβλύζουσας σεξουαλικότητας. Ο αυνανισμός λοιπόν είναι μια διαδικασία αυτοεξοικείωσης και μια πρόβα για πραγματικές σχέσεις με τους άλλους, σαν μια προσπάθεια του εφήβου, να γνωρίζει αρχικά ο ίδιος το σώμα του, πριν ακόμα το γνωρίσει κάποιος άλλος.

Οι (Μανωλόπουλος 1987, Αναστασόπουλος 1998), συμμερίζονται την άποψη ότι ο αυνανισμός συνοδεύεται από το συναίσθημα ντροπής.

Αν και ο έφηβος συνειδητά μπορεί να πιστεύει ότι ο αυνανισμός είναι μια φυσιολογική λειτουργία, δεν παύει να φοβάται μήπως οι άλλοι μαντέγουν το βρώμικο μυστικό του, και να βιώνει παράλληλα άγχη ευνουχισμού και ενοχής. Συνηθισμένο επίσης φαινόμενο είναι, ο έφηβος μετά τον αυνανισμό να γάχνεται για κάποια πιθανή σωματική βλάβη, είτε να υποδέτει ότι οι λειτουργίες του οργανισμού του μετά την συγκεκριμένη πράξη, μπορεί ακόμη και να εξασθενήσουν.

Όπως υποστηρίζεται από τους μελετητές της εφηβείας, ο αυνανισμός στα κορίτσια, παρατηρείται σε μικρότερη συχνότητα από τα αγόρια, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι, τα κορίτσια βιώνουν λιγότερο άγχος και ενοχές.

Ο Herbert (1996, σελ. 132) με την σειρά του μας μεταφέρει και στην περίπτωση όπου ο έφηβος ξεπερνάει τα όρια της συχνότητας, δηλαδή όταν το παιδί αυνανίζεται πολύ συχνά.

Το γεγονός λοιπόν αυτό μπορεί να καταστεί ακόμη και πρόβλημα, είτε ν' αποτελεί ήδη σύμπτωμα ενός υπάρχοντος προβλήματος (κατάθλιψη).

Έτσι κατά τον Herbert (1996), πολύ στερημένα παιδιά καταφεύγουν στον αυνανισμό, διότι αυτός γίνεται πηγή ευχαρίστησης και απαλλαγής από την ένταση που νιώθουν. Πολλές μάλιστα φορές, ο αυνανισμός μπορεί να έχει καταναγκαστικό χαρακτήρα, σύμφωνα με τον οποίο το παιδί, αδυνατεί να σταματήσει ν' αυνανίζεται.

Τέλος, αναφέρουμε ότι, ενώ παλαιότερα ο αυνανισμός αποτελούσε φαινόμενο μή αποδεκτό για συζήτηση, η Χουρδάκη (1992, σελ. 220) επισημαίνει ότι σήμερα υποστηρίζεται πως ο αυνανισμός είναι μια νευρολογική εκφόρτιση για το παιδί, γι' αυτό τον λόγο οι γονείς, δεν πρέπει να ενοχοποιούν το παιδί τους γι' αυτή την πράξη.

B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

«Οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων του ίδιου αίματος, που ζουν κάτω από την ίδια στέγη, ιδίως ο πατέρας, η μητέρα και τα παιδιά».

Littre

«Καλό είναι να υπάρχει στην οικογένεια η ίδια στέγη και το ίδιο αίμα, μα αυτό που δένει την οικογένεια είναι η αγάπη, είναι το συναίσθημα που πρέπει να συνδέει αυτούς που καλούνται να ζήσουν μαζί»

Maurice Porot

«Οικογένεια είναι μία ομάδα στην οποία συνεργάζονται γονείς και παιδιά, ως την¹ ψυχολογική ωριμότητα των παιδιών»

Margarette Mead

«Η ψυχική υγεία του ατόμου, εξαρτάται από την οικογένεια»

Freud

Εισαγωγή

Η οικογένεια και η συγγένεια (Τσαούσης, 1993 σελίδα 435), αποτελούν τους σημαντικότερους κοινωνικούς δεσμούς τους οποίους συναντάμε σε όλες ανεξαιρέτα τις κοινωνίες.

Οι σκοποί και οι ρόλοι της, επισημαίνονται από τον N. Acherman (Γιωσαφάτ 1987, σελ. 98) ως εξής:

1. Παροχή τροφής, κατοικίας, υλικών αγαθών για την διατήρηση της ζωής, και την προστασία των μελών της από εξωτερικούς κινδύνους
2. Παροχή κοινωνικής συντροφικότητας, που είναι υπόβαθρο για τις συναισθηματικές σχέσεις της οικογένειας
3. Παροχή δυνατοτήτων για την ανάπτυξη προσωπικής ταυτότητας, η οποία συνδέεται άμεσα με την οικογενειακή ταυτότητα. Το αίτημα της ταυτότητας, είναι απαραίτητο για την αντιμετώπιση καινούριων εμπειριών και την δημιουργία νέων δεσμών
4. Δημιουργία σεξουαλικών προτύπων και ρόλων, που προετοιμάζουν τον δρόμο για την σεξουαλική ωρίμανση
5. Κοινωνικοποίηση των παιδιών με την εκπαίδευση τους σε κοινωνικούς ρόλους και την προετοιμασία τους για την αποδοχή καινούριων ευθυνών
6. Καλλιέργεια γνώσεων και υποστήριξη της δημιουργικότητας και των πρωτοβουλιών του κάθε μέλους

Η οικογένεια επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, η οποία χτίζεται και οργανώνεται από τα πρώτα χρόνια της ζωής του.

Ειδικότερα το βρέφος είναι το πιο ευάλωτο μέλος του ζευγαριού, το οποίο έχει ανάγκη να βρίσκεται σε μία κατάσταση ασφάλειας από πλευράς ψυχικής ηρεμίας, αλλά και στοργής από τους γονείς του και ιδιαίτερα από την μητέρα του, ενώ οι θετικές είτε αρνητικές εμπειρίες της βρεφικής και παιδικής του ηλικίας, χρωματίζουν αργότερα τον τρόπο που ως ενήλικας πλέον, θα είναι ικανός να εκδηλώσει είτε όχι την αγάπη προς τα δικά του παιδιά, αλλά και στον σύντροφό του.

Οι απόψεις των μελετητών συγκλίνουν ότι, η επίτευξη μιας οργανωμένης υγιούς προσωπικότητας, εξαρτάται άμεσα από την σχέση βρέφους - γονέων, καθώς επίσης και τον βαθμό που οι ρόλοι των γονέων αλληλοσυμπληρώνονται, με αποτέλεσμα αφ' ενός ν' ανταποκρίνονται στις ανάγκες του παιδιού τους, και αφ' ετέρου να προάγουν την μεταξύ τους υγιή - σχέση.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θεωρούμε σκόπιμο αφού αρχικά αναφερθούμε στους τύπους γονέων οι οποίοι ασυνείδητα με την συμπεριφορά τους μπορεί να οδηγήσουν το παιδί τους στην ψυχοπαθολογία, να αναλύσουμε έπειτα, ξεχωριστά την συμβολή του γονεϊκού ρόλου στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού, και κατόπιν να επισημάνουμε την επίδραση της συμπεριφοράς των γονέων στην εξίσου σημαντική αναπτυξιακή περίοδο του ανθρώπου, την εφηβεία.

Τύποι γονέων

Σ' αυτό το σημείο θα επισημάνουμε τους τύπους των γονέων, καθώς επίσης και τις συνέπειες που προκαλούν στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Σύμφωνα λοιπόν με πληροφορίες που μας δίνει η Χουρδάκη (1992, σελ. 377), οι τύποι των γονέων διακρίνονται ως εξής:

1. **Νευρωτικοί γονείς:** Είναι οι ευερέθιστοι γονείς που υπερβάλουν στις απαιτήσεις τους και οι οποίοι παράλληλα εκνευρίζονται με τις πιο μικρές αντιδράσεις της καθημερινότητας. Οι συγκεκριμένοι τύποι γονέων χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα κουραστικοί, ενώ παράλληλα μπορεί να προκαλέσουν δυσάρεστες συνέπειες φόβου και τρόμου στο παιδί.
2. **Απαιτητικοί γονείς:** Είναι αυτοί που, είτε απαιτούν από το παιδί τους να τους βοηθάει στις διάφορες δουλειές τους, είτε το επιβαρύνουν με ιδιαίτερα μαθήματα, ξένες γλώσσες, μουσική κ.α. Το γεγονός ότι οι απαιτητικοί γονείς ρυθμίζουν κατ' αυτό τον τρόπο την ζωή του παιδιού μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αυτό, να αδυνατεί να αποκτήσει το συναίσθημα της ευθύνης, ενώ του επιβάλλεται μία μονότονη ζωή. Χαρακτηριστικό επίσης των απαιτητικών γονέων είναι το γεγονός, ότι αφ' ενός επιθυμούν από το παιδί τους να είναι υπόδειγμα, υποτακτικό και υπάκουο, και αφ' ετέρου το θέλουν αυθόρμητο, θαρραλέο και να επιβάλλεται στ' άλλα παιδιά.
3. **Υπερπροστατευτικοί γονείς (ιδίως οι μητέρες):** προστατεύουν το παιδί σε υπερβολικό βαθμό, δεν του επιτρέπουν να κινηθεί μόνο του,

προετοιμάζουν το κάθε τι, και στεναχωριούνται μή τυχόν συμβεί κάτι κακό στο παιδί τους. Ο υπερπροστατευτικός γονέας και ειδικά η μητέρα, είναι συχνά ο άνθρωπος που πέρασε διαγεύσεις. Επειδή δεν έχει αυτό που θα ήθελε στην προσωπική και ατομική ζωή ή επειδή άλλα έχει ονειρευτεί και άλλα έχει κάνει, ή άλλα της έτυχαν από αυτά που ήθελε. Αυτά της δημιουργούν κενό που τελικά βρίσκει τον τρόπο να το γεμίσει πιστεύοντας πως θα βγάλει ένα παιδί τέλειο. Αν δεν μπορεί ο γονέας να απαλλαγεί από την υπερπροστατευτική στάση, δεν μπορεί να μεγαλώσει παιδιά σωστά. Με αυτό τον τρόπο, διαιώνίζει τις καταστάσεις αντί να τις βελτιώνει. Γι' αυτό το παιδί, αδυνατεί να ωριμάσει.

4. **Ανήσυχτοι γονείς:** Αυτοί που φοβούνται μήπως ό,τι συμβαίνει στον κόσμο, θα συμβεί πρώτα στο παιδί τους. Η ανησυχία αυτή των γονέων μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στο παιδί, διότι του στερείται η ελευθερία, ο αυθορμητισμός του, απομονώνεται από την παρέα του, ενώ παράλληλα η ανησυχία των γονιών, μεταδίδεται και στο ίδιο.
5. **Φιλόδοξοι γονείς:** Πρόκειται για τον τύπο γονέων, οι οποίοι προγραμματίζουν την ζωή του παιδιού τους, χωρίς να αναγνωρίζουν τις δυνατότητές του. Κάτω από τις επιτακτικές αξιώσεις των γονιών και ιδιαίτερα όταν το παιδί βρίσκεται στην εφηβεία, συντρίβεται, συνθλίβεται και επαναστατεί.
6. **Κομικοί - Μποέμ γονείς:** Αυτοί που επιθυμώντας να ικανοποιήσουν τις δικές τους αποστερήσεις και ανάγκες που δεν μπόρεσαν να

ικανοποιήσουν από μικροί, και δεν τις έζησαν νέοι, επιδιώκουν να τις ζήσουν σ' αυτή την ηλικία, ενώ παράλληλα είναι υπέρ της άποψης ότι δεν χρειάζεται να επιβλέπουν συνεχώς το παιδί τους, διότι το θεωρούν κουραστικό να είναι συνεχώς μαζί του.

Ο Francis Walton (1996, σελ. 17) επισημαίνει δύο επιπλέον λαθεμένους τύπους γονέων:

1. Τους γονείς που παραχαϊδεύουν: οι οποίοι καλοπιάνουν το παιδί τους, και υποχωρούν στις απαιτήσεις του. Και η συγκεκριμένη αντιμετώπιση κρίνεται καταστρεπτική, διότι στερεί από τους νέους την αυτοπεποίθηση και την πρωτοβουλία. Όπως και το υπερπροστατευτικό παιδί, έτσι και το παραχαϊδεμένο, δεν έχει αυτοπεποίθηση και αδυνατεί ν' αναλάβει ευθύνες. Συνηθισμένη εμπειρία αυτού του τύπου γονέων είναι ότι, στην διάρκεια της προ-εφηβείας και τις αρχές της εφηβείας του παιδιού τους συνειδητοποιούν ότι, δεν μπορούν να το ελέγχουν, ενώ παράλληλα παρατηρούν ότι ο σκοπός της συμπεριφοράς τους συχνά αλλάζει: από την εξυπηρέτηση μπορεί να επιδιώκει την υπεροχή, ακόμα και την εκδίκηση. Και όταν με την σειρά τους οι γονείς συνειδητοποιήσουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του παιδιού τους, τότε μπορεί να καταφύγουν σε αυταρχικές τακτικές.

2. Αυταρχικοί γονείς: οι οποίοι υποχρεώνουν το παιδί τους να φερθεί σύμφωνα με τις δικές τους επιθυμίες, το οποίο παράλληλα με τη σειρά του μπορεί ν' αντιδράσει σε αυτή την τακτική, με δύο τρόπους:

α. Να νιώθει αποδαρρημένο και να βλάπτεται η ψυχική του υγεία

β. Μέσω της αντίστασης προσπαθεί να αποδείξει στους γονείς του ότι μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει για τον εαυτό του, και όχι οι γονείς του, αρνείται την συνεργασία τους, και αρχίζει (στην διάρκεια της προεφηβείας και νωρίτερα), να χρησιμοποιεί τις δυνάμεις του.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει η Τζόνσον (1998, σελ. 51) εμπειρικές μελέτες αποδεικνύουν πως η ύπαρξη υψηλού βαθμού ελέγχου στο σπίτι, σε συνδυασμό με χαμηλό βαθμό δημοκρατικότητας, καταλήγει σε υπερβολική συμμόρφωση του παιδιού η οποία μπορεί να επηρεάσει την αναπτυσσόμενη ικανότητα του για διεκδικήσεις, περιέργεια και πρωτοβουλία.

Οι γονείς που ανατρέφουν τα παιδιά τους με δημοκρατικό τρόπο (ο.π.) γίνονται άτομα ικανά, σίγουρα, και γενικότερα στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις.

Αντίθετα, οι γονείς που είναι αυταρχικοί, συναισθηματικά απόμακροι είτε υπερβολικά υποχωρητικοί, μεγαλώνουν παιδιά που τους λείπει η αυτοπεποίθηση γι' αυτό μπορεί να είναι συνεχώς επιθετικά, σκληρά, ανυπάκουα, απαθή και εξαρτημένα.

«Ο χρόνος ο παρών και ο χρόνος ο παρελθόν. Είναι ίσως και οι δύο παρόντες στον μέλλοντα χρόνο και το παρελθόν, περιέχει το μέλλον»

Γ. Σεφέρης

Ο ρόλος της μητέρας στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού

Η σχέση μητέρας - παιδιού (Γιωσαφάτ 1987, σελ. 112), είναι πολύ πιο στενή από αυτή του πατέρα - παιδιού, διότι καθορίζεται από έντονα βιολογικά στοιχεία. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, δημιουργούν μια στενότητα συνδεδεμένη βιολογική και συναισθηματική σχέση, η οποία ταυτόχρονα είναι δυάδα και μονάδα. Ο χρόνος μάλιστα που η μητέρα διαθέτει για το παιδί της είναι περισσότερος από τον αντίστοιχο χρόνο του πατέρα, ενώ παράλληλα η μητέρα έχει τον πρώτο ρόλο στην ανάπτυξη της πρώτης δυαδικής σχέσης γονέα - παιδιού.

Οι μελετητές της οικογένειας υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά και γενικότερα ο ρόλος της μητέρας, επιδρά σημαντικά στην φυσιολογική είτε παθολογική ανάπτυξη του παιδιού, από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του.

Σε συζήτηση στρογγυλής τραπέζης το 1970, στο 10^ο Παιδιατρικό Συμπόσιο με θέμα: «Η πρόληψη διαταραχών της ψυχικής υγείας» (Τσιάντης 1991^α, σελ. 31) αναφέρθηκαν τα αποτελέσματα της μητρικής αποστέρησης και υπερπροστασίας στην εξέλιξη του παιδιού, σύμφωνα με τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν ανεπανόρθωτες βλάβες στη μελλοντική πνευματική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, καθώς επίσης και διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του.

Σ' αυτό το σημείο κρίνουμε αναγκαίο ν' αναφερθούμε στην θεωρία της Mahler η οποία μελέτησε σε υγιή βρέφη ηλικίας τεσσάρων έως

τριάντα έξι μηνών την διαδικασία αποχωρισμού από την μητέρα τους, και απόκτησης αυθύπαρκτης ατομικότητας.

Σύμφωνα με την Τζόνσον (1998, σελ. 36-41), η Mahler εντόπισε τέσσερις υποδιαιρέσεις στην διαδικασία αποχωρισμού, οι οποίες αναλύονται παρακάτω:

1^η) Διαφοροποίηση και ανάπτυξη της εικόνας του σώματος:

το βρέφος (4-7 μηνών περίπου), βρίσκεται σε ιδιαίτερα ευαίσθητη θέση, κατά την οποία ο αποχωρισμός από την μητέρα του, απειλεί την ίδια του την ύπαρξη.

Το βρέφος από αυτή την ηλικία είναι ικανό να αναγνωρίζει την μητέρα του από τους υπόλοιπους που το περιβάλλουν, ενώ από πολύ νωρίς έχει την ικανότητα να εκφράζει τις αντιδράσεις του (με εκφράσεις προσώπου και ήχους), στις διαφοροποιήσεις που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του.

Μία τραυματική αποκοπή από την μητέρα σ' αυτή την φάση, μπορεί να επιφέρει αναστολή της ανάπτυξης του βρέφους και η αποτυχία δεσμού - σχέσης, είναι δυνατόν να εμφανιστεί αργότερα στη ζωή του παιδιού, με υπερβολικούς και μή ρεαλιστικούς φόβους για οποιαδήποτε διαφοροποίηση και αλλαγή.

2^η) Πρακτική εξάσκηση (7-18 μήνες περίπου):

Αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα κρίσιμο για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του βρέφους, διότι αφ' ενός αυτό κάνει προσπάθειες για σωματικό αποχωρισμό από την μητέρα του προκειμένου να εξερευνήσει το περιβάλλον, και αφ' ετέρου έχει ανάγκη η μητέρα του να το στηρίζει

στα πρώτα αμφιδυμικά βήματα προς το άγνωστο, η οποία παράλληλα στηρίζει της, συμβάλλει στην αίσθηση αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού του βρέφους.

Όταν η μητέρα επιθυμώντας να βιώνει την αγάπη του παιδιού της το κρατά εξαρτημένο από την ίδια, τότε το δεύτερο δεν βιώνει την υποστήριξη της στις καινούριες του προσπάθειες, με αποτέλεσμα να αδυνατεί ν' ανεξαρτητοποιηθεί.

3^η) Φάση προσέγγισης (15-30 μήνες):

Σε αυτό το στάδιο το βρέφος αναπτύσσει τις πρωϊμότερες μορφές ενσυναίσθησης, ενώ βρίσκεται στην αρχή δημιουργίας της ταυτότητας του γένους

Όταν το βρέφος αναπτύσσει θετική και αμοιβαία ενισχυτική σχέση με το γονεϊκό πρόσωπο, τότε εσωτερικεύει μια συνολική αίσθηση του «αντικειμένου» (άλλο πρόσωπο) και του «εαυτού» (βρέφος) με αποτέλεσμα ο εαυτός του να καθίσταται ικανός ν' αντεπεξέρχεται αποτελεσματικά στις πιέσεις και ν' αναπτύσσει θετικές σχέσεις με τους άλλους.

Αντίθετα, όταν στο οικογενειακό περιβάλλον απουσιάζει το σταθερό, αξιόπιστο και αρμονικό στοιχείο, τότε η ενσυναίσθηση του ανθρώπου αναπτύσσεται ανεπαρκώς με αποτέλεσμα είτε να αμύνεται, είτε να δηλώνει ακαμψία στις διαφορετικές από τις δικές του απόψεις.

4^η) Παγίωση της ατομικότητας και οι απαρχές σταθερότητας συναισθηματικού αντικειμένου (από 30 μηνών και άνω):

το παιδί σ' αυτό το στάδιο αφού έχει ήδη αποκτήσει την σταθερότητα του αντικειμένου είναι σε θέση να διατηρήσει μια νοητική εικόνα της μητέρας του όταν εκείνη απουσιάζει, εσωτερικεύει τις απαιτήσεις και στάσεις των γονιών του, ενώ παράλληλα μπαίνουν οι βάσεις για ένα ηθικό κώδικα.

Αυτή η νοητική εικόνα, διευκολύνει την διαδικασία ανάπτυξης μιας ξεχωριστής αίσθησης του εαυτού (αυθύπαρκτης ατομικότητας), ενώ παράλληλα το παιδί αντέχει ένα πλήρες φάσμα συναισθημάτων, παραμένει εύκαμπτο σε νέες εμπειρίες και νιώθει άνετα με τον εαυτό του, ακόμη και όταν λείπει η μητέρα του. Αντίθετα η αποτυχημένη σταθερότητα αντικειμένου υποδηλώνει ότι η σχέση μητέρας - παιδιού δεν είναι άνετη, γι' αυτό το παιδί μπορεί να αδυνατεί να δεχτεί έντονα συναισθήματα και να οδηγηθεί παράλληλα σε ματαίωση, αλλά και απογοήτευση.

Κατά την γνώμη μας η θεωρία της Mahler όπως την ερμηνεύει μέσω της έρευνάς της η Τζόνσον (1998) τεκμηριώνει την άποψη των μελετητών της οικογένειας, σύμφωνα με την οποία υπάρχει άμεση σχέση της μητρικής αποστέρησης με την αντικοινωνική συμπεριφορά, την παραπρωματικότητα, αλλά και την ψυχοπαθολογία του παιδιού και εφήβου.

Στην προσπάθειά μας παράλληλα να δικαιολογήσουμε εν μέρει την μητρική αποστέρηση συμεριζόμαστε και εμείς με την σειρά μας την άποψη ότι, η αδυναμία της μητέρας ν' ανταποκριθεί ουσιαστικότερα στον ρόλο της, μπορεί να οφείλεται στα βιώματα της δικής της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, και ειδικότερα στην σχέση με την μητέρα της.

Ο ρόλος του πατέρα στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει ο Robin Skynner (1997, σελ. 31) μέχρι τα τέλη του 1950 δεν είχαν «ανακαλυφθεί» οι πατεράδες, των οποίων η συμβολή και σημασία του ρόλου τους, αναγνωρίστηκε μετά το 1958.

Η παραπάνω άποψη, (Χουρδάκη 1992, σελ. 364) τεκμηριώνεται με τον χαρακτηρισμό που δόθηκε στον πατέρα ως «ο μεγάλος απών», σ' ένα Διεθνές Συνέδριο Οικογενειακής και Κοινωνικής ψυχολογίας στις Βρυξέλλες το 1965, ενώ παράλληλα τονίστηκε ότι η απουσία του επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική κατάσταση και μετέπειτα εξέλιξη του παιδιού.

Σύμφωνα με έρευνα που η Χουρδάκη (1992, σελ. 365) πραγματοποίησε σε παιδιά, διαπίστωσε ότι επικρατούσε η άποψη πως ο ρόλος του πατέρα είναι να εξασφαλίζει τα οικονομικά της οικογένειας, ενώ στην ψυχολογία τους δέσποζε η προστατευτική μητέρα.

Αναμφισβήτητα λοιπόν, ο ρόλος του πατέρα είναι σημαντικός, από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του παιδιού. Παρακάτω θα αναφερθούμε περιληπτικά σε μερικές από τις ψυχικές διεργασίες, πολλαπλές ταυτίσεις και προβολές του πατέρα προς το καινούριο μέλος της οικογένειας, δηλαδή το παιδί του, αλλά και την σύζυγό του, έτσι όπως επισημαίνονται από τον Γιωσαφάτ («Ο κύκλος ζωής της οικογένειας και η ανάπτυξη του παιδιού» στα «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», 1987, σελ. 108-111) και οι οποίες διακρίνονται ως εξής:

α) Ταύτιση με το παιδί

Ο πατέρας ασυνείδητα παλινδρομεί και ταυτίζεται με το παιδί του ιδιαίτερα (αλλά όχι απαραίτητα), όταν είναι αγόρι. Η θετική πλευρά αυτής της ταύτισης είναι ότι αποκτά ευαισθησία στις ανάγκες του παιδιού, αλλά και της γυναίκας του ιδιαίτερα όταν η σχέση με την δική του μητέρα ήταν καλή.

Αν όμως οι πρώτες παιδικές εμπειρίες του ήταν άσχημες, τότε ασυνείδητα ταυτίζει την γυναίκα του με την μητέρα του, και επειδή κατά την γνώμη του δεν είναι ικανή για την ανατροφή του παιδιού τους, την αναλαμβάνει ο ίδιος

β) Ταύτιση του παιδιού με αδελφό του πατέρα

Ο πατέρας μπορεί ασυνείδητα να ταυτίσει το παιδί με τον αδελφό /ή του από την παιδική ηλικία, ιδιαίτερα εάν γεννήθηκε μετά από αυτόν, και τον «εκθρόνισε» από την προνομιακή σχέση που είχε με την μητέρα του. Έτσι, νιώθοντας ζήλια, ταυτίζει την γυναίκα με την μητέρα του, ενώ ενεργοποιεί επιθετικά συναισθήματα στην ίδια, αλλά και το παιδί του.

γ) Ταύτιση του παιδιού με τον πατέρα του:

Στον πρώτο κυρίως χρόνο της ζωής του παιδιού ο πατέρας ξαναβιώνει το οιδιπόδειο σύμπλεγμα της παιδικής ηλικίας, με αποτέλεσμα να ταυτίζει το παιδί με τον πατέρα του. Αυτή η αναβίωση μπορεί να ενεργοποιήσει μέσα του όλη την ποικιλία συναισθημάτων της οιδιποδειακής περιόδου: Επιθετικότητα προς το παιδί (πατέρας),

επιθετικότητα προς την γυναίκα του (μητέρα), ζηλότυπη συμπεριφορά προς την σύζυγό του, και ανταγωνιστική προς το παιδί του.

Όταν το παιδί με την σειρά του εισέρχεται στην οιδιποδειακή του φάση, τότε ασυνείδητα πυροδοτούνται τα προβλήματα που είχε ο πατέρας του στην ίδια φάση.

δ) Ταύτιση του πατέρα με τον πατέρα του

Αυτή είναι η συχνότερη ταύτιση σύμφωνα με την οποία ο πατέρας φέρεται στο παιδί του, όπως έχει εγγράψει μέσα του ασυνείδητα την συμπεριφορά του δικού του πατέρα προς αυτόν, όταν ήταν παιδί. Και όταν στις παιδικές του εμπειρίες υπερισχύουν τα αρνητικά στοιχεία, οδηγούν τον πατέρα σε μεγαλύτερη είτε μικρότερη απόρριψη του παιδιού, είτε σε επιδείνωση της σχέσης με την γυναίκα του.

Από τα όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς του πατέρα, παίζουν τα βιώματα της δικής του παιδικής ηλικίας (εξαρτήσεις από τους γονείς, μεγαλύτερα / μικρότερα αδέρφια, εικόνα της μητέρας που τον μεγάλωσε)

Επίσης, αν και ο ρόλος της μητέρας συνηθίζεται να υπερτονίζεται γεγονός είναι ότι, η παρουσία του πατέρα κρίνεται ως εξίσου σημαντική και απαραίτητη από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, τόσο για την μετέπειτα υγιά, σεξουαλική του ταυτοποίηση και κοινωνικοποίηση, όσο και την ωρίμανση της προσωπικότητάς του.

Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής

Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ		Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ					Γ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ			Δ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ	
Εισαγωγή στην οικογεν. ζωή		Ανάπτυξη της οικογενειακής ζωής					Εξέλιξη της οικογεν. ζωής			Τελική φάση της οικογεν. ζωής	
1η Φάση	2η Φάση	3η Φάση	4η Φάση	5η Φάση	6η Φάση	7η Φάση	8η Φάση	9η Φάση	10η Φάση	11η Φάση	12η Φάση
Επιλογή συντρόφου	Γάμος	Γέννηση πρώτου παιδιού	Γέννηση δεύτερου παιδιού	Σχολική ηλικία (25-40)	Εφηβεία παιδιών	Κριση μέσης ηλικίας	Χωρίς παιδιά στο σπίτι	Εγγόνια	Συνταξιοδότηση	Θάνατος ενός συζύγου	Θάνατος εναπομεινάντος συζύγου
Έτη: 20-30			30-45	(25-40)		45-60	45-60		60-		
Έτη:	0-2		2-5	5-12	12-18	18-25	25-30	30-35	35-		
	Προσχολική περίοδος			Σχολική περίοδος		Μετασχολική περίοδος (Σπουδές)	Σπουδές Εργασία Γάμος	Δημιουργία νέας οικογένειας		Θάνατος ενός γονέα	Θάνατος και του δεύτερου γονέα

Γιωσαφάρ (1987)

ΠΟΝΕΙΣ

ΠΑΙΔΙΑ

Η επίδραση της συμπεριφοράς των γονέων στην διαμόρφωση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου

Παρακάτω, θα αναφερθούμε στην συμπεριφορά των γονέων απέναντι στον έφηβο, καθώς επίσης και στα δικά τους ψυχικά πένθη που περνούν, όταν παρατηρούν ότι το παιδί τους μεγαλώνει και παύει να εξαρτάται από αυτούς. Θα εστιάσουμε την προσοχή μας, όχι μόνο στα συναισθήματα των γονέων, αλλά παράλληλα και στον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται στο παιδί τους, ο οποίος θα παίζει καθοριστικό ρόλο για την διαμόρφωση και την εξέλιξη της προσωπικότητας του νέου.

Όπως επισημαίνουν οι μελετητές της εφηβικής περιόδου η είσοδος του νέου στην εφηβεία σημαίνει για τους γονείς, ότι συμβολικά χάνουν το παιδί τους.

Οι (Τσιάντης 1991β, Αναστασόπουλος 1998) επισημαίνουν ότι οι γονείς αφ' ενός μπορεί να κατανοούν τις αλλαγές και την ανάγκη απομάκρυνσης του παιδιού τους από τους ίδιους, αφ' ετέρου όμως το γεγονός αυτό, είναι μια απώλεια αλλά και μία πρόκληση που οφείλουν να ξεπεράσουν και να αντιμετωπίσουν. Οι ίδιοι οι γονείς συνήθως βρίσκονται στην μέση ηλικία όπου καλούνται να επεξεργαστούν το δικό τους πένθος από τον απολογισμό της ζωής με τον οποίο τώρα έρχονται αντιμέτωποι, και όλο όσα το δικό τους ιδεώδες του Εγώ επιθυμούσε, αλλά δεν κατόρθωσε να πετύχει. Παράλληλα, έχουν να αντιμετωπίσουν την αναγνώριση της σταδιακής βιολογικής κάμψης, και της

απειλούμενης σεξουαλικότητάς τους. Επίσης, είναι αναγκασμένη να προσαρμοστούν σ' ένα διαφορετικό τρόπο ζωής μετά την αναχώρηση των παιδιών τους.

Οι γονείς (Στεφανάτος 1987, Τσιάντης 1991, Αναστασόπουλος 1998), είναι ευάλωτοι σε αντιδράσεις που έχουν σαν αφετηρία τις προσωπικές τους δυσκολίες. Οι ίδιοι καλούνται ν' αντεπεξέλθουν στην σχέση με τους δικούς τους γονείς, τις συσσωρευμένες εμπειρίες τις ματαιώσεις και φαντασιώσεις γύρω από την εικόνα του εαυτού τους και τις αντικειμενότερες σχέσεις τους. Επειδή μάλιστα οι έφηβοι βρίσκονται στην ακμή της σεξουαλικότητάς τους, είναι εύκολο γι' αυτούς να σαγηνεύσουν ένα γονέα, και να τον αποσπάσουν από τον άλλο. Το οιδιπόδειο σύμπλεγμα άλλωστε, δεν αναβιώνεται μόνο από την πλευρά του εφήβου.

Ο έφηβος (Ιεροδιάκονου 1990, Αναστασόπουλος 1998), μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ενδιάμεσος στις συζυγικές συγκρούσεις. Οι γονείς παράλληλα μπορεί να αντιταχθούν στην ανεξαρτησία του, καλλιεργώντας τις ενοχές του απέναντί τους, είτε καταφεύγουν στον αυταρχισμό, ως τελευταία προσπάθεια επανάκτησης του χαμένου τους κύρους.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνει η Χουρδάκη (1992, σελ. 180) στην εφηβεία δεν βγαίνουν μόνο στην επιφάνεια όλα τα απωδημένα της συλλογικής ζωής, της παιδικής ψυχολογίας και οι εμπειρίες του έγγαμου βίου των γονέων, αλλά παράλληλα η περίοδος αυτή, μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο διαζύγιο.

Κατά τον Furstenberg (Τσιάντης 1991β, Αναστασόπουλος 1998), το λεγόμενο «σύνδρομο της κενής φωλιάς», αναφέρεται κυρίως στην αδυναμία των γονέων να προσαρμόσουν την ζωή τους μετά την αναχώρηση - πραγματική είτε συμβολική των παιδιών, επειδή η σχέση τους τα χρησιμοποιούσε ως ενδιάμεσους, είτε ως στήριγμα.

Όμως στο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων της Χουντουμάδη - Πατεράκη (1989), ο όρος «Σύνδρομο της κενής φωλιάς» υποδηλώνει την κατάθλιψη κυρίως των γυναικών κατά την περίοδο που τα παιδιά ενηλικιώνονται και φεύγουν από το σπίτι. Γενικότερα, αναφέρεται σ' όλα τα γεγονότα και στις συμπεριφορές που συνδέονται σ' αυτή τη φάση στην οικογένεια.

Ο Σακελλαρόπουλος (1997 σελ. 20) αναφέρει ότι ο κάθε γονέας χωριστά με την «απώλεια» του εφήβου λόγω της ενηλικίωσής του, συχνά βιώνει και την φαντασιωσική απώλεια του συντρόφου του. Έτσι η πυρηνική οικογένεια φαντασιωσικά είτε πραγματικά βιώνει την διάλυσή της. Τα παραπάνω βρίσκονται σε υψηλότερη κλίμακα στην εφηβεία, εξαιτίας της σφοδρότητας των πρώιμων προσκολλήσεων και της απουσίας των εναλλακτικών αντικειμένων αγάπης με την μορφή γιαγιάδων, παππούδων ή άλλων προσώπων στην οικογένεια, οι σχέσεις των οποίων θα βοηθούσαν στην καλύτερη διαμόρφωση της εφηβείας.

Στην εφηβεία παράλληλα (Σακελλαρόπουλος 1997, Στεφανάτος 1997, Τσιάντης 1991), έρχονται στην επιφάνεια οι φιλοδοξιακές επενδύσεις των γονιών για το παιδί τους, και για την πραγματοποίηση των στόχων που ο πατέρας είτε η μητέρα, δεν μπόρεσαν να πετύχουν.

Έτσι, ενώ ο γονέας ταυτίζεται με τον αγώνα του παιδιού του για επιτυχίες, κάνει παράλληλα συγκρίσεις με τους δικούς του παλιούς αγώνες και όχι σπάνια, οδηγεί την σχέση στην επιθετικότητα, και τον ανταγωνισμό με τον έφηβο.

Όσον αφορά στον τομέα της σταδιοδρομίας των νέων, και ιδιαίτερα στην πρόσβαση αυτών στα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι) ο Σακελλαρόπουλος (1997, σελ. 21) δηλώνει, ότι τα πράγματα παίρνουν δραματικό χαρακτήρα για τον γυχισμό των εφήβων. Η πικρία για την φθορά και την αποτυχία των γονιών σχετικά με τον δικό τους τομέα της εκπαιδευτικής σταδιοδρομίας - πολλές φορές φαντασιωσική και ο θυμός για την απόρριψη των αξιών και της εξουσίας τους από τον έφηβο, τελικά οδηγούν στην μεταξύ τους καθημερινή σύγκρουση.

Σύμφωνα όμως τον Offer (Αναστασόπουλος 1998, σελ. 60), οι συγκρούσεις των εφήβων με τους γονείς μπορεί να γίνονται σε καθημερινή βάση, κατά κανόνα όμως οι έφηβοι παρά την επαναστατικότητα και τις εκρήξεις τους, δεν προχωρούν σε καταστροφικές ενέργειες.

Κατά τον Τσιάντη (1991β, σελ. 113) η απειλή της οικογένειας λόγω της προσπάθειας του εφήβου ν' ανεξαρτητοποιηθεί προκαλεί μία κρίση στους γονείς, οι οποίοι μπορεί να αντιδράσουν ως εξής:

α) Ν' ασκήσουν περισσότερο έλεγχο στο παιδί τους, το οποίο μπορεί να αντιδράσει με «acting out» δηλαδή απομάκρυνση από την οικογένειά του και αναζήτηση ψευδών λύσεων (σεξ, ναρκωτικά, αντικοινωνική

συμπεριφορά), είτε να μείνει παλινδρομημένος και προσκολλημένος στους γονείς του.

β) Η γονεϊκή αντίδραση του τύπου «δεν μας χρειάζεσαι πλέον μπορεί να τα καταφέρεις μόνος σου», μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο ώστε να αποκτήσει μια ψευδή ωριμότητα, η οποία δεν βασίζεται στις διαδικασίες της σταδιακής ωρίμανσης τις οποίες ο ίδιος ο έφηβος μπορεί ν' ανακαλύψει.

γ) Σε άλλες περιπτώσεις η απομάκρυνση του γονέα μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο ώστε να αισθανθεί μόνος και αδύναμος ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κόσμου των μεγάλων, να παραμείνει άβουλος και αναποφάσιτος, ενώ διαρκώς αναζητά στηρίγματα

δ) Άλλη μία αντίδραση μπορεί να είναι η προσπάθεια από τους γονείς, ν' αναστείλουν τους διάφορους τρόπους έκφρασης της σεξουαλικότητας των εφήβων, όπως με το να γίνουν απαγορευτικοί μαζί τους σε θέματα εξόδων και φλερτ, εκλογικεύοντας τις απαγορεύσεις τους. Και όταν δεν υπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες στέρσης, απόρριψης που δυσκολεύουν τον έφηβο να δεχτεί την ανάδυση της σεξουαλικότητάς του, τότε η όλη διαδικασία φορτίζεται με άγχος, ενοχή, ψυχικό πόνο, που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Παρ' όλες όμως τις αντιδράσεις του γονέα και τις συγκρούσεις του με το παιδί του ο Τσιάντης (1991β, σελ. 114) υποστηρίζει ότι ο ρόλος του γονιού είναι σημαντικός σ' αυτή την περίοδο, διότι με την

παρουσία του δίνει την ευκαιρία στον έφηβο ν' ανακαλύψει καλύτερα τον εαυτό του.

Προκειμένου όμως ο έφηβος να προσανατολιστεί σε σωστές κατευθύνσεις, θα πρέπει σύμφωνα με τους Αϊβαζιάν και Αγγελίδη (1997, σελ. 34), η σχέση των γονέων με τα παιδιά να είναι αυθεντική, ειλικρινής και να διέπεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ένας «ισότιμος» διάλογος μπορεί να ενθαρρύνει τους εφήβους να κριτικάρουν, να ρωτούν και να διατυπώνουν γνώμες γύρω από τα θέματα που τους απασχολούν, ενώ αντίθετα οι αυταρχισμοί, οι γκρίνιες και οι αγχώδεις υστερικές αντιδράσεις των γονιών, μπορεί να καταστρέψουν την ανοικτή επικοινωνία, και να σταθούν εμπόδιο στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου.

Γ. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Εισαγωγή

Περιγραφές της κατάθλιψης (Χαρτοκόλλης 1991, σελίδα 208), υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία.

Ο Ιπποκράτης την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό.

Στο δοκίμιό του «Πένθος και Μελαγχολία» ο Freud (Τσιβρένη και Σκαπινάκης 1999, σελ. 60), υποστήριξε ότι η κατάθλιψη είναι ένα είδος ασυνείδητου πένθους. Όλη η ζωτική ενέργεια του ανθρώπου που υποφέρει, αποστραγγίζεται, χωρίς όμως ο ίδιος να ξέρει ποιο είναι το νόημα του μαρτυρίου του.

Στο καθημερινό μας λεξιλόγιο ο όρος κατάθλιψη υποδηλώνει μια κακή διάθεση που μπορεί να κυμαίνεται από την απλή απογοήτευση, έως τα ακραία δυσάρεστα γεγονότα που συμβαίνουν καθημερινά στην ζωή μας.

Την κατάθλιψη την συναντούμε σε όλο το φάσμα των ηλικιών, από την παιδική ηλικία, έως και τα γεράματα. Ιδιαίτερα έντονη επίσης είναι η επίδραση αυτής, στην διάρκεια της εφηβείας.

Κατάθλιψη στην Εφηβεία

Η εφηβεία, είναι μια μεταβατική περίοδος στην διάρκεια της οποίας συμβαίνουν στον άνθρωπο αναπτυξιακές αλλαγές, καθώς επίσης και εξελικτικές διαταραχές. Μια από αυτές είναι και η κατάθλιψη, η οποία

έως ένα βαθμό θεωρείται από τους μελετητές φυσιολογική, διότι σ' αυτή την περίοδο πραγματοποιούνται στον έφηβο μια σειρά από απαρνήσεις και πολλαπλά πένθη.

Ο Τσιάντης (1985, σελ. 179) επισημαίνει ότι, οι κυριότερες πηγές της φυσιολογικής κατάθλιψης στην εφηβεία είναι οι εξής:

α) Οι ραγδαίες μεταβολές του σώματος του νέου με την παράλληλη επιθυμία του να προχωρήσει σε νέες κατακτήσεις, ενώ συνάμα θρηνεί τις χαρές της παιδικής ηλικίας

β) Οι επώδυνες συγκρούσεις που δημιουργούν στον έφηβο η χαλάρωση των δεσμών, και ειδικότερα η αποδέσμευση από τις μέχρι τότε «Θεϊκές» γονεϊκές μορφές, μπορεί να τον οδηγήσουν σε καταθλιπτική αντίδραση, της οποίας ο βαθμός απογοήτευσης έχει σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες του.

γ) Στην φυσιολογική κατάθλιψη η αυτοεκτίμηση του εφήβου δεν είναι τόσο μειωμένη, όπως συμβαίνει με την παθολογική μορφή της. Διότι ο έφηβος αν και θρηνεί τις χαμένες περιόδους, στην πραγματικότητα είναι γεμάτος ενεργητικότητα για τη ζωή.

Παρόμοια με την παραπάνω άποψη είναι και αυτή των Colse & Messerschmitt (1987, σελ. 18), σύμφωνα με την οποία όλοι οι έφηβοι περνούν από την καταθλιπτική φάση της «νεανικής θλίψης» όπως χαρακτηριστικά την αποκαλούν, ενώ εν μέρει οφείλεται στο γεγονός ότι, οι έφηβοι πενθούν τις παλαιότερες γονεϊκές εικόνες.

Η κατάθλιψη επίσης στην εφηβική ηλικία (Τσιάντης 1985, Ιεροδιακόνου 1991, Hervert, 1996), μπορεί να οφείλεται στις

οιδιποδειακές συγκρούσεις του νέου, οι οποίες είναι δυνατόν να μην έχουν περατωθεί, σε τυχόν δυσκολίες σεξουαλικής προσαρμογής, τον αυνανισμό, ακόμη και τις ευθύνες της ενηλικίωσης.

Οι παράγοντες που ωθούν τον έφηβο στην κατάθλιψη και γενικότερα τις ψυχικές διαταραχές σύμφωνα με τον Παππά (1998, σελ. 51) είναι οι εξής:

Οι αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η απώλεια του γονέα (χωρισμός, διαζύγιο, απομάκρυνση, θάνατος), η οικογενειακή δυσλειτουργία βασικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι, από τη μία ο υπερβολικός γονεϊκός έλεγχος και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί τους, είτε από την άλλη η απουσία ελέγχου, και οι ασυνάρτητες ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις των γονέων.

Και ο Αναστασιάδης (1993, σελ. 262) παράλληλα, τάσσεται υπέρ της άποψης ότι οι διαταραγμένες οικογένειες με αντιπαιδαγωγική συμπεριφορά, δημιουργούν διαταραγμένα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία συμβάλλει στην ψυχική ασθένεια.

Γενικά παρατηρούμε ότι επικρατεί η άποψη των μελετητών, σύμφωνα με την οποία ο κίνδυνος της κατάθλιψης στην εφηβεία, είναι μεγαλύτερος σε οικογένειες με ιστορικό κατάθλιψης.

Οι (Παράσχος 1988, Μπαρδάκης 1990, Τσιάντης 1985, Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, Silver, Kempe Buyn & Fulginiti's 1994, Χαρτοκόλλη 1985, Αναστασιάδης 1993, Μαδιανός 1998), υποστηρίζουν ότι ο έφηβος μέσω της κατάθλιψης, μπορεί να οδηγηθεί σε ακραίες καταστάσεις

όπως στην φυγή, την τοξικομανία, τον αλκοολισμό, ακόμη και την απόπειρα αυτοκτονίας.

Ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες σύμφωνα με τον Πιπερόπουλο (1995, σελ. 293), προκύπτει στους νέους και γενικότερα στους ανθρώπους, που καταβάλλονται από καταθλιπτικά συναισθήματα. Πρόκειται γι' αυτούς που δεν έχουν ιδανικά, αδυνατούν ν' αναγνωρίσουν το νόημα της ζωής, ενώ παράλληλα αναζητούν τις «μαγικές λύσεις», προκειμένου να επιλύσουν τα οικογενειακά, είτε προσωπικά τους προβλήματα.

Ο ίδιος ταυτόχρονα επισημαίνει ότι, ο εθισμός του ατόμου στα ναρκωτικά, μπορεί να οφείλεται στην ακούσια βοήθεια των γιατρών που του χορηγούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για καθαρά θεραπευτικούς λόγους.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's (1994, σελ. 445), τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην εφηβική ηλικία όπως τα αντισυλληπτικά και τα αντιεπιληπτικά δίσκια, είναι δυνατόν να ευθύνονται για τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στην προσπάθεια του ο Κούρος (1993, σελ. 132), να μας μεταφέρει στην περίπτωση της παθολογικής κατάθλιψης στην εφηβεία αναφέρεται στα «μικρά σημάδια» όπως χαρακτηριστικά τα ονομάζει, και τα οποία δεν πρέπει να αγνοούνται. Υποστηρίζει όμως παράλληλα, ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αναγνωριστούν, διότι ο έφηβος έχει την ικανότητα να τα κρύβει.

Αυτά τα σημάδια λοιπόν είναι τα εξής:

α) Το κλείσιμο στον εαυτό:

Η προτίμηση του εφήβου για μοναξιά, δεν αποτελεί απαραίτητο σημάδι κατάθλιψης. Επιβάλλεται όμως ιδιαίτερη προσοχή όταν η επιθυμία αυτή, συνοδεύεται από έντονα αισθήματα θλίψης

β) Ο έφηβος που ενώ παλαιότερα ήταν κοινωνικός, αναφέρει ότι πλέον δεν τον ενδιαφέρουν οι φίλοι. Είναι δυνατόν όμως λόγω της αλλαγής στην συμπεριφορά του, να μην γίνεται πλέον αποδεκτός από το φιλικό του περιβάλλον και

γ) Αισθάνεται ότι γύρω του υπάρχει κενό, και κανείς δεν αναγνωρίζει πόσο υποφέρει ο ίδιος.

Επισημαίνοντας αρχικά ο Σακελλαρόπουλος (1997, σελ. 24) ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία μπορεί να είναι ψυχολογική είτε ψυχιατρική, υποστηρίζει έπειτα ότι οι προκλήσεις του νέου ενάντια στην εξουσία των ενηλίκων, γίνονται σε χαμηλότερους τόνους. Οι αγώνες παράλληλα για ανεξαρτησία είναι πιο ήρεμοι, σβησμένοι, είτε δεν υπάρχουν καθόλου.

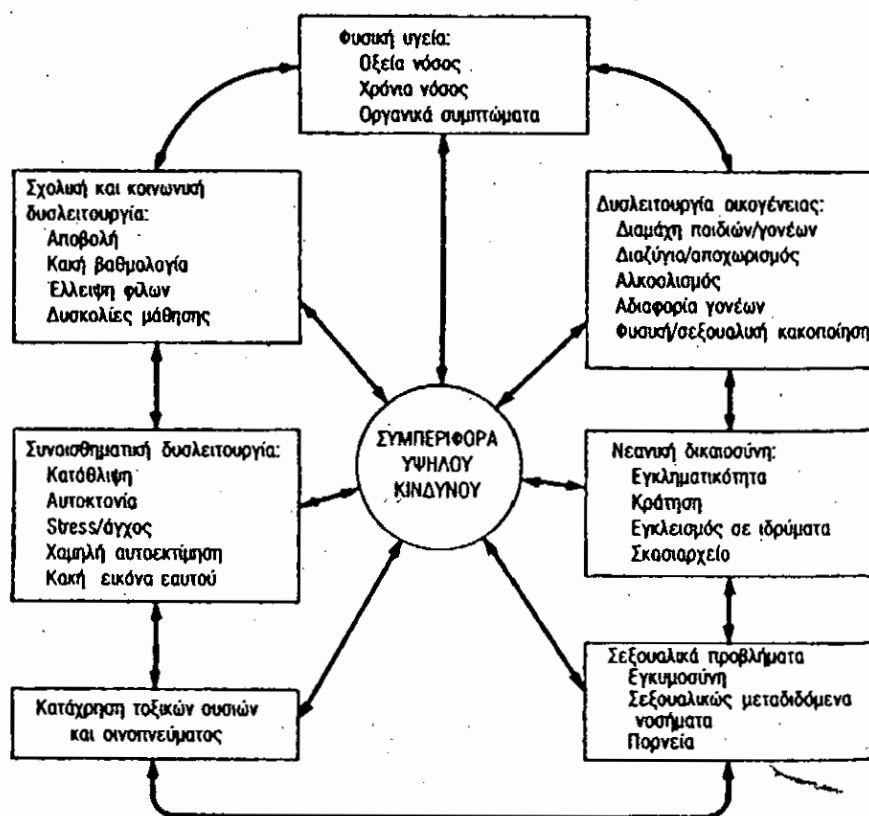
Έτσι (ο.π.) οι γονείς που αισθάνονται ανακούφιση διότι το δικό τους παιδί είναι εύκολο στους χειρισμούς τους, μπορεί αργότερα να πληρώσουν την οικογενειακή ηρεμία, με το τίμημα της παθολογικής καταθλιπτικής διαταραχής.

Σύμφωνα όμως με πληροφορίες που μας δίνει ο Αμπατζόγλου (1995^α, σελ. 113), κάθε αλλαγή στην ψυχολογία του εφήβου, δεν αποτελεί

απαραίτητα και σύμπτωμα κατάθλιψης. Όταν όμως η καταθλιπτική διάθεση διαρκεί περισσότερο από 2-3 εβδομάδες, τότε αυτό το γεγονός αποτελεί σημάδι το οποίο πρέπει να αναγνωριστεί έγκαιρα, προκειμένου ν' αντιμετωπιστεί γρηγορότερα.

Τελικά από τα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, η διάκριση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής κατάθλιψης στην εφηβεία, είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Προκειμένου μάλιστα να τεκμηριώσουμε τον παραπάνω σχολιασμό μας, υιοθετούμε την άποψη του Αμπατζόγλου (1995^α, σελ. 112), σύμφωνα με την οποία οι φυσιολογικές συμπεριφορές του εφήβου, είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως παθολογικές ιδιαίτερα από τους γονείς που συνηθίζουν να ερμηνεύουν ασταμάτητα την συμπεριφορά του παιδιού τους, είτε να παραμεληθούν παθολογικές συμπεριφορές, που εμφανίζονται κυρίως στην περίοδο της εφηβείας.



Αλληλεπιδράσεις της συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου κατά την εφηβεία

Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's (1994.)

Συσχέτιση κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας στην εφηβεία

Είναι γενικά αποδεκτό από τους ειδικούς ότι, οι απόπειρες αυτοκτονίας συνήθως συνδέονται άμεσα με τις ψυχικές νόσους, και ιδιαίτερα με την βαριά μορφή καταθλιπτικής διαταραχής.

Ο Freud (Παππάς 1998, σελ. 64) ερμηνεύει την αυτοκτονία του καταθλιπτικού, ως φονική επίθεση στα αγαπημένα εσωτερικευμένα αντικείμενα. Επειδή μάλιστα αδυνατεί να εκφράσει θυμό και εχθρικά συναισθήματα προς αυτά, επιτίθεται στον ίδιο του τον εαυτό.

Αργότερα ο Menninger, διατύπωσε τη θεωρία ότι σε κάθε άτομο που αυτοκτονεί, συνυπάρχουν τρεις επιθυμίες, αυτή του να σκοτώνει αυτή του να σκοτωθεί, και η επιθυμία να πεθάνει.

Τα τελευταία χρόνια (Τσιάντης 1985, Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, Κούρος 1993, Τσιβρένη και Σκαπινάκης 1999), Silver, Kempe, Bruyn & Fulginitis's 1994), έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας αυτοκτονιών στην εφηβική ηλικία, και ιδιαίτερα στους νέους που καταβάλλονται από έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι έφηβοι (Chandler 1998, σελ. 263), επιδίδονται σε πράξεις αυτοκαταστροφής, με συχνότητα είκοσι έως διακόσιες φορές μεγαλύτερη από εκείνη οποιαδήποτε άλλης ηλικιακής ομάδας.

Ο ίδιος μελετητής παράλληλα επισημαίνει ότι, η αυτοκτονία γίνεται επιλογή ζωής κυρίως από τους έφηβους που έχουν χάσει τελείως την αίσθηση της σύνδεσης του δικού τους εαυτού με το μέλλον, ιδιαίτερα

σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν δυσκολίες που κάνουν την ζωή τους, να μοιάζει ανυπόφορη. Έτσι, μια απόπειρα αυτοκτονίας είτε μια επιτυχημένη αυτοκτονία, θεωρείται από αυτούς σαν μια πιθανή διέξοδος από τα προβλήματά τους.

Παρατηρούμε, ότι οι απόψεις των μελετητών σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία, συγκλίνουν με αυτές του Freud και Menninger, που έχουν αναφερθεί αρχικά.

Γενικά επικρατεί η άποψη (Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, Τσιάντης 1988, Silver, Kempe, Bruyn & Fulginitis's 1994), ότι ο έφηβος που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει συνήθως επιθυμεί να εκδικηθεί κάποιο πρόσωπο, και κυρίως τους γονείς του. Μπορεί παράλληλα να επιδιώκει μέσω της απόπειρας να αποσπάσει την προσοχή τόσο του οικογενειακού όσο και του φιλικού περιβάλλοντός του. Έτσι στο μυαλό του (Silver, Kempe, Bruyn & Fulginitis's 1994, σελ. 426), επικρατούν διάφορες ιδέες του τύπου: «Πόσο λυπημένοι θα είναι, όταν εγώ θα είμαι νεκρός».

Παρόμοια με την παραπάνω άποψη, είναι και αυτή του Stocker (Κούρος 1993, σελ. 162), σύμφωνα με την οποία κανείς δεν αυτοκτονεί, χωρίς να έχει προηγουμένως την ιδέα να σκοτώσει κάποιον άλλον. Μέσω μιας αυτοκτονικής απόπειρας ο έφηβος αφ' ενός αυτοτιμωρείται, και αφ' ετέρου η τάση αυτή συνδέεται άμεσα με την ιδέα να τιμωρηθούν οι γονείς, έχοντας μάλιστα επίγνωση ότι η αυτοκτονία, είναι η πιο αποτρόπαια τιμωρία για τους γονείς του.

Ο Τσιάντης (1985, σελ. 185) υποστηρίζει ότι, ο έφηβος στρέφεται εναντίον του εαυτού του, γιατί μπορεί να είναι ακόμη εξαρτημένος από τους γονείς του, και μέσω της συγκεκριμένης πράξης, αποζητά να τον αγαπήσουν περισσότερο.

Γενικότερα, οι απόψεις των μελετητών συγκλίνουν στο ότι, η έντονη καταθλιπτική διάθεση του εφήβου που είναι δυνατόν να τον οδηγήσει σε μία απόπειρα αυτοκτονίας (Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, Τσιάντης 1985, Κούρος 1993, Αναστασιάδης 1993, Silver, Kempe, Bruyn & Fulginitis 1994, Παππάς 1998), κυρίως οφείλεται στους εξής παράγοντες:

Οικογενειακή αποδιοργάνωση, ασυννενοψία γονέων, απόρριψη μητέρας, πατρική έλλειψη με την έννοια της ανύπαρκτης φροντίδας και ενδιαφέροντος, απώλεια αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου, χωρισμός, διαζύγιο γονέων, και γενικότερα οι τυχόν συνεχείς και δυσάρεστες εμπειρίες που στιγματίζουν αρνητικά την ψυχολογική του κατάσταση.

Πιο συνοπτικά, και σύμφωνα με την αγγλική βιβλιογραφία (Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, σελ. 163) ως αφορμές απόπειρας στην εφηβική ηλικία, αναφέρονται τα 5 p: δηλαδή οι γονείς (parents), η φτώχεια (poverty), οι συνομήλικοι (peers), η εγκυμοσύνη (pregnancy), και το τραυματισμένο ειδύλλιο (punctured romance).

Το γεγονός όμως ότι ο έφηβος επιχειρεί να αυτοκτονήσει, δεν σημαίνει ότι η απόπειρα αυτή συνδέεται αποκλειστικά και μόνο με τις παθολογικές καταστάσεις της εφηβικής περιόδου, και ειδικότερα την κατάθλιψη.

Την παραπάνω άποψη τεκμηριώνουν οι Golse & Messerschmitt (1987, σελ. 49), σύμφωνα με τους οποίους ο έφηβος συνηθίζει να φλερτάρει με τον θάνατο, διότι θεωρεί τον εαυτό του αδάνατο.

Οι ίδιοι συγγραφείς παράλληλα τονίζουν ότι, οι ιδέες θανάτου διαπερνούν από το μυαλό κάθε έφηβου, ενώ οι γονείς πολλές φορές επαναπαύονται με το να αποδίδουν τις αυτοκτονικές απόπειρες του παιδιού τους, στην κατάθλιψη αυτού. Διότι μ' αυτό τον τρόπο, απαλλάσσονται από τις τυχόν ενοχές που θα ένιωθαν για την συγκεκριμένη πράξη του παιδιού τους.

Κατά τον Hawton (Παππάς 1998, σελ. 36), απαιτείται μεγαλύτερη προσοχή στους εφήβους και τα παιδιά, προκειμένου να διακριθούν οι απόπειρες αυτοκτονίας από τα ατυχήματα. Διότι υπάρχει η τάση, οι υπερβολικές δόσεις κυρίως φαρμάκων που λαμβάνουν οι έφηβοι, να θεωρούνται ως ατυχήματα από άρνηση είτε άγνοια των μεγαλύτερων πως οι αυτοκτονικές τάσεις συμβαίνουν και σε αυτή την ηλικία.

Η Μαλακά - Ζαφειρίου (1985, σελ. 164) μας πληροφορεί ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στους εφήβους είναι συχνότερη στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, ενώ το συχνότερο μέσο απόπειρας είναι τα φάρμακα, γιατί αυτά επιφέρουν σπανιότερα τον θάνατο.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας (Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's 1994, σελ. 427) είναι συχνότερες στα κορίτσια, ενώ οι επιτυχημένες απόπειρες που καταλήγουν και στον θάνατο, είναι συχνότερες στα αγόρια, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούν πιο δυνατές μεθόδους (όπλα).

Πριν ακόμη κλείσουμε το συγκεκριμένο υποκεφάλαιο πιστεύουμε ότι αξίζει να αναφερθούμε σε ορισμένες στατιστικές πληροφορίες σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία.

Σύμφωνα λοιπόν με τους (Κούρος 1993, Παππάς 1998), στις ΗΠΑ, η συχνότητα θανάτων από απόπειρες αυτοκτονίες σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών έρχεται τέταρτη, ενώ την ξεπερνούν οι θάνατοι από μοτοσικλέτες, ο καρκίνος και οι πνιγμοί στην θάλασσα.

Παράλληλα στις ΗΠΑ η συχνότητα αυτοκτονίας στις παραπάνω ηλικίες (Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's 1994, σελ. 446) είναι υψηλότερη κατά 400% στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ τα αγόρια της λευκής φυλής παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συχνότητα. Η σχέση απόπειρας αυτοκτονίας προς τις επιτυχημένες απόπειρες υπολογίζεται ότι είναι από 50:1 έως 100:1, ενώ τα κορίτσια υπερέχουν έναντι των αγοριών.

Το φαινόμενο της απόπειρας αυτοκτονίας εφήβων (Παππάς 1998, σελ. 38) στην Μ. Βρετανία και την Ουγγαρία, έχει πάρει επιδημική μορφή. Οι απόπειρες αυτοκτονίας παράλληλα είναι συχνότερες σε ηλικίες 15-30 ετών, ενώ κορυφώνονται στο 16^ο έτος της ηλικίας, κυρίως των γυναικών.

Όσον αφορά την Ελλάδα (Μαλακά - Ζαφειρίου 1985, Παππάς 1998), τα ποσοστά των εφήβων που αυτοκτονούν είναι τα μικρότερα στον κόσμο, και χαμηλότερα στην Αθήνα συγκριτικά με την επαρχία.

Σύμφωνα με την εξήγηση που δίνει ο Παππάς (1998, σελ. 25) στην παραπάνω διαπίστωση, φαίνεται πως οι παράγοντες που εμπλέκονται

στην αύξηση των αυτοκτονιών στους εφήβους όπως «διαλυμένα» σπίτια, η γενική κατάρρευση της πυρηνικής οικογένειας, η χρήση ουσιών και γενικά παράγοντες που δείχνουν κοινωνική αποξένωση, δεν ισχύουν για τους Έλληνες εφήβους.

Σε έρευνα του όμως το 1984 ο Μαδιανός και οι συνεργάτες του (Μαδιανός 1998, σελ. 223), σχετικά με την ψυχική υγεία των εφήβων διαπίστωσαν ότι, οι Αθηναίοι έφηβοι συγκριτικά με τους έφηβους του δείγματος από τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, χαρακτηρίστηκαν ως πιο καταθλιπτικοί. Εδώ η εξήγηση που δίνεται από τους ερευνητές είναι ότι το περιβάλλον της μεγαλούπολης, αποτελεί βλαπτικό παράγοντα πρόκλησης άγχους και δυσμενών συνθηκών για τους εφήβους, διότι ο συνεκτικός κοινωνικός ιστός στις μεγαλουπόλεις, είναι ανύπαρκτος.

Τέλος αναφέρουμε ότι σε πρόσφατη έρευνα του Παππά (1998, σελ. 51) σχετική με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην πόλη των Ιωαννίνων, διαπιστώθηκε ότι σε έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν με πιο συχνή αιτία την κατάθλιψη και την χρήση αλκοόλ, υπήρχε ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό. Η παραπάνω μάλιστα διαπίστωση, συμβαδίζει με ευρήματα ξένων ερευνητών.

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

α) Ότι ο έφηβος ανεξάρτητα από την καταγωγή και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση αποπειράται να αυτοκτονήσει όταν καταβάλλεται από έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα που μειώνουν την αυτοεκτίμησή του.

β) Πρωταρχικό ρόλο παίζει άλλη μία φορά η οικογένεια και η επώδυνη δεύτερη διεργασία αποχωρισμού

γ) Ο έφηβος ουσιαστικά, δεν επιθυμεί να πεθάνει, αλλά αποζητά βοήθεια στήριξης από το στενότερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Γι' αυτό τον λόγο, πιστεύουμε ότι οι αυτοκτονικές απόπειρες των εφήβων, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και ν' αντιμετωπίζονται κατάλληλα, έτσι ώστε να αποφεύγονται στο μέλλον τυχόν παρόμοιες ενέργειες, οι οποίες τελικά, μπορεί να οδηγήσουν και στον θάνατο.

Ταξινόμηση και μορφές κατάθλιψης στην εφηβεία

Σύμφωνα με τα παλαιότερα συστήματα ταξινόμησης της κατάθλιψης από τους παιδοψυχιάτρους, αυτή διακρίνεται σε ενδογενής και αντιδραστική κατάθλιψη.

α) Ενδογενής κατάθλιψη

Ο όρος αυτός σήμερα (Golse & Messerschmitt 1983, σελ. 29) επικρατεί κυρίως ως καλυμμένη κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον P. Kielholz (Golse & Messerschmitt 1983, σελ. 29) με τον όρο της καλυμμένης κατάθλιψης ορίζουμε: «Μία καταθλιπτική διαδικασία που εκδηλώνεται πρώτα από όλα στο σωματικό επίπεδο. Έτσι οι καλυμμένες καταθλίψεις είναι ενδογενείς καταθλίψεις, όπου η καταθλιπτική δυσθυμία είναι καλυμμένη - σκεπασμένη από μια σωματική συμπτωματολογία».

Ως ενδογενής / καλυμμένη κατάθλιψη (Χαρτοκόλλης 1991, Μάνος 1997), ορίζεται το σύνδρομο που προέρχεται μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή είναι αποτέλεσμα των βιολογικών κυρίως παραγόντων, ενώ δεν εξαρτάται από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις.

Ο έφηβος που πάσχει από ενδογενή / καλυμμένη κατάθλιψη (Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's 1994, σελ. 444) μπορεί να εκδηλώσει επανειλημμένες ή επίμονες ψυχοσωματικές διαταραχές όπως: κοιλιακά άλγη, θωρακικό άλγος, κεφαλαλγία, λήθαργο, απώλεια βάρους, ζάλη κ.α. παρόμοια συμπτώματα.

Οι Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's (1994) παράλληλα τονίζουν ότι, συμπεριφορές που είναι δυνατόν να υποδηλώνουν μια σοβαρή περίπτωση καλυμμένη κατάθλιψης στην εφηβεία είναι: η φυγή από το σπίτι, το σχολείο, η προκλητική συμπεριφορά έναντι της εξουσίας, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η κατάχρηση φαρμάκων και οινοπνεύματος, η προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά και οι εγκληματικές πράξεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί παραπάνω, ο έφηβος συχνά, αρνείται την ύπαρξη κατάθλιψης.

β) Αντιδραστική κατάθλιψη

Ο όρος αυτός και σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι (Χαρτοκόλλης 1991, Μάνος 1997) υποδηλώνει μια καταθλιπτική διάθεση, η έναρξη της οποίας οφείλεται σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ δεν εξαρτάται από τις βιολογικές επιδράσεις.

Ο Χαρτοκόλλης (1991, σελ. 210) υποστηρίζει ότι, στην αντιδραστική κατάθλιψη υπάρχουν συχνά ενδείξεις μιας προηγούμενης μακροχρόνιας δυσπροσαρμογής της προσωπικότητας.

Στην προσπάθειά του ο Μάνος (1997, σελ. 185) να επισημάνει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που ωθούν τόσο τους ενήλικες όσο και τους εφήβους σε μια αντιδραστική κατάθλιψη, υιοθετεί τις απόψεις ορισμένων θεωρητικών σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση,

έντονη αυτοκριτική και λαθεμένη εντύπωση για τον εαυτό τους, τον κόσμο και γενικά το περιβάλλον τους. Παράλληλα από τον ίδιο υποστηρίζεται ότι, η αστάθεια και ανασφάλεια της βρεφονηπιακής ηλικίας που προκύπτει από τις διαταραγμένες σχέσεις μητέρας - παιδιού, είτε η απώλεια γονέα σε μικρή ηλικία και γενικότερα ενός αγαπημένου προσώπου, είναι δυνατόν να προάγουν την εμφάνιση της αντιδραστικής κατάθλιψης.

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, είναι η πιο σοβαρή μορφή κατάθλιψης, η οποία επηρεάζει αποφασιστικά όλες τις καθημερινές δραστηριότητες του πάσχοντος, που χάνει το ενδιαφέρον του για την ζωή.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της συγκεκριμένης καταθλιπτικής διαταραχής (Παράσχος 1988, Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's 1994, Μάνος 1997, Τσιβρένη και Σκαπινάκης 1999), είναι η αυτοκτονία.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι (Παππάς 1998, Τσιβρένη και Σκαπινάκης 1999), εκτιμάται ότι σε πέντε χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου, το 25% των ασθενών θα αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν.

Σύμφωνα με το DSM-III R, τα διαγνωστικά κριτήρια για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, είναι τα εξής:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα για το μεγαλύτερο διάστημα του 24ώρου, είτε ευερεδιστότητα σε παιδιά και εφήβους

2. Έκδηλο μειωμένο ενδιαφέρον και ευχαρίστηση για όλες τις δραστηριότητες
3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους χωρίς μεταβολή διαίτας. Στα παιδιά και τους εφήβους παρατηρείται αδυναμία να αποκτήσουν το κανονικό βάρος
4. Αϋπνία είτε υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση
6. Κόπωση ή απώλεια δραστηριότητας σχεδόν κάθε μέρα
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικών και άτοπων ενοχών
8. Ελαττωμένη ικανότητα σκέυης, συγκέντρωσης και πρωτοβουλίας
9. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέυεις θανάτου, ιδέες αυτοκτονίας, είτε απόπειρες αυτοκτονίας

Όταν κάποιος παρουσιάζει το λιγότερο πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα για ένα συνεχόμενο διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων, σημαίνει ότι πάσχει από Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Στο παιδί προεφηβικής ηλικίας (Μάνος 1997, σελ. 201) που πάσχει από το συγκεκριμένο τύπο κατάθλιψης, μπορεί να αναπτυχθεί άγχος αποχωρισμού με αποτέλεσμα να αρνείται να πάει στο σχολείο, και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν.

Στους εφήβους μπορεί να συμβεί αντικοινωνική συμπεριφορά, τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεδιστότητα, επιθετικότητα, απομάκρυνση από τις

κοινωνικές δραστηριότητες, προβλήματα με το σχολείο, απόρριψη των ετεροφυλικών σχέσεων και εξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες.

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού μ' αυτή την διαταραχή.

Δυσθυμική διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής (Μάνος 1997, σελ. 208) είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση που το άτομο έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Πρόκειται για μία περισσότερο ήπια μορφή της κατάθλιψης (Τσιβρένη Σκαπινάκης 1999, Μάνος 1997) της οποίας τα συμπτώματα έχουν μικρότερη ένταση από εκείνα της μείζονος, αλλά υπονομεύουν αργά και σταθερά την ζωή του πάσχοντος. Περίπου το 25% των ασθενών που εκδηλώνουν μείζονα κατάθλιψη, έπασχαν προηγουμένως από χρόνια, ήπια κατάθλιψη.

Κλινική εικόνα:

Η Δυσθυμική Διαταραχή αρχίζει κυρίως ύπουλα και νωρίς στην αρχή της παιδικής ηλικίας, στην εφηβεία, είτε στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η πορεία της είναι χρόνια και συνήθως οδηγεί στην Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή.

Τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από την δυσθυμική διαταραχή είναι ευερέδιστα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία, ενώ παρουσιάζουν έκπτωση στις κοινωνικές δεξιότητες.

Η Δυσθυμική Διαταραχή επίσης είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Δυσθυμικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM IV είναι τα εξής:

A. Καταθλιπτική διάθεση τουλάχιστον 2 χρόνια στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες

B. Όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη παρουσία δύο ή περισσότερων από τα παρακάτω:

α. Ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία

β. Αϋπνία ή υπερυπνία

γ. Ελαττωμένη ενέργεια / ενεργητικότητα ή κόπωση

δ. Χαμηλή αυτοεκτίμηση

ε. Ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση είτε δυσκολία στην λήψη αποφάσεων

στ. Αισθήματα Έλλειψης Ελπίδας

Γ. Κατά την διάρκεια περιόδου ενός χρόνου για παιδιά είτε εφήβους της διαταραχής, ποτέ δεν ήταν ελεύθεροι από τα συμπτώματα των A και B κριτηρίων και για διάστημα περίπου 2 μήνες κάθε φορά.

Δ. Κατά την διάρκεια περιόδου ενός χρόνου για τα παιδιά ή εφήβους δεν ήταν παρόν κάποιο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, ούτε έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό ή Υπομανιακό Επεισόδιο.

Ε. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά την διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας ψυχωτικής διαταραχής.

ΣΤ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας κατάχρησης είτε φαρμάκου

Ζ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους τομείς λειτουργικότητας

Η Δυσθυμική Διαταραχή, είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Άτομα επίσης με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 (Μάνος 1997, σελ. 209), είναι πιο πιθανό ν' αναπτύξουν αργότερα Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Διπολικές διαταραχές

Οι διπολικές διαταραχές είναι ασθένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από δύο ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις την έξαρση, και την κατάθλιψη.

Δηλαδή στους ασθενείς που πάσχουν από τις συγκεκριμένες διαταραχές (Χαρτοκόλλης 1991, Μάνος 1997), παρατηρούνται ανά διαστήματα απότομες μεταβολές από μανιακή, σε έντονη καταθλιπτική φάση (Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο).

Κατά τους (Χαρτοκόλλης 1991, Μάνος 1997, Παράσχος 1988), τα συμπτώματα της μανίας, είναι τα εξής: υπερκινητικότητα, υπερδιεγερτικότητα, διαταραγμένα σκέψη, γευδαισθήσεις, παραλήρημα,

υπεραισιοδοξία, έντονο αίσθημα ευτυχίας, υπερσεξουαλικότητα, επιταχυνόμενο ρυθμό ομιλίας, λογόρροια.

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι παραπάνω μελετητές καθώς επίσης και οι Silver, Kempe, Bruyn & Fulginiti's (1994, σελ. 426), οι καταθλιπτικοί έφηβοι είναι δυνατόν να παρουσιάσουν συμπτώματα διπολικών διαταραχών, των οποίων πρώτη ένδειξη συνήθως αποτελεί ένα μανιακό επεισόδιο. Η μανία, σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες της κατάθλιψης (Μάνος 1997, σελ. 185), θεωρείται ότι είναι άμυνα, δηλαδή άρνηση του ατόμου σε υποκείμενη κατάθλιψη.

Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τους (Χαρτοκόλλης 1991, Μάνος 1997, Τσιβρένη & Σκαπινάκης 1999), οι θεραπευτικοί μέθοδοι της κατάθλιψης είναι οι εξής:

α) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Εφαρμόζεται όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι άμεσος είτε ύστερα από επαναλαμβανόμενες απόπειρες, καθώς επίσης στις περιπτώσεις σοβαρών καταθλιπτικών ασθενών, που δεν απαντούν στην φαρμακευτική αγωγή.

Αν και υπάρχουν ενδοιασμοί στην χρησιμοποίηση της συγκεκριμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης, δίνει γρηγορότερα θεραπευτικά αποτελέσματα από τα αντικαταθλιπτικά, ενώ παράλληλα προστατεύει τα άτομα που πάσχουν από καρδιακή νόσο.

β) Ψυχοφάρμακα

Για την θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των χρόνιων συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων, χορηγούνται στους ασθενείς ψυχοφάρμακα, ενώ παράλληλα κρίνεται αναγκαία η συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής για 8-10 μήνες.

γ) Ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία είναι δυνατόν να αποβεί αποτελεσματική στο καταθλιπτικό άτομο, διότι βοηθείται στην βελτίωση των διαπροσωπικών του σχέσεων, της εμπιστοσύνης με τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας και την δημιουργικότητα. Εξίσου σημαντική είναι και η ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η επίτευξη των παραπάνω ψυχοθεραπειών είναι ανέφικτη όταν το άτομο βρίσκεται στο οξύ στάδιο της κατάθλιψης, όπου απαιτείται η νοσηλεία του σε ψυχιατρική κλινική ή ψυχιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου (για άτομα άνω των 20 ετών), είτε στα παιδοψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων (για άτομα έως 18-20 ετών).

Σύμφωνα με πληροφορίες που μας δίνουν οι Bernard Golse & Paul Messerschmitt (1987, σελ. 69), η θεραπευτική αντιμετώπιση των καταθλιπτικών εφήβων περιλαμβάνει:

α) Φαρμακοθεραπεία

β) Ψυχοθεραπείες

Παράλληλα οι Bernard Golse & Paul Messerschmitt (1987) υποστηρίζουν ότι εξίσου σημαντικός στην πρόληψη και αντιμετώπιση των καταθλιπτικών τάσεων σε παιδιά και εφήβους, είναι ο ρόλος του σχολείου, και ειδικότερα των εκπαιδευτικών εκείνων, που έχουν την ικανότητα να διακρίνουν στοιχεία από την προσωπικότητα του παιδιού / εφήβου, που μπορεί να το οδηγήσουν στην κατάθλιψη.

Η σταδιακή παρακολούθηση των εφήβων από το παιδοψυχιατρικό επιστημονικό προσωπικό και μετά την νοσηλεία τους κρίνεται αναγκαία. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, ακόμη και όταν αποχωρήσουν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (Αμπατζόγλου 1995^α, σελ. 112), είναι δυνατόν να επανεμφανιστούν στην ενήλικη ζωή.

Δ. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες παροχής παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία του παιδιού φροντίζουν το παιδί από την γέννησή του, μέχρι την ηλικία των 18 ετών, όπου έχει σχεδόν τελειώσει η ανάπτυξή του.

Το έργο των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, πρέπει αφ' ενός να στοχεύει στην διευκόλυνση της ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και την διατήρηση της ψυχικής υγείας του παιδιού, και αφ' ετέρου στην θεραπεία των ψυχικών παθήσεων με σκοπό να επανορθωθεί η ψυχική υγεία, αφού αρχικά ληφθούν υπόψη και τροποποιηθούν οι παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για την ανισορροπία του ψυχισμού του παιδιού.

Στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για το παιδί, αναπτύσσονται οι εξής τομείς δραστηριοτήτων, που ενώ διαφέρουν μεταξύ τους στην οργάνωση και την στελέχωση, τόσο οι λειτουργίες όσο και οι υπηρεσίες τους είναι αλληλένδετες:

1. Πρωτογενής πρόληψη: ενημέρωση στην ευρύτερη κοινότητα
2. Δευτερογενής πρόληψη που περιλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής
3. Τριτογενής πρόληψη, που συμπεριλαμβάνει την φροντίδα και αποκατάσταση των παιδιών με χρόνιες παθήσεις.

Η διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να παρέχονται τόσο στα πλαίσια της οικογένειας, όσο και της κοινότητας, διότι είναι περισσότερο βοηθητικό για το παιδί να μην απομακρύνεται από το περιβάλλον που αυτό αναπτύσσεται. Τα συγκεκριμένα κέντρα διάγνωσης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών του παιδιού, συνήθως ονομάζονται Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, είτε Κέντρα Παιδικής ή Οικογενειακής Ψυχιατρικής (Τσιάντης Γ, «Οργάνωση υπηρεσιών παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα», στα «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1987, σελ. 405).

Βασικές προϋποθέσεις λειτουργίας παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών

1. Η εργασία με παιδιά και τις οικογένειές τους απαιτεί την προσέγγιση τους από πλήρη παιδοψυχιατρική ομάδα η οποία συνήθως αποτελείται από τον παιδοψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον Κοινωνικό Λειτουργό, τον ψυχοθεραπευτή, τον λογοθεραπευτή, τον ειδικό παιδαγωγό, τον εργοθεραπευτή, αλλά και τον νοσοκόμο.
2. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να προσφέρουν υπηρεσίες σ' όλες τις κοινωνικές τάξεις. Επειδή μάλιστα υπάρχουν μεγάλοι φραγμοί όσον αφορά την χρησιμοποίηση αυτών των υπηρεσιών, πρέπει αυτές να μεριμνήσουν ώστε η παρέμβαση και στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις, οι οποίες χρησιμοποιούν δυσκολότερα τις υπηρεσίες ψυχικής διαταραχής, να είναι έγκυρη.
3. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες πρέπει να είναι έτσι οργανωμένες ώστε να μπορούν να καλύπτουν μια ευρεία γεωγραφική περιοχή, με τρόπο που η απόσταση να μην αποτελεί φραγμό για την χρησιμοποίησή τους. Η σύνδεση μάλιστα αυτών των υπηρεσιών με σχολεία, παιδικούς σταθμούς, κέντρα υγείας, μαιευτήρια και άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς, έχει μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων.
4. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες δεν πρέπει να είναι μόνο διαγνωστικές, συμβουλευτικές και παρακολούθησης, αλλά να είναι και θεραπευτικές. Πρέπει παράλληλα να λαμβάνεται υπόψη στην

αντιμετώπιση, αν το περιστατικό είναι επείγον ή χρόνιο, καθώς επίσης και η σοβαρότητά του.

5. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, πρέπει να προσφέρουν φροντίδα και στα παιδιά με χρόνια σωματικά προβλήματα όπως μεσογειακή αναιμία, εγκεφαλική παράλυση, καθώς επίσης να συνεργάζονται με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, για την καλύτερη υποστήριξη των παιδιών / εφήβων, αλλά και των οικογενειών τους.
6. Οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες τέλος πρέπει να αναπτύξουν δραστηριότητες και προγράμματα σχετικά με την βελτίωση των αρνητικών στάσεων της κοινότητας, σε θέματα ψυχικής υγείας, με στόχο της προαγωγή αυτής (Τσιάντης, 1987, σελ. 408).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες

Οι αρμοδιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, ορίζονται από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών (1974) ως εξής:

1. Συμμετέχει στο συμβούλιο επιστημονικού προσωπικού, και ενεργεί ως μέλος της ψυχιατρικής ομάδας
2. Ευθύνεται για την διεργασία της κοινωνικής έρευνας και λήψεως του κοινωνικού ιστορικού από την οικογένεια του εφήβου και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του
3. Αναλαμβάνει και εφαρμόζει σε συνεργασία με τους υπόλοιπους ειδικούς το πρόγραμμα που έχει αποφασισθεί από το συμβούλιο επιστημονικού προσωπικού και παράλληλα, εφαρμόζει την μέθοδο της κοινωνικής εργασίας κατά περίπτωση ή ομάδα με γονείς, εφήβους και παιδιά
4. Συνεργάζεται με άλλες ειδικές κοινωνικές οργανώσεις και ιδρύματα της κοινότητας, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση προβλημάτων της κάθε περίπτωσης
5. Συμμετέχει με τα υπόλοιπα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας σε ερευνητικά προγράμματα που αποσκοπούν στην περιγραφή και αξιολόγηση του έργου της οργάνωσης και τον σχεδιασμό νέων προγραμμάτων.

6. Συμμετέχει στην ενημέρωση του κοινού για τις αρχές της ψυχικής υγιεινής και της εργασίας της οργάνωσης
7. Βοηθάει στην βελτίωση ή δημιουργία απαραίτητων προγραμμάτων ψυχικής υγιεινής εντός της κοινότητας

Αναλυτικότερα:

Ο Κοινωνικός Λειτουργός εντάχθηκε στην ψυχιατρική ομάδα από την αρχή της δημιουργίας της. Είναι το τρίτο μέλος της ομάδας, μετά τον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο. Το κύριο αντικείμενο της κοινωνικής εργασίας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων είναι η σύνδεση των υπηρεσιών αυτών με την κοινότητα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το μέλος της επιστημονικής ομάδας όπου συνδέει τον φορέα αλλά και τον εξυπηρετούμενο με την εξωτερική κοινωνική πραγματικότητα (υπηρεσίες, προγράμματα, κοινωνικές παροχές, σχολείο).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παράλληλα, ενημερώνει την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα για τους αιτιολογικούς παράγοντες των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα, καθώς επίσης και τα κοινωνικά προβλήματα που είναι δυνατόν να προκύψουν μελλοντικά.

Στις περισσότερες ιατροπαιδαγωγικές και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι οι πρώτοι που υποδέχονται τους ενδιαφερόμενους, με σκοπό την αποσαφήνιση του προβλήματος, έτσι ώστε να επιλεγεί έπειτα, η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, από την ψυχιατρική ομάδα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός κάνει διαγνωστική εργασία, δηλαδή λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό, αξιολογεί την οικογενειακή κατάσταση, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, τυχόν ψυχοπαθολογία των γονέων, και την σημασία της στην συμπτωματολογία του παιδιού / εφήβου. Κατόπιν οφείλει να ανακοινώσει την διάγνωση στην υπόλοιπη ομάδα, να αντιμετωπίζει τις αντιδράσεις των γονέων σε αυτήν, ενώ ταυτόχρονα διατυπώνει τις προτάσεις παραπομπής στους ενδιαφερόμενους.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού όπως και των υπόλοιπων ειδικοτήτων καθορίζεται σημαντικά από την δομή και λειτουργία της υπηρεσίας που εργάζεται. Μπορεί όμως να επηρεαστεί από την ιδιαιτερότητα μιας περίπτωσης, και να διαφοροποιηθεί ανάλογα με την ισχύουσα νομοθεσία και τις υπάρχουσες δομές της κοινότητας.

Στο πλαίσιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ο Κοινωνικός Λειτουργός, ενδιαφέρεται να ευαισθητοποιήσει, και παράλληλα να κινητοποιήσει τις ομάδες που είναι ενταγμένο το παιδί / είτε ο έφηβος (οικογένεια, ίδρυμα, σχολείο, γειτονιά, κοινότητα) προκειμένου να διατηρήσουν δηλωμένη την παρουσία τους στην ζωή του, και να το στηρίξουν την περίοδο που επιχειρεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του. Έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να συνεργάζεται με αυτές τις ομάδες και να εφαρμόζει τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας (στα σχολεία, με τις οικογένειες, με εργοδότες κ.α.). Τα προγράμματα παράλληλα για δετές οικογένειες, υιοθεσίες, προστατευόμενη εργασία, αυτόνομη διαβίωση, αποασυλοποίηση κ.α., συστήνονται και κατευθύνονται επίσης από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς (Καλλινικάκη Θεανώ, «Η εξέλιξη της διεπιστημονικής σχέσης στις υπηρεσίες ψυχικής

υγείας παιδιών και εφήβων - η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού», περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, Αθήνα 1994, τεύχος 36^ο, σελ. 217).

Θεραπευτική παρέμβαση Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια

Πριν ακόμη αναλύσουμε την παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια και την μεταξύ τους συνεργασία αναφέρουμε ότι, όσοι επαγγελματίες ασκούν την κοινωνική εργασία, οφείλουν να έχουν πίστη στην αξιοπρέπεια του κάθε ανθρώπου, σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ατομικών διαφορών, καθώς επίσης ν' αποδέχονται την υποχρέωση να βοηθούν τον άνθρωπο, ώστε να ξεπεράσει τα προβλήματά του, με στόχο τόσο την ατομική όσο και την κοινωνική ευημερία.

Και επανερχόμαστε στην μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Οικογένεια.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι συνήθως ο πρώτος από την ψυχιατρική ομάδα, που συναντά και συνεργάζεται με τους γονείς.

Πρωταρχικός του ρόλος προκειμένου ν' αποκτήσει μια συνολική εικόνα της λειτουργικότητας στην οικογένεια, είναι να διερευνήσει και εκτιμήσει τις ανάγκες και στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά τους, την συμπληρωματικότητα και αμοιβαιότητα των συζυγικών τους ρόλων, το κατά πόσο συμφωνούν στην αντιμετώπιση θεμάτων σχετικά με τα παιδιά τους, οι τυχόν αποχωρισμοί μέλους της οικογένειας, ενώ

παράλληλα διερευνά αν υπήρξαν άλλα τραυματικά γεγονότα (διαζύγιο, εγκατάλειψη, παραμέληση, κακοποίηση), στην οικογενειακή τους ζωή.

Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός διερευνά τις ανάγκες και τα προβλήματα των γονέων χωριστά, τους τρόπους επικοινωνίας τους, τις λεκτικές και μή λεκτικές αντιδράσεις τους σε περιόδους κρίσης, αλλά και την συνολική τους προσωπικότητα, προκειμένου μ' αυτό τον τρόπο να εκτιμηθεί η συνειδητή είτε υποσυνείδητη επίδρασή τους στο παιδί.

Από τις αρχικές συνεντεύξεις ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να είναι προετοιμασμένος ώστε να χειρισθεί το άγχος των γονέων, τον θυμό, την επιθετικότητα, καθώς επίσης και τις εξαρτητικές τους ανάγκες.

Οφείλει παράλληλα να ευαισθητοποιήσει τους γονείς, προκειμένου να συνειδητοποιήσουν ότι το πρόβλημα του παιδιού τους είναι δυνατόν να επιλυθεί, εφ' όσον οι ίδιοι θελήσουν να συνεργαστούν ενεργά με την ψυχιατρική ομάδα.

Ορισμένες φορές οι γονείς επιζητούν βοήθεια για το παιδί τους, ζητώντας έμμεσα βοήθεια για τον εαυτό τους. Μπορεί μάλιστα, τα δικά τους ανεπίλυτα προβλήματα στην παιδική ηλικία και με τους γονείς τους ασυνείδητα, να τα μεταβιβάζουν στα παιδιά τους.

Όταν λοιπόν ο Κοινωνικός Λειτουργός κρίνει κατά την διάγνωση ότι το πρόβλημα του παιδιού οφείλεται κυρίως στην προσωπικότητα των γονέων του και όχι στο ίδιο, και όταν παράλληλα η συμπεριφορά του είναι μόνο αντιδραστική στην συμπεριφορά των γονέων, τότε δεν δέχεται αυτό την θεραπεία, αλλά οι γονείς τους.

Έτσι ο Κ.Λ. οφείλεται να προσεγγίσει τους γονείς, στο προσωπικό τους επίπεδο. Η συζήτηση γύρω από τα βιώματα της παιδικής τους ηλικίας με τα παράλληλα προβλήματα του παιδιού τους, προετοιμάζουν συνήθως το έδαφος, ώστε να δεχθούν την συμβουλευτική βοήθεια για τον εαυτό τους.

Όταν όμως το σύμπτωμα του παιδιού έχει εσωτερικευθεί και στο ίδιο, τότε παράλληλα με τους γονείς τους κρίνεται αναγκαία η παροχή βοήθειας και σ' αυτό. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με το κλασσικό σχήμα των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ο ψυχολόγος είτε ψυχίατρος αναλαμβάνει την θεραπεία του παιδιού, και ο Κ.Λ. τους γονείς.

Στο συγκεκριμένο σχήμα και από την αρχή των συναντήσεων, μπορεί να προστεθεί και η οικογενειακή θεραπεία. Η παράλληλη παρακολούθηση παιδιού και γονέων, κρίνεται απαραίτητη για την βελτίωση του παιδιού, ενώ οι γονείς βοηθούνται ώστε να αλλάξουν στάση απέναντι στο παιδί τους, αλλά και να επιλύσουν μέσω των διορθωτικών σχημάτων συμπεριφοράς, τις δικές τους συγκρούσεις (Δημοπούλου - Λαγωνίκα, «Χρησιμοποίηση διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών με ειδικές κατηγορίες προβλημάτων και ατόμων»- διδακτικές σημειώσεις στην Κοινωνική Εργασία με Ατομα, Αθήνα 1994, σελ. 87).

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι, ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιεί στην οικογένεια κάθε παιδιού / έφηβου που νοσεί.

Γι' αυτό το λόγο κρίνουμε απαραίτητη την εξειδίκευσή του στον παιδοψυχιατρικό τομέα, όταν αυτός αποτελεί αντικείμενο της εργασίας του. Διότι πιστεύουμε πως οι επιπλέον γνώσεις, δεν τον βοηθούν μόνο να ανταποκριθεί σωστά στον θεραπευτικό του ρόλο, με την έννοια ότι δεν ταυτίζει τις δικές του ανάγκες και προβλήματα με αυτά των πελατών του, αλλά ενώ παράλληλα με την ψυχολογική ωριμότητα (Τζόνσον 1998, σελ. 32) που αποκτά μέσω της επίλυσης των δικών του ψυχικών διεργασιών, προσπαθεί να αμβλύνει αντί να προάγει τις ενοχές των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους. Επίσης πιστεύουμε ότι, μέσω της εξειδίκευσης ο Κοινωνικός Λειτουργός ως επαγγελματίας, αποκτά περισσότερη ισχύ και αναγνώριση από την υπόλοιπη ψυχιατρική ομάδα.

Ε. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Αναφορά στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης

1. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
2. Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
3. Κοινωνική Υπηρεσία Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέα Β΄ Παν/κής Ψυχιατρικής Κλινικής Θεσσαλονίκης
4. Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής (Ι.Κ.Α.) Θεσ/νίκης
5. Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος
6. Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκης
7. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (Υπηρεσία παιδιού και εφήβου)
8. Νοσοκομείο Παπανικολάου (Ψυχιατρικό τμήμα εφήβων)
9. Νοσοκομείο Ιπποκράτειο (Παιδοψυχιατρικό τμήμα)
10. Κέντρο πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών Πυξίδα
11. Σχολές γονέων δήμου Συκεών
12. Σχολές γονέων δήμου Αμπελοκήπων
13. Σχολές γονέων δήμου Τριανδίας
14. ΡΟΤΑ (Κέντρο Υποστήριξης Νέων)

Περιγραφή λειτουργίας υπηρεσιών

ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ

Το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο βορείου Ελλάδος, λειτουργεί από το 1995 και αποτελεί την παιδοψυχιατρική δομή του Ειδικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης.

Βασικός σκοπός του είναι η δωρεάν παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών συνεδριών, σε παιδιά και εφήβους έως 18 ετών από όλη την Βόρεια Ελλάδα, που μπορεί να αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, μαθησιακές δυσκολίες, αλλά και προβλήματα λόγου.

Το προσωπικό του αποτελείται από:

2 παιδοψυχιάτρους

A' επιμελήτρια ΕΣΥ (Υπεύδυνη Κέντρου)

B' επιμελήτρια ΕΣΥ

1 κλινική ψυχολόγο

2 λογοπεδικούς

1 εργοθεραπεύτρα

1 επισκέπτρια υγείας

1 ψυχοκινητικός

1 ειδική παιδαγωγός

1 γραμματέας

Το ιατροπαιδαγωγικό κέντρο λειτουργεί τις πρωινές ώρες (9-2μ.μ), ενώ η προσέλευση των ενδιαφερομένων γίνεται πάντα κατόπιν ραντεβού. Επειδή όμως το κέντρο οφείλει να καλύπτει τις ανάγκες των παιδιών όλης της Βόρειας Ελλάδος, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι πρώτες συνεδρίες να αργούν μέχρι και 3-4 μήνες.

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ

Ο γονέας πριν ακόμη προσέλθει με το παιδί του στο Κέντρο προκειμένου να πραγματοποιηθεί η 1^η συνεδρία, οφείλει να συμπληρώσει ένα mini ιστορικό, με τα στοιχεία του παιδιού.

Η κανονική όμως λήψη ιστορικού, πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνο από τον ειδικό (παιδοψυχίατρο ή ψυχολόγο) της ψυχιατρικής ομάδας που αναλαμβάνει την περίπτωση του παιδιού / εφήβου, στην πρώτη του συνάντηση με τον γονέα και το παιδί του.

Στην διάρκεια λήψης ιστορικού επίσης, δεν επιτρέπεται να συμμετέχουν συγγενείς, φίλοι και Κοινωνικοί Λειτουργοί που πιθανόν να έχουν αναλάβει την οικογένεια. Σε περίπτωση όμως συνεργασίας με παιδιά ιδρυμάτων (ορφανοτροφεία), τότε επιτρέπεται να συνοδεύει το παιδί, το υπεύθυνο πρόσωπο αναφοράς του.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν από το επιστημονικό προσωπικό κρίνεται ότι, η κατάσταση του παιδιού/ εφήβου είναι ελεγχόμενη και δεν υπάρχει πρόβλημα ζωής (αυτοκτονία κόψιμο φλεβών), τότε παρέχεται σ' αυτό φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία και συνεργασία με την οικογένεια.

Η συνεργασία μεταξύ ιατροπαιδαγωγικού κέντρου και οικογένειας, μπορεί να διαρκέσει έως 2 χρόνια. Κατόπιν, γίνονται παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες (Κέντρα ψυχικής υγιεινής, ιδιώτη γιατρό).

Όταν όμως η κρίση του παιδιού / εφήβου δεν ελέγχεται με αποτέλεσμα να κινδυνεύει η ζωή του, τότε αυτό παραπέμπεται και νοσηλεύεται στα παιδοψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων (ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Παναγικολάου), με τα οποία και συνεργάζεται το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο κατά την διάρκεια της νοσηλείας, των παιδιών / εφήβων.

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι παιδοψυχίατροι του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου και για μια φορά την εβδομάδα, επισκέπτονται και συνεργάζονται με τους βρεφονηπιακούς σταθμούς και τα νηπιαγωγεία της πόλης, με σκοπό την διάγνωση τυχόν προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα παιδιά, αλλά και την υποστήριξη / παροχή βοήθειας και στις οικογένειες των παιδιών, όταν κρίνεται αναγκαίο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ / ΕΦΗΒΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ημερομηνία	Αριθμός παιδιών που εξετάστηκαν	Παρουσίασαν κατάθλιψη
1/1/95-31/12/95	200	1
1/1/96-31/12/96	225	4
1/1/97-31/12/97	165	9 (από τα οποία στα 7 προέκυψε λόγω οικογενειακών προβλημάτων)

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑ
ΕΤΟΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ /ΕΦΗΒΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ
ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ημερομηνία	Αριθμός παιδιών που εξετάστηκαν	Παρουσίασαν δυσθυμική διαταραχή
1/1/95-31/12/95	200	8
1/1/96-31/12/96	225	14
1/1/97-31/12/97	165	3

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο δεν εργάζεται Κοινωνικός Λειτουργός, μας ωθεί στο να χαρακτηρίσουμε το προσωπικό της υπηρεσίας ως ελλειπές.

Το γεγονός επίσης ότι τα περιστατικά που εισέρχονται στο Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο δεν αντιμετωπίζονται άμεσα, αλλά η θεραπευτική τους αντιμετώπιση πραγματοποιείται μετά από ένα διάστημα 3-4 μηνών, αποτελεί σοβαρότατο ανασταλτικό παράγοντα στην θεραπεία παιδιών / εφήβων και των οικογενειών τους, ενώ ο κίνδυνος για επιδείνωση της κατάστασης είναι άμεσος.

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα που μας έχουν δοθεί από το Ιατροπαιδαγωγικό κέντρο βορείου Ελλάδος, παρατηρούμε τα εξής:

Τα ποσοστά τόσο της κατάθλιψης, όσο και της δυσθυμικής διαταραχής ανάμεσα στα έτη 1995-1997, αυξάνονται χρόνο με το χρόνο. Μια εξίσου σημαντική διαπίστωση είναι το γεγονός πως οι κύριοι λόγοι εμφάνισης της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους, είναι τα οικογενειακά προβλήματα.

ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΙΚΑ

Το κέντρο παιδοψυχικής υγιεινής του ΙΚΑ λειτουργεί από το 1986 και εξυπηρετεί παιδιά ηλικίας μέχρι 18 ετών, από την Θεσσαλονίκη καθώς επίσης και όλη την Βόρεια Ελλάδα και Θεσσαλία, τα οποία είναι ασφαλισμένα στο ΙΚΑ. Ειδικότερα, δέχεται παιδιά που παρουσιάζουν:

- Μαθησιακές δυσκολίες και γενικότερα δυσκολίες προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον
- Διαταραχές λόγου
- Καθυστέρηση της ψυχοκινητικής τους ανάπτυξης
- Προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς
- Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις
- Οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη της προσωπικότητας και της κοινωνικής τους προσαρμογής.

Οι αρμοδιότητες του κέντρου είναι:

α) Η διαγνωστική εξέταση των παιδιών / εφήβων με ειδικές ανάγκες που έχουν ανάγκη ειδικής αγωγής και παραπομπής σε ανάλογα σχολεία είτε επαγγελματικά εργαστήρια

β) Παρέχεται συμβουλευτική και θεραπευτική φροντίδα στα παιδιά των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, που παρουσιάζουν τα παραπάνω προβλήματα. Λόγω όμως έλλειψης επαρκούς προσωπικού, οι δυνατότητες παρέμβασης είναι περιορισμένες.

Το προσωπικό που απασχολεί αποτελείται από:

3 παιδοψυχιάτρους

1 ψυχολόγο

2 Κοινωνικούς Λειτουργούς

1 εργασιοθεραπεύτρια

1 διοικητική υπάλληλο

Τέλος το κέντρο παιδοψυχικής υγιεινής του ΙΚΑ, στα πλαίσια συλλογής πληροφοριών για τις ανάγκες των παιδιών καθώς επίσης και τις παραπομπές τους, μπορεί να συνεργάζεται και με διάφορους φορείς του νομού, όπως τα σχολεία, τα νηπιαγωγεία, αλλά και με λογοθεραπευτές.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Σύμφωνα με την δική μας άποψη για τον τρόπο λειτουργίας του κέντρου παιδοψυχικής υγιεινής (ΙΚΑ) έχουμε ν' αναφέρουμε ότι, από την στιγμή που στα περιστατικά, λόγω έλλειψης επαρκούς προσωπικού αφ' ενός, τους παρέχεται, συμβουλευτική και θεραπευτική φροντίδα, αφ' ετέρου όμως οι δυνατότητες ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης είναι περιορισμένες, μπορεί το γεγονός αυτό να σταθεί εμπόδιο, στην όσο το δυνατόν γρηγορότερη θεραπευτική αντιμετώπιση, και προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών και εφήβων.

ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Το κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας (ΚΚΨΥ) κεντρικού τομέα είναι ένας δημόσιος φορέας που ανήκει στο εθνικό σύστημα υγείας και παρέχει δωρεάν ψυχιατρικές υπηρεσίες στους κατοίκους του κεντρικού τομέα της πόλης, ο οποίος εκτείνεται από την παραλία μέχρι και την Άνω Πόλη και από τον Βαρδάρη μέχρι την έκθεση, και την πανεπιστημιούπολη.

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. κεντρικού τομέα ιδρύθηκε από τον ψυχίατρο Κ. Μάνο το 1979, και από το 1990 έχει τον δικό του οργανισμό, ενταγμένο στο ψυχιατρείο της δεσ/νίκης.

Στόχοι του είναι:

α) Η θεραπευτική αντιμετώπιση και πρόληψη των ψυχικών προβλημάτων παιδιών, εφήβων και ενηλίκων

β) Η ενημέρωση και πληροφόρηση των κατοίκων σε θέματα ψυχικής υγείας

γ) Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ειδικότερα ψυχικά προβλήματα

δ) Η ψυχιατρική εκπαίδευση (αποτελεί το καλύτερο εκπαιδευτικό κέντρο ειδικευόμενων ψυχιάτρων και φοιτητών Ιατρικής)

ε) Η έρευνα.

Το προσωπικό του αποτελείται από:

3 ψυχιάτρους και 1 παιδοψυχίατρο

3 ψυχολόγους

2 κοινωνικούς λειτουργούς

2 νοσηλεύτριες με ειδίκευση στην ψυχιατρική

3 λογοθεραπευτές

2 γραμματείς

10 ειδικευόμενοι γιατροί - ψυχολόγοι

Στο ΚΚΨΥ κεντρικού τομέα μπορεί να απευθυνθεί κάθε ενήλικας είτε παιδί / έφηβος του τομέα που αντιμετωπίζει ψυχικό πρόβλημα, καθώς επίσης και οικογένειες είτε ζευγάρια που αντιμετωπίζουν μεταξύ τους προβλήματα.

Ειδικότερα απευθύνονται:

α) Άτομα με ενοχλήματα όπως άγχος, μελαγχολία, φοβίες, έμμονες ιδέες, ψυχοσωματικά προβλήματα, σεξουαλικά προβλήματα, παράξενες ιδέες είτε συμπεριφορά

β) Άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχολογικής φύσης στις σχέσεις τους με τους άλλους, στην εργασία, είτε στις σπουδές τους

γ) Οικογένειες και ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις ή προβλήματα με τα παιδιά τους

δ) Παιδιά είτε έφηβοι με προβληματική συμπεριφορά στο σπίτι ή στο σχολείο, στις σχέσεις τους με τους άλλους, δυσκολίες στην μάθηση, τραυλισμό, ενούρνηση κλπ.

ε) Άτομα που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικές κλινικές για διάφορες ψυχικές διαταραχές και τώρα αντιμετωπίζουν δυσκολία στην κοινωνική τους προσαρμογή, είτε έχουν την ανάγκη μιας συνεχιζόμενης συστηματικής θεραπείας.

στ) Παράλληλα, μπορούν ν' απευδύνονται και φορείς / υπηρεσίες (σχολεία, σύλλογοι) για κάθε μορφής πρόβλημα ψυχικής υγείας.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΚΨΥ

Θεραπευτική υπηρεσία: αντιμετωπίζονται τα ψυχικά προβλήματα ενηλίκων ή παιδιών / εφήβων με διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, παρέμβαση σε κρίση, γνωστική αναλυτική ψυχοθεραπεία, γνωστική ψυχοθεραπεία, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, θεραπεία σεξουαλικών διαταραχών, θεραπεία ζεύγους και οικογένειας, συμβουλευτική γονέων.

Για τα προβλήματα των παιδιών ειδικότερα, μπορεί να εφαρμοστεί και θεραπεία διαταραχών του λόγου και μάθησης μέσω της παιγνιοθεραπείας. Παράλληλα με τις παραπάνω αντιμετωπίσεις και όταν κρίνεται σκόπιμο, μπορεί να χορηγηθεί και φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη υπηρεσία το ΚΚΨΥ επιδιώκει την επικοινωνία μέσω ομιλιών, συναντήσεων, συμβουλευτικών παρεμβάσεων, με βασικούς φορείς του κεντρικού τομέα της πόλης όπως σχολεία, πανεπιστήμιο, δήμο, εργατικό κέντρο, ΧΑΝΘ, ερυθρό σταυρό και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, δημόσιες υπηρεσίες, συλλόγους, παιδικούς

σταθμούς με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για το ψυχικό πρόβλημα και τις κοινωνικές του συνέπειες, καθώς επίσης και την συμβουλευτική κάλυψη ειδικών ατομικών προβλημάτων.

Στο ΚΚΨΥ κεντρικού τομέα μπορεί ν' απευθυνθεί οποιοδήποτε άτομο, ανεξάρτητα αν είναι ασφαλισμένο είτε όχι, καθώς επίσης και οποιαδήποτε υπηρεσία η φορέας. Συνήθως τα άτομα επισκέπτονται το ΚΚΨΥ μετά από δική τους επιλογή, είτε παραπομπές των γιατρών και των υπηρεσιών που απευδύνονται. Μέσω της γραμματείας, ορίζεται πότε θα πραγματοποιηθεί η διαγνωστική συνάντηση (κυρίως την Δευτέρα), και κατόπιν προτείνεται η θεραπεία που θ' ακολουθήσει το άτομο, χωρίς να επιβαρύνεται οικονομικά.

Το περιεχόμενο των συναντήσεων και των ψυχολογικών εξετάσεων είναι εμπιστευτικό, και όλα τα μέλη του προσωπικού εκπαιδεύονται το ίδιο, σε θέματα διάγνωσης και άλλων μορφών θεραπείας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Θεωρήσαμε σκόπιμο να αναλύσουμε γενικά τις δραστηριότητες του ΚΚΨΥ κεντρικού τομέα, διότι πιστεύουμε ότι ανταποκρίνεται πλήρως στις ψυχιατρικές ανάγκες παιδιών - εφήβων και ενηλίκων. Θεωρούμε επίσης σημαντικό ότι, όλο το προσωπικό του είναι εξειδικευμένο στην οικογενειακή θεραπεία, καθώς επίσης ότι οι υπηρεσίες του παρέχονται σε όλους όσους ζητήσουν βοήθεια. Είναι παράλληλα από τις λίγες υπηρεσίες του νομού, που αναλαμβάνουν να ενημερώσουν την κοινότητα και διάφορους φορείς για την ψυχική ασθένεια και την ιδιαιτερότητάς της.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ «ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Το παιδοψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου «Παπανικολάου», λειτουργεί από τον Ιούνιο του 1998.

Αναλαμβάνει περιπτώσεις παιδιών / εφήβων έως 18 ετών με ψυχολογικά προβλήματα, δυσλεξίας, μαθησιακές δυσκολίες, συμπεριφοράς και σχέσεων με τους γονείς.

Το προσωπικό που απασχολεί αποτελείται από:

Διευδυντή - Παιδοψυχίατρο

Α΄ επιμελήτρια

1 ψυχολόγο

1 εργοθεραπευτή

10 νοσηλεύτες.

(Οι θέσεις ειδικών παιδαγωγών κ..α ειδικοτήτων δεν έχουν ακόμη καλυφθεί)

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ:

Ο γονέας αρχικά οφείλει να επικοινωνήσει τηλεφωνικώς με το προσωπικό του παιδοψυχιατρικού τμήματος προκειμένου να δώσει τις αρχικές πληροφορίες (λήψη mini ιστορικού), σχετικά με το πρόβλημα του παιδιού του, και σύμφωνα με την δική του κρίση. Έπειτα, ορίζεται η πρώτη συνάντηση του παιδιού / εφήβου με το γιατρό που αναλαμβάνει την συγκεκριμένη περίπτωση.

ΑΙΘΟΥΣΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ / ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:

1. Αίθουσα εργοθεραπείας

Πρόκειται για έναν αρκετά μεγάλο χώρο, όπου δίνεται η ευκαιρία στα παιδιά και τους εφήβους ν' ασχολούνται από κοινού με την χειροτεχνία, διάφορα επιτραπέζια παιχνίδια, ring-pong, ανάγνωση βιβλίων, τηλεόραση, μουσική κ.α.

2. Αίθουσα καθρέφτη

Στην συγκεκριμένη αίθουσα, συναντά ο γιατρός το παιδί / έφηβο, ενώ ο διάλογος που πραγματοποιείται μεταξύ τους, μέσω μιας κάμερας και ενός καθρέφτη, παρακολουθείται και από τα υπόλοιπα μέλη της επιστημονικής ομάδας.

3. Κουζίνα

Τα παιδιά / έφηβοι με την βοήθεια του εργοθεραπευτή και του υπόλοιπου προσωπικού, μαθαίνουν να προετοιμάζουν το τραπέζι, το φαγητό τους, καθώς επίσης και διάφορα γλυκά. Παράλληλα, οφείλουν να καθαρίζουν σε καθημερινή βάση τον συγκεκριμένο χώρο, και όποτε τον χρησιμοποιούν

4. Ήσυχο δωμάτιο

Ο συγκεκριμένος χώρος χρησιμοποιείται εξατομικευμένα, και μόνο σε περιπτώσεις όπου το παιδί / έφηβος βρίσκεται σε ανεξέλεγκτη κρίση και διέγερση. Κάθε τοίχος του μάλιστα είναι ενισχυμένος με ειδικά

στρώματα, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι τυχόν τραυματισμοί, ενώ ο χώρος ελέγχεται από το προσωπικό, μέσω κάμερας.

Το παιδοψυχιατρικό τμήμα του «Παπανικολάου», έχει την δυνατότητα να νοσηλέγει μέχρι 15 παιδιά και εφήβους που βρίσκονται σε μη ελεγχόμενες καταστάσεις (κατάθλιψη, νευρογενής ανορεξία, γύχωση). Τα παιδιά / έφηβοι οφείλουν καθημερινά και για όσο καιρό νοσηλεύονται, να τηρούν το παρακάτω πρόγραμμα:

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΩΡΕΣ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
8.30π.μ.	Πρωινό ξύπνημα και καθαριότητα Προετοιμασία πρωινού και λήψη αυτού με το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος
9.45-11.30π.μ	Κλειστή συστημική εργοθεραπεία
11.30π.μ	Συνάντηση κάθε παιδιού / εφήβου με το γιατρό του
13.00μ.μ.	Προετοιμασία / στρώσιμο μεσημεριανού φαγητού Πλύσιμο πιάτων, καθαρισμός χώρου
14.00-17.00μ.μ	Ώρα κοινής ψυχίας
17.00-18.00μ.μ	Επισκεπτήριο
18.00-18.30μ.μ	Βραδινό φαγητό
22.00	Ύπνος

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το παιδοψυχιατρικό τμήμα του συγκεκριμένου νοσοκομείου, αποτελεί την πιο σύγχρονη και καινούργια δομή στον νομό Θεσ/νίκης.

Κατά την γνώμη μας όμως, θα έπρεπε ήδη να είχαν καλυφθεί οι θέσεις των ψυχολόγων, Κοινωνικών Λειτουργών και ειδικών παιδαγωγών, προκειμένου να συσταθούν ξεχωριστές ψυχοθεραπευτικές ομάδες, ανάλογα με την ηλικία των παιδιών / εφήβων.

Το γεγονός μάλιστα ότι οι έφηβοι συνεργάζονται στον ίδιο χώρο και ώρα, με παιδιά πολύ μικρότερα από την δική τους ηλικία και διαφορετική πάθηση, πιστεύουμε ότι αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην θεραπευτική αντιμετώπιση του καθενώς.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ

Το παιδοψυχιατρικό τμήμα Ιπποκράτειου, λειτουργεί από το 1986.

Σκοπός του παιδου. Τμήματος είναι η πρόληψη, αντιμετώπιση, και θεραπεία τόσο των ψυχικών, μαθησιακών όσο και των υπολοίπων παθήσεων που μπορεί ν' αντιμετωπίζουν τα παιδιά, και οι έφηβοι.

Το προσωπικό του αποτελεί από:

5 παιδοψυχίατροι

6 ειδικευόμενοι παιδοψυχίατροι

4 ψυχολόγοι

1 κοινωνικό λειτουργό

2 λόγοθεραπευτές

3 εργοθεραπευτές

7 νοσηλευτές

Στο παιδοψυχιατρικό τμήμα Ιπποκράτειου μπορεί να απευθυνθεί κάθε παιδί / έφηβος μετά από παραπομπή που μπορεί να γίνει είτε από τους γονείς του, τον δάσκαλό του, το ίδιο το παιδί / έφηβο, αλλά και κατόπιν εισαγγελικής παρέμβασης, από την υπηρεσία ανηλίκων. Παραπέμπονται παράλληλα και παιδιά / έφηβοι που νοσηλεύονται στις παθολογικές

κλινικές του συγκεκριμένου νοσοκομείου, μετά από χειριστικές κυρίως απόπειρες αυτοκτονίας.

Τα παιδιά / έφηβοι που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, κυρίως νοσηλεύονται. Από την στιγμή που διευκρινίζεται η διάγνωση της πάθησης, ξεκινά και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Εάν κριθεί απαραίτητο, εφαρμόζεται ταυτόχρονα η φαρμακευτική αγωγή με την νοσηλεία, ενώ αν δεν κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία, τότε εφαρμόζεται μόνο η ψυχοθεραπεία, μέχρι να διαπιστωθεί ότι το παιδί / έφηβος, έχει ξεπεράσει τον κίνδυνο.

Η ψυχοθεραπεία συνεχίζεται και μετά την φυγή του παιδιού / εφήβου από το νοσοκομείο. Αρχικά οι συναντήσεις πραγματοποιούνται κάθε εβδομάδα, έπειτα κάθε δεκαπέντε ημέρες και αργότερα κάθε μήνα.

Όσο αφορά το επίπεδο πρόληψης στο παιδοψυχιατρικό τμήμα του Ιπποκράτειου δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο και οργανωμένο πρόγραμμα. Σταδιακά μόνο και όποτε ζητηθεί, μπορεί να πραγματοποιηθεί κάποια ενημέρωση στα σχολεία είτε σε ημερίδες.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Κάνοντας μία ανασκόπηση στις βιβλιογραφικές μελέτες, και όπως διαπιστώσαμε την προσωπική μας εμπειρία η παιδοψυχιατρική υπηρεσία του Ιπποκράτειου, κρίνεται ως μία από τις καλύτερες δομές θεραπευτικής αντιμετώπισης παιδιών και εφήβων. Ωστόσο όμως διαπιστώσαμε ότι στον τομέα της πρόληψης η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι ανεπαρκής, λόγω έλλειψης ειδικών προληπτικών προγραμμάτων, που θα έπρεπε να υπάρχουν.

ΑΧΕΠΑ (Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου)

Η ίδρυση της Γ΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρικής Κλινικής και η λειτουργία του Ψυχιατρικού τομέα στο περιφερειακό γενικό νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσ/νίκης, από το 1987 κατέστησε δυνατή την επανασύνδεση με τον πρώτο Ιατροπαιδαγωγικό σταθμό βορείου Ελλάδος, ο οποίος ενώ τυπικά είχε συσταθεί με την πρωτοβουλία του Χ. Ιεροδιακόνου το 1958, ουσιαστικά λειτούργησε το 1964, και για χρονικό διάστημα ενός έτους.

Ο Ιατροπαιδαγωγικός σταθμός λειτουργεί στην νέα πτέρυγα των εξωτερικών ιατρείων στα πλαίσια της υπηρεσίας παιδιών και εφήβων, με σκοπό την διαγνωστική κυρίως παιδοψυχιατρική εργασία, την ανάληψη ψυχοθεραπειών και την πολύπλευρη στήριξη του παιδιού στο περιβάλλον του. Μετά το 1991 όπου προσελήφθει παιδοψυχίατρος, η λειτουργία του εμπλουτίσθηκε διεπιστημονικά.

Το επιστημονικό προσωπικό της παιδοψυχιατρικής υπηρεσίας είναι το εξής:

1 παιδοψυχίατρος

1 ψυχίατρος ενηλίκων (συνεργάτης εφήβων)

1 εργοθεραπεύτρια (1 χρόνο εργάζεται)

1 λογοθεραπεύτρια (1 χρόνο εργάζεται)

1 από τις 2 κοιν. Λειτουργούς του γενικού νοσοκομείου

1 ψυχολόγος (και 2 ψυχολόγοι - 1 φορά την εβδομάδα)

1 ειδική παιδαγωγός (1 φορά την εβδομάδα)

Από το 1998 λειτουργεί και ο συμβουλευτικός σταθμός του Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ στο ΠΙΚΠΑ Θεσ/νίκης. Από το 1990 και κυρίως το 1991, μετά την σύσταση της Υπηρεσίας παιδιού και εφήβου της κλινικής, η παροχή διαγνωστικών, συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών για παιδιά και εφήβους τέθηκε σε βάση.

Ειδικότερα για τους εφήβους έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν:

α) Εσωτερική νοσηλεία (από το 1988, χωρίς όμως ιδιαίτερη αντιμετώπιση - χρήσιμη όμως για την εποχή)

β) Διασυνδεδετική (συμβουλευτική για τους εφήβους που νοσηλεύονται στις δύο πανεπιστημιακές κλινικές και στα τμήματα και τις κλινικές ενηλίκων του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, καθώς επίσης και του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς».

γ) Τακτικό εξωτερικό ιατρείο για νέα περιστατικά

δ) Αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών

ε) Θεραπείες και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών

στ) Συνεργασία με φορείς, ιδρύματα, δεσμούς: εκπαίδευση, δικαστικές και αστυνομικές αρχές, εταιρία προστασίας ανηλίκων, ΟΑΕΔ, Ορφανοτροφεία κλπ.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Σύμφωνα με την δική μας άποψη το γεγονός ότι στην συγκεκριμένη παιδοψυχιατρική υπηρεσία μπορούν και νοσηλεύονται νέοι που έχουν ξεπεράσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους (έως 21 χρονών), αποτελεί

θετικό στοιχείο όσον αφορά στο θέμα της περισσότερο εξειδικευμένης αντιμετώπισης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου τα προβλήματα των νέων έχουν προκύψει στην περίοδο της εφηβείας.

Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό επίσης ότι η υπηρεσία εκτός από το ερευνητικό της έργο, προσφέρει παράλληλα εκπαιδευτικές, αλλά και ερευνητικές δραστηριότητες.

Το γεγονός όμως ότι, λόγω έλλειψης χώρου δεν διεξάγονται ψυχοθεραπευτικές ομάδες νοσηλευόμενων εφήβων, καθώς επίσης ότι οι χώροι δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και διαφοροποιημένοι από τα υπόλοιπα τμήματα του γενικού νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην βελτίωση της ψυχοσύνδεσης των εφήβων.

Η παιδοψυχιατρική υπηρεσία του ΑΧΕΠΑ, είναι η παλαιότερη στην Βόρεια Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, εδώ και ένα χρόνο έχει επανδρωθεί με περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό, κάποιο από το οποίο όμως δεν εργάζεται καθ' όλη την διάρκεια της εβδομάδας.

Το γεγονός τέλος ότι, δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί οφείλουν ν' ανταποκριθούν στην κάλυψη αναγκών όλων των τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου, κατά την γνώμη μας δυσχεραίνει και περιορίζει το αντικείμενο εργασίας του συγκεκριμένου επαγγελματία, στην συγκεκριμένη δομή.

Η κατάθλιψη στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών

Νοσηλείες 1988-1990 - ΑΧΕΠΑ

	Πρώτες νοσηλείες	Επανεισαγωγές	ΣΥΝ
1988	43	5	48
1989	29	11	40
1990	27	12	39
ΣΥΝΟΛΟ	99	28	127

Νοσηλείες ανά έτος - Εξαετία 1991-1996

	Πρώτες νοσηλείες	Επανεισαγωγές	ΣΥΝ
1991	20	17	37
1992	18	8	26
1993	20	12	32
1994	29	9	38
1995	21	10	31
1996	23	12	35
ΣΥΝΟΛΟ	131	68	199

Διαγνώσεις πρώτες νοσηλείες (1991-1996)

Αγόρια		Κορίτσια	
1. Ψυχωτικά/κόμορφα επεισόδια	26	1. Ψυχωτικά/κόμορφα επεισόδια	23
2. Παθολογία προσωπικότητας	13	2. Παθολογία προσωπικότητας	16
3. Χρήση ουσιών	4	3. Νευρωτικές διαταραχές	8
4. Απόπειρα	3	4. Κατάθλιψη	6
5. Κατάθλιψη	2	5. Διαταραχές συμπεριφοράς	6
6. Νευρωτικές διαταραχές	2	6. Απόπειρα	4
7. Παιδική ψύχωση	1	7. Διαταραχές διατροφής	3
8. Άλλα	5	8. Σχιζ. Ψύχωση	1
		9. Συναισθηματική ψύχωση	1
		10. Άλλα	7

Παραπομπές στη Διασυνδεδετική Υπηρεσία (1995)

Διάγνωση	A	Θ	ΣΥΝ
1. Απόπειρα αυτοκτονίας	1	11	12
2. Μετατραυματικό σύνδρομο	3	3	6
3. Σωματοποιητική διαταραχή	3	2	5
4. Ψυχοσωματική παθολογία	2	2	4
5. Ψυχογενής ανορεξία	0	3	3
6. Αγχώδεις διαταραχές	2	0	2
7. Σεξουαλική κακοποίηση	0	1	1
8. Ενούρηση	1	0	1
9. Επιλόχεια κατάθλιψη	0	1	1
10. Χρήση ουσιών	1	0	1
11. Άλλα	6	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	19 (43,2%)	25 (56,8/5)	44

ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΥΞΙΔΑ

Το κέντρο ΠΥΞΙΔΑ, είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, η οποία υποστηρίζεται επιστημονικά και οικονομικά από τον ΟΚΑΝΑ και λειτουργεί από το Μάιο 1998, έχοντας ως έδρα τον Δήμο Συκεών. Η ΠΥΞΙΔΑ, αναλαμβάνει τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης με σκοπό την ενίσχυση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής ανάπτυξης του ανθρώπου, ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις που θα τον αποτρέψουν από την χρήση και εξάρτηση από τις ψυχοδραστικές ουσίες.

Οι δραστηριότητες της ΠΥΞΙΔΑΣ, απευθύνονται σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, που δεν έχουν άμεση σχέση με το πρόβλημα της χρήσης.

Οι δράσεις της, αποσκοπούν κυρίως στην ενδυνάμωση των νέων, ώστε να αναπτύξουν εκείνες τις δεξιότητες, που θα τους βοηθήσουν στην επιλογή υγιών στάσεων ζωής.

Οι παρεμβάσεις της, απευθύνονται:

α) Στους νέους (μαθητές, μέλη φορέων που απασχολούν ή εκφράζουν τους νέους, στρατευμένους κ.α.)

β) Στους ενήλικες, που περιβάλλουν και επηρεάζουν τους νέους (εκπαιδευτικοί, γονείς, εκπρόσωποι ΜΜΕ, στρατιωτικά στελέχη κ.α.)

Οι παρεμβάσεις είναι μακροχρόνιες, συνεχείς και προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ανθρώπων στους οποίους απευθύνονται, και αποσκοπούν τόσο στην ενημέρωση για τα ψυχοκοινωνικά αίτια και τις

συνέπειες της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, όσο και στην εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων σε νέους και ενήλικες, με στόχο την ενδυνάμωση της προσωπικότητας των πρώτων και την βελτίωση των σχέσεών τους με τους μεγαλύτερους (γονείς κ.α.)

Μέσω των παρεμβάσεων επίσης, καταβάλλεται προσπάθεια διοργάνωσης κοινωνικών δραστηριοτήτων και εκδηλώσεων, με στόχο την ευαισθητοποίηση και προβολή δημιουργικών τρόπων διασκέδασης, επικοινωνίας και έκφρασης.

Όπως έχει ήδη ειπωθεί παραπάνω στην Πυξίδα, πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά - βιωματικά σεμινάρια για γονείς - μέλη συλλόγου Γονέων & Κηδεμόνων, καθηγητές, αλλά και μαθητές γυμνασίων και λυκείων.

- Όσον αφορά τα εκπαιδευτικά - βιωματικά σεμινάρια για τους καθηγητές, μέσω αυτών τους δίνεται η ευκαιρία:

- a) Να πληροφορηθούν σχετικά με το πρόβλημα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών (Διάρκεια: 6 ώρες)

- β) Να ενημερωθούν για την εφηβεία, ως κρίσιμη ηλικία κατάχρησης ουσιών (Διάρκεια: 8 ώρες)

- γ) Να ενημερωθούν για τον ρόλο των εκπαιδευτικών στην προαγωγή της υγείας στο σχολείο (Διάρκεια: 8 ώρες).

- δ) Να αναπτύξουν προγράμματα και δραστηριότητες που προάγουν την υγεία στο σχολείο (Διάρκεια: 8 ώρες).

- Το πρόγραμμα δράσης της Πυξίδας για τους μαθητές γυμνασίου και λυκείου αποσκοπεί:

α) Στην ενημέρωση για το κέντρο πρόληψης μέσα από την διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων στους γονείς

β) Ευαισθητοποίηση / ενημέρωση των μαθητών που έχουν εκλεγεί στα πενταμελή μαθητικά συμβούλια

γ) Ενημέρωση / εκπαιδευτικά βιωματικά σεμινάρια για τα 15μελή μαθητικά συμβούλια και τους εκπροσώπους των τάξεων

δ) Ενημέρωση / ευαισθητοποίηση για θέματα πρόληψης σε συγκεκριμένα τμήματα, όταν αυτό ζητηθεί από τους μαθητές και τον υπεύθυνο καθηγητή τους

• Τα εκπαιδευτικά βιωματικά σεμινάρια για τους γονείς - μέλη συλλόγων γονέων και κηδεμόνων γυμνασίων και λυκείων περιλαμβάνουν:

α) Ενημέρωση για το πρόβλημα της χρήσης και εξάρτησης από ουσίες

β) Ενημέρωση για τα χαρακτηριστικά ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των εφήβων.

γ) Ενημέρωση για την κρίση της εφηβικής ηλικίας και την κρίση της οικογένειας

δ) Ο ρόλος των γονέων σήμερα

ε) Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, αυτονομίας και υπευθυνότητας των εφήβων

στ) Αντιμετώπιση της αρνητικής συμπεριφοράς των εφήβων

ζ) Αναφορά στο πλαίσιο του σχολείου και τρόποι βελτίωσης των σχέσεων των μελών της σχολικής κοινότητας, για την προαγωγή της υγείας

Κάθε εκπαιδευτικός κύκλος συμπεριλαμβάνει 8 δίωρες συναντήσεις με συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα.

Παράλληλα, στην «ΠΥΞΙΔΑ» πραγματοποιούνται και εργαστήρια για τους γονείς, με τα εξής θέματα:

α) Ο επαγγελματικός προσανατολισμός των παιδιών και ο ρόλος των γονέων

β) Οικογένειες με ιδιαίτερες ανάγκες (διαζύγιο, απομάκρυνση είτε απώλεια θανάτου γονέα κλπ)

Στα παραπάνω εργαστήρια οι γονείς μέσω των δικών τους βιωμάτων, βοηθούνται ώστε να κατανοήσουν την συμπεριφορά των παιδιών τους, και ν' αναπτύξουν μεταξύ τους όσο το δυνατόν περισσότερο, υγιείς σχέσεις.

Το προσωπικό τέλος που απασχολεί το κέντρο «ΠΥΞΙΔΑ» αποτελείται από:

1 κλινική ψυχολόγο - ψυχοθεραπεύτρια (επιστημονική διευθύντρια)

5 ψυχολόγους

1 νοσηλεύτη ψυχικής υγείας

ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΔΗΜΟΥ ΣΥΚΕΩΝ

Οι σχολές γονέων λειτουργούν στον Δήμο Συκεών από το 1995, ενώ σήμερα υπάγονται στο Κέντρο Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ.

Σκοπός του είναι η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια και η προώθηση της ψυχικής υγείας των παιδιών.

Στις σχολές γονέων, και μέσα από τις κλειστές ομαδικές συναντήσεις που καθοδηγούνται από τους ειδικούς επιστήμονες, οι γονείς έχουν την ευκαιρία να:

α) ενημερώνονται για τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών, και τις συνθήκες που προάγουν την ψυχική τους υγεία

β) εκπαιδεύονται σε νέους τρόπους αντιμετώπισης των συγκρούσεων, αλλά και των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζουν στην οικογένεια

γ) στηρίζονται και ενθαρρύνονται στο δύσκολο έργο της ανατροφής των παιδιών

δ) ανταλλάσσουν με τους άλλους γονείς τις εμπειρίες και τους προβληματισμούς τους

ΟΡΟΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

α) Η προσέλευση είναι εθελοντική

β) Οι ομάδες που συγκροτούνται είναι κλειστές

γ) Οι γονείς οφείλουν να μην απουσιάζουν στον κύκλο εκπαίδευσης, ο οποίος περιλαμβάνει δέκα δίωρες συναντήσεις με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα.

Οι ομάδες γονέων, συγκροτούνται ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών, και ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος (20 άτομα).

Οι ομάδες που λειτουργούν είναι οι εξής:

- α) Ομάδα βρεφικής ηλικίας και για υπογήφιους γονείς
- β) Ομάδα νηπιακής ηλικίας (2-6 ετών)
- γ) Ομάδα σχολικής ηλικίας (6-12 ετών)
- δ) Ομάδα εφηβείας (12-16 ετών)

Μετά το 10^ο εκπαιδευτικό-βιωματικό σεμινάριο των γονέων ακολουθεί η «τελετή κλεισίματος», όπου οι γονείς λαμβάνουν σημειώσεις σχετικές με τα θέματα που τους απασχολούσαν και συζητήθηκαν κατά την διάρκεια των συναντήσεών τους.

Η συνεργασία των γονέων με τις συγκεκριμένες σχολές, μπορεί να συνεχιστεί σε κάποια από τα επόμενα κάθε φορά, αναπτυξιακά στάδια του παιδιού τους.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Κατά την γνώμη μας το κέντρο πρόληψης Πυξίδα, σε συνδυασμό με τις σχολές γονέων του δήμου Συκεών, ανταποκρίνεται απόλυτα στο προληπτικό τους έργο με πρωταρχικό σκοπό την ενίσχυση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής ανάπτυξης του ανθρώπου γενικά, και ειδικότερα των παιδιών / εφήβων και των οικογένειών τους.

Θεωρούμε σίγουρο επίσης ότι, οι παρεμβάσεις του επιστημονικού προσωπικού του στην οικογένεια, προάγουν τις μεταξύ των γονέων και παιδιών, υγιείς σχέσεις.

Υποστηρίζουμε όμως παράλληλα ότι σε θέματα οικογενειακής θεραπείας και διαπροσωπικών σχέσεων, εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, η συμμετοχή του οποίου στο συγκεκριμένο κέντρο, είναι ανύπαρκτη.

ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΝΕΩΝ «ΡΟΤΑ»

Το κέντρο υποστήριξης νέων ΡΟΤΑ, οργανώθηκε από την συνεργασία του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης, την Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Θεσ/νίκης, την Γραμματεία Νέας Γενιάς και την Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης.

Το προσωπικό του αποτελείται από:

1 ψυχολόγο

1 κοινωνική λειτουργό

1 δικηγόρο

1 γραμματέα

1 καθηγητή πανεπιστημίου (τμήματος οικονομικών)

1 καθηγήτρια πανεπιστημίου (κοινωνιολόγος και συντονίστρια του προγράμματος)

2 επιστημονικοί υπεύθυνοι (καθηγητές νομικής Α.Π.Θ.)

1 γραμματέας

Το κέντρο προσφέρει τις υπηρεσίες στήριξης σε νέους ηλικίας 15-21 ετών, που αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά (με τον νόμο) προβλήματα, είτε προσωπικά προβλήματα τα οποία μπορεί να προέρχονται ή να ενισχύονται από τις συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια, το σχολείο, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι η φυγή από την οικογένεια ή το σχολείο, ο αποκλεισμός από την κοινωνική ζωή και την αγορά εργασίας, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η κακοποίηση, πράξεις βίας, παραβατική συμπεριφορά, εμπλοκή με την αστυνομία ή την δικαιοσύνη.

Στόχος του κέντρου είναι η πολύπλευρη υποστήριξη των νέων για την διευκόλυνση της κοινωνικής τους ένταξης.

Στην ΡΟΤΑ παρέχονται στους νέους οι ακόλουδες υπηρεσίες:

α) Πληροφόρηση σχετικά με τις δυνατότητες κατάρτισης, εκπαίδευσης και εύρεσης εργασίας

β) Ενημέρωση για τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, τους φορείς και τα ιδρύματα που μπορούν να στηρίξουν τον έφηβο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του

γ) Συμβουλευτική στην αναζήτηση εργασίας

δ) Προώθηση στην αγορά εργασίας σε επιδοτούμενες από τον Ο.Α.Ε.Δ. θέσεις, καθώς επίσης και παροχή ψυχικής και κοινωνικής στήριξης καθ' όλη την διάρκεια της εργασιακής ένταξης

δ) Ψυχική και κοινωνική υποστήριξη (ατομική, ομαδική, οικογενειακή συμβουλευτική)

ε) Νομική στήριξη από εθελοντές δικηγόρους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με την αστυνομία, τα δικαστήρια κ.α υπηρεσίες

στ) Παραπομπή σε φορείς και δομές υγείας

ζ) Οργάνωση εργαστηρίων δημιουργικών τεχνών (κεραμική, σχέδιο, ζωγραφική, κοπτική, ραπτική κ.α.)

η) Οργάνωση εκδηλώσεων ελεύθερου χρόνου

Για την καλύτερη στήριξη των εφήβων, η ΡΟΤΑ συνεργάζεται με:

- Συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, δασκάλων και καθηγητών
- Φορείς υγείας και πρόνοιας
- Συλλόγους και ομάδες πολιτών
- Επιχειρήσεις της πόλης
- Επαγγελματικούς φορείς και ενώσεις
- Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
- Υπηρεσίες δικαστηρίων ανηλίκων
- Ιδρύματα για νέους
- Υπουργείο Μακεδονίας - Θράκης και το Υπουργείο Δικαιοσύνης
- Ευρωπαϊκούς φορείς

Παράλληλα, διοργανώνονται παρεμβάσεις στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και ενημερωτικά σεμινάρια και ημερίδες, για την ευρύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού.

Το κέντρο ΡΟΤΑ τέλος, χρηματοδοτείται από την κοινοτική πρωτοβουλία - απασχόληση άξονας INTEGRA (Πρόγραμμα της ΕΟΚ).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Θεωρήσαμε σκόπιμο να συμπεριλάβουμε στην εργασία μας τις δραστηριότητες του Κέντρου Υποστήριξης Νέων «ΡΟΤΑ», αν και αναγνωρίζουμε ότι δεν συσχετίζεται με τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες. Είναι όμως το μοναδικό Κέντρο Δημιουργικής, Απασχόλησης Νέων στον νομό Θεσσαλονίκης, το οποίο προσφέρει υποστηρικτική θεραπεία στους νέους που την έχουν πραγματικά ανάγκη, και των οποίων μάλιστα ο αριθμός προσέλευσης σ' αυτό, είναι αρκετά ικανοποιητικός. Γι' αυτό τον λόγο πιστεύουμε ότι θα ήταν χρήσιμο και ωφέλιμο να ακολουθήσουν μιμητές αυτής της αξιέπαινης προσπάθειας, διότι είναι ανέφικτο να καλυφθούν οι ανάγκες των νέων μόνο από το συγκεκριμένο κέντρο υποστήριξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της κατάθλιψης στην εφηβεία και των επιπτώσεών της στους εφήβους (ηλικίας 11-21 ετών), καθώς η συμβολή και επάρκεια των θεραπευτικών μέσων των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, στον νομό Θεσσαλονίκης.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι βιβλιογραφική, ενώ για την συγγραφή της χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, της τελευταίας κυρίως δεκαετίας.

Το πρώτο στάδιο της μελέτης, περιλάμβανε την συγκέντρωση βιβλιογραφικού υλικού από τις παρακάτω βιβλιοθήκες:

1. Δημοτική βιβλιοθήκη Καβάλας
2. Βιβλιοθήκη ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
3. Βιβλιοθήκη ψυχολογικού τμήματος Α.Π. Θεσσαλονίκης
4. Βιβλιοθήκη Τ.Ε.Ι. Πατρών
5. Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών

Με το υλικό που συγκεντρώθηκε διατυπώθηκε έπειτα το γενικό περίγραμμα, στο οποίο βασίστηκε η δομή της πτυχιακής εργασίας

Μετά την μελέτη του βιβλιογραφικού υλικού που είχε συλλεγεί αναλύσαμε:

α) Τα γενικά φυσιολογικά χαρακτηριστικά της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του εφήβου

β) Την επίδραση της οικογένειας στην εξέλιξη της ψυχικής υγείας του ατόμου

γ) Την κατάθλιψη στην εφηβεία, την συσχέτιση αυτής με την αυτοκτονία και την θεραπευτική της αντιμετώπιση

δ) Τον ρόλο των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών και του Κοινωνικού Λειτουργού στις συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως επισημαίνονται βιβλιογραφικά.

Το δεύτερο στάδιο της μελέτης, περιλαμβάνει την συγκέντρωση και ανάλυση υλικού που έχουμε συλλέξει κατόπιν επισκέψεών μας στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης.

Πιο συγκεκριμένα:

- Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος - (Η ενημέρωση έγινε από την ψυχολόγο κ. Ι. Τσαμουρτζή και την γραμματέα Σ. Ελευθεριάδου.
- Κέντρο παιδοψυχιακής υγιεινής - ΙΚΑ (Η ενημέρωση έγινε από την κ. Ν. Μπακάλη - Κοιν. Λειτουργός)
- Κέντρο ψυχικής υγείας κεντρικού τομέα - (Η ενημέρωση έγινε από την κ. Κ. Ιωάννου και κ. Ε. Λεοντιάδου - Κοινωνικοί Λειτουργοί).
- Παιδοψυχιατρικό τμήμα «Παπανικολάου» (κ. Ν. Μαρκοβίτης - παιδοψυχίατρος)

Η κατάθλιψη στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών

- Παιδοψυχιατρικό τμήμα Ιπποκράτειου (κ. Π. Σταματιάδης - Κοινωνικός Λειτουργός)
- Παιδοψυχιατρικό τμήμα ΑΧΕΠΑ (κ. Γρ. Αμπατζόγλου - Παιδοψυχίατρος)
- Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα και Σχολές Γονέων Δήμου Συκεών (κ. Μ. Βασσάρα - Κλινική Ψυχολόγος)
- Κέντρο Υποστήριξης Νέων «ΡΟΤΑ», (κα. Κ. Σαμουρίδου - Κοινωνική Λειτουργός).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, της κατάθλιψης και των επιπτώσεών της στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών, καθώς η συμβολή και επάρκεια των θεραπευτικών μέσων των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, στον νομό Θεσσαλονίκης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα όσα έχουμε μελετήσει, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

Εφηβεία είναι μια αναπτυξιακή περίοδος η έναρξη της οποίας πραγματοποιείται σε ηλικία 11-12 ετών, ενώ ολοκληρώνεται σε ηλικία περίπου 18-21 ετών.

Πρόκειται για μια διαδικασία μετάβασης από την παιδική στην ενήλικη ζωή, η οποία περιλαμβάνει:

- α) Την ολοκλήρωση της σωματικής αύξησης του ατόμου
- β) Την γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου
- γ) Την ανάπτυξη της προσωπικής ταυτότητας, μέσω της οποίας το άτομο επιτυγχάνει να απομακρυνθεί από την οικογένειά του, προκειμένου να λειτουργεί πλέον ως ανεξάρτητη προσωπικότητα.

Γενικά αποδεκτό από τους μελετητές είναι ότι, οι ραγδαίες αναπτυξιακές αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σώμα του εφήβου, σε συνδυασμό με την ανάγκη του για ανεξαρτησία από τους γονείς του, καθώς επίσης το γεγονός ότι περνάει την απώλεια των παιδικών του χρόνων, αποδιοργανώνουν την προσωπικότητά του.

Από την στιγμή που η προσωπικότητά του καθιστάται ως ιδιαίτερα ευάλωτη, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να «παραμονεύει» συνεχώς μέσα του, ο κίνδυνος της ψυχικής διαταραχής.

Μία βασική διαπίστωση είναι ότι, οι ψυχικές διαταραχές στην εφηβεία, αποτελούν το άθροισμα των κληρονομικών προδιαθέσεων των παιδικών εμπειριών, που έχουν χρωματίσει αρνητικά την ζωή του νέου και της ιδιαίτερα ευάλωτης εφηβικής περιόδου. Οι διαρκείς στρεσογόνοι παράγοντες επίσης, είναι δυνατόν να προάγουν την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Καθοριστική για την επίτευξη ή όχι μιας υγιούς προσωπικότητας, κρίνεται η σχέση που το παιδί είχε με τη μητέρα του, από την βρεφική ακόμη ηλικία του πρώτου. Καταλήξαμε στο συμπέρασμα λοιπόν, ότι όταν η πρώτη διεργασία αποχωρισμού του βρέφους από την μητέρα του, διεξάγεται κατά τραυματικό τρόπο, το γεγονός αυτό δεν αποκλείει στο μέλλον το παιδί ως ενήλικας πλέον, είτε από την έναρξη της εφηβικής περιόδου, να παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές, παραπτωματικότητα, και γενικότερα αντικοινωνική συμπεριφορά.

Και ο ρόλος του πατέρα παράλληλα από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού κρίνεται σημαντικός, για την σωστή ανάπτυξη και διαμόρφωση της προσωπικότητάς του.

Μέσα από την μελέτη επίσης διαπιστώσαμε ότι, οι γονείς δεν γνωρίζουν πώς να συμπεριφερθούν στο παιδί τους. Αδυνατούν παράλληλα να κατανοήσουν την ιδιαιτερότητα και τις δυσκολίες της εφηβικής περιόδου. Παρερμηνεύοντας οι ίδιοι αρνητικά την τάση του παιδιού τους για ανεξαρτησία, και στην προσπάθειά τους να το «κρατήσουν» κοντά τους, υιοθετούν συμπεριφορές που δεν το βοηθούν να αναπτύξει την δική του ανεξάρτητη προσωπικότητα.

Γενικότερα διαπιστώνουμε ότι, η δυσμενής επίδραση των οικογενειακών προβλημάτων στα παιδιά, η διάλυση της οικογένειας, η διαταραγμένη σχέση των συζύγων, η ελλιπής ανταπόκριση του ζευγαριού στον γονεϊκό και συζυγικό τους ρόλο, και η επίμονη προβολή των παλαιότερων φιλοδοξιών και δικών τους τραυματικών εμπειριών στα παιδιά, ευθύνονται για την ψυχοπαθολογία των εφήβων.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία διακρίνεται σε φυσιολογική η οποία είναι παροδική, είτε σε παθολογική, με την ψυχιατρική της έννοια.

Ο έφηβος καταβάλλεται από τα φυσιολογικά καταθλιπτικά συμπτώματα, όταν συνειδητοποιεί πως πρέπει να προσαρμοστεί στις αλλαγές του σώματός του, ενώ στην προσπάθειά του να προχωρήσει σε νέες κατακτήσεις, οφείλει να υποστεί την δεύτερη επώδυνη διεργασία αποχωρισμού από τους γονείς του, και την οριστική εγκατάλειψη της παιδικής ηλικίας.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία με την ψυχιατρική της έννοια, εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους:

α) Είναι δυνατόν να εμφανίζει παρόμοια κλινική εικόνα με αυτή των ενηλίκων, όπου στην συγκεκριμένη περίπτωση ο έφηβος καταβάλλεται από έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα όπως: καθημερινή έκφραση απελπισίας, απογοήτευση, ευερεθιστότητα, αίσθηση κενού και ότι η ζωή δεν έχει νόημα, αίσθηση ότι είναι αβοήθητος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, τάση για απομόνωση, ελάττωση του ενδιαφέροντος στις διάφορες δραστηριότητες, απώλεια ή αύξηση βάρους, υπνηλία ή αϋπνία, καταβολή ή απώλεια ενέργειας, ελαττωμένη ικανότητα σκέυης, ή συγκέντρωσης.

β) Δεν είναι ασύνηδες όμως, μια σοβαρή περίπτωση κατάθλιψης να καλύπτεται, διότι ο έφηβος αδυνατεί να ανεχθεί τα έντονα αισθήματα λύπης. Έτσι είναι δυνατόν ο νέος να εκδηλώνει επανειλημμένες ή επίμονες γυχοσωματικές διαταραχές.

γ) Επίσης η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά, οι εγκληματικές πράξεις είναι δυνατόν να υποδηλώνουν μια σοβαρή περίπτωση κατάθλιψης.

Παράλληλα διαπιστώνουμε ότι συχνές στους καταθλιπτικούς εφήβους, είναι και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Τέτοιες ενέργειες, ερμηνεύονται κυρίως ως κραυγή αγωνίας, δηλαδή μια απελπισμένη προσπάθεια των εφήβων να επικοινωνήσουν με τους γονείς τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο, οι οποίοι αδυνατούν να αναγνωρίσουν τις ανάγκες του, και την ιδιαιτερότητα της πάθησής του.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι, η διάκριση μεταξύ «φυσιολογικής» και παθολογικής μορφής κατάθλιψης στην εφηβεία, είναι πραγματικά δύσκολη.

Όταν διαπιστώνεται ότι ο έφηβος βρίσκεται στο οξύ στάδιο της κατάθλιψης και ο κίνδυνος μιας αυτοκτονικής απόπειρας είναι άμεσος, τότε η νοσηλεία αυτού στις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων, κρίνεται απαραίτητη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- α) Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων
- β) Ψυχοθεραπεία

γ) Σταδιακή παρακολούθηση από την ψυχιατρική ομάδα και μετά την νοσηλεία του εφήβου.

Βασική διαπίστωση είναι ότι, η έγκαιρη αναγνώριση των βασικών συμπτωμάτων κατάθλιψης, μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της απόπειρας αυτοκτονίας, και την μη επιδείνωση της παθολογικής καταθλιπτικής μορφής.

Σύμφωνα με όσα έχουμε μελετήσει για τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες, καθώς επίσης τις επισκέψεις που πραγματοποιήσαμε στις αντίστοιχες υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης, διαπιστώσαμε ότι:

α) Η υπάρχουσα κατάσταση των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στον νομό Θεσσαλονίκης, είναι ανέφικτο να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες όλης της βόρειας Ελλάδας

β) Σχεδόν όλες οι υπηρεσίες, αντιμετωπίζουν έντονα το πρόβλημα της ανεπάρκειας στελέχωσης σε σχέση με το ιατρικό και το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό (Κοινωνικός Λειτουργός, Εργοθεραπευτής)

γ) Όσον αφορά το θέμα της διεπιστημονικής συνεργασίας, πιστεύουμε ότι είναι ικανοποιητική

δ) Στις περισσότερες από τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα εμφανές το πρόβλημα ενός μη κατάλληλα διαμορφωμένου χώρου, ενώ το προληπτικό τους έργο, είναι ανεπαρκές.

ε) Παρατηρείται επίσης, έλλειψη εξονοσοκομειακών δομών και συμβουλευτικών σταθμών, έλλειψη ξενώνων για παιδιά και εφήβους

Η κατάθλιψη στους εφήβους ηλικίας 11-21 ετών

εκτός νομού Θεσσαλονίκης που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, είτε κακοποιούνται σωματικά και σεξουαλικά

στ) Δεν υπάρχουν παράλληλα μονάδες μερικής νοσηλείας, όπως νοσοκομεία ημέρας για τους έφηβους.

Ταυτόχρονα διαπιστώσαμε ότι στον νομό Θεσσαλονίκης, υπάρχει έλλειψη κέντρων δημιουργικής απασχόλησης για τους νέους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της εργασίας, διατυπώνουμε παρακάτω τις εξής προτάσεις:

- Η δεμελίωση της ψυχικής υγείας του παιδιού θα πρέπει να ξεκινά από την ψυχική υγεία της μητέρας πριν από την εγκυμοσύνη και κατά την διάρκεια αυτής. Γι' αυτό λοιπόν προτείνουμε την δημιουργία ενός πλήρους οργανωμένου δικτύου προγεννητικού ελέγχου σε όλους τους δήμους, με πρωταρχικό σκοπό την πρόληψη ψυχικών κ.α. διαταραχών της μητέρας, που είναι δυνατόν λόγω της κληρονομικής προδιάθεσης, να μεταβιβαστούν στο παιδί.
- Θεωρούμε σημαντική την δημιουργία σχολών γονέων σε όλους τους δήμους. Μέσω αυτών θα δίνεται η ευκαιρία στους γονείς να ενημερώνονται από κατάλληλα ειδικευμένο προσωπικό, σχετικά με θέματα που αφορούν την σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών, με σκοπό την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής τους, και την μεταξύ τους προαγωγή υγιών σχέσεων. Παράλληλα μέσω των συγκεκριμένων σχολών θα δίνεται η ευκαιρία στους γονείς να διαπαιδαγωγούνται σε θέματα αναπτυξιακών φάσεων των παιδιών τους, και τις ιδιαιτερότητές τους.
- Μέριμνα της πολιτείας για σύσταση προγραμμάτων διάγνωσης ψυχικών διαταραχών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας.
- Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης πρέπει να έχει ως αρχή της την πρόληψη, η οποία κατά την γνώμη μας θα πρέπει να ξεκινά από το δημοτικό και να συνεχίζεται στις υπόλοιπες βαθμίδες της

εκπαίδευσης. Γι' αυτό κρίνουμε επιτακτική την συνεργασία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την διεξαγωγή μαθημάτων από ειδικούς σε δημοτικά, γυμνάσια και λύκεια της χώρας, σχετικά με την προαγωγή της ψυχικής υγείας, αλλά και τους κινδύνους που μπορεί να επιφέρει η μή έγκαιρη διάγνωση, και θεραπευτική αντιμετώπιση.

- Προτείνουμε επίσης, η πολιτεία να μεριμνήσει ώστε το εκπαιδευτικό προσωπικό (σε όλα τα επίπεδα), να ενημερώνεται μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων και να εξειδικεύεται παράλληλα σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού, με σκοπό την από μέρους αυτών ικανότητα αναγνώρισης τυχόν παθολογικών καταστάσεων στα παιδιά και τους εφήβους.
- Ταυτόχρονα, κρίνουμε απαραίτητη την δημιουργία σχολικής ψυχολογικής υπηρεσίας σε κάθε σχολείο και βαθμίδα της εκπαίδευσης, και αναγκαία την τοποθέτηση στις συγκεκριμένες υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργών και ψυχολόγων. Διότι πιστεύουμε πως οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς, θα συμβάλλουν στην ουσιαστική επίλυση των προβλημάτων και γενικότερα θεμάτων που απασχολούν τα παιδιά, τις οικογένειές του, αλλά και την συμπεριφορά των πρώτων, εντός και εκτός σχολείου.
- Προτείνουμε παράλληλα την διεξαγωγή ομιλιών από ειδικούς (ψυχίατρο, ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό) στην κοινότητα, με

σκοπό την ενημέρωση των πολιτών για την ψυχική ασθένεια και την πρόληψη αυτής, καθώς επίσης την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, για την εξάλειψη προκατάληψης και των συνεπειών της.

- Θεωρούμε χρήσιμη την δημιουργία υπηρεσιών στήριξης εφήβων και των οικογενειών τους, σε όλους του νομούς. Ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι επανδρωμένες με ειδικευμένο προσωπικό, και εξοπλισμένες με το απαραίτητο υλικό και χώρο, για την όσο το δυνατόν, καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών.
- Θεωρούμε σημαντική επίσης την δημιουργία κοινωνικών υπηρεσιών σε όλους τους δήμους, ενώ κρίνουμε ως αναγκαία την στελέχωση αυτών με Κοινωνικούς Λειτουργούς. Διότι πιστεύουμε ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός, εφαρμόζοντας τις μεθόδους της ειδικότητας του (κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένεια, κοινότητα και έρευνα) και μέσω της συμβουλευτικής που παρέχει, συμβάλλει ενεργά στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, και γενικότερα την δετική ενίσχυση των ατόμων, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- Προτείνουμε η πολιτεία να μεριμνήσει, ώστε να συσταθούν παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες και σε επαρχιακές πόλεις, διότι είναι ανέφικτο να καλύπτονται οι ανάγκες παιδιών και εφήβων που πάσχουν από ψυχικές κ.α. διαταραχές, μόνο από τις παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες του νομού Θεσσαλονίκης και Αττικής.
- Κρίνουμε επιτακτική επίσης την δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών, θεραπευτικών κοινοτήτων, ξενώνων και νοσοκομείων ημέρας για τους εφήβους τόσο στον νομό Θεσσαλονίκης, όσο και σε

υπόλοιπους νομούς της επαρχείας, προκειμένου η εύκολη πρόσβαση εφήβων απομακρυσμένων από τις μεγαλουπόλεις περιοχών που επιθυμούν να θεραπευτούν, να είναι εφικτή.

- Τέλος, προτείνουμε η πολιτεία να μεριμνήσει ώστε να δημιουργηθούν Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης σε όλους τους νομούς, καθώς επίσης και άρτια εξοπλισμένοι αθλητικοί χώροι με σκοπό την υγιή και ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητας των νέων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ
ΔΑΣΚΑΛΟΣ
ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ Π.Ε.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΔΥΣΑΡΜΟΝΙΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ

Διαχρονική Ερευνητική Εργασία

ΑΘΗΝΑ 1994

Κατανομή 160 ατόμων που έζησαν σε διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον ανάλογα με την αιτία διαταραχής

α	Αιτία διαταραχής	Επίδραση του αιτίου διαταραχής				Επίδραση και άλλων παραγόντων		Σύνολο	
		ΝΑΙ		ΟΧΙ					
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Διαζύγιο	32	28,31	3	30	10	27,02	45	28,125
2	Διάσπαση γονέων χωρίς διαζύγιο	31	27,43	-	-	5	13,51	36	22,5
3	Εξώγαμα	4	3,53	1	10	1	2,7	6	3,75
4	Αλκολικός βαναυσος	5	4,42	-	-	2	5,4	7	4,375
5	Δεύτερος γάμος	4	3,53	-	-	2	5,4	6	3,75
6	Ηθικοί λόγοι	9	7,96	2	20	1	2,7	12	7,5
7	Ασυμβίβαστοι χαρακτήρες	7	6,19	2	20	1	2,7	10	6,25
8	Μετανάστευση	2	1,77	-	-	3	8,1	5	3,125
9	Εγκατάλειψη οικογενειακής στέγης	8	7,07	-	-	4	10,81	12	7,5
10	Οικονομικοί λόγοι	5	4,42	1	10	1	2,7	7	4,375
11	Χρόνια νοσήματα	3	2,65	1	10	2	5,4	6	3,75
12	Φυλακισμένος	-	-	-	-	2	5,4	2	1,25
13	Χαρτοπαιξία	-	-	-	-	2	5,4	2	1,25
14	Με απορρίπτικο πατέρα	3	2,65	-	-	1	2,7	4	0,625
	Σύνολο	113		10		37		160	

Κατανομή 18 ατόμων που προέρχονται από δυσαρμονικό οικογενειακό περιβάλλον και είναι χρήστες ναρκωτικών (είναι άτομα από τα 160 του δείγματος)

α/α	Κατηγορία	f	%	Από πότε άρχισαν τη χρήση	Σε ποια κατάσταση βρίσκονται	Σε ποιές αιτίες αποδίδεται η χρήση ναρκωτικών
1	Φοιτητές	2	1,25	1 από ηλικία 18 ετών	Κάνει χρήση "χασίς"	Στην απουσία της οικογένειας, στην κακή συναναστροφή, στην περιέργεια
				1 από ηλικία 19 ετών	Κάνει χρήση ελαφρών ναρκ.	
2	Εργατοτεχνίτες	2	1,25	1 από ηλικία 13 ετών	Σε μια κατάσταση μη ελεγχόμενη	Ελλειψη οικογενειακής γαλήνης, Κακές συναναστροφές, αναζήτηση της ευτυχίας
				1 από ηλικία 16 ετών	Εχει συμβαστεί με το θάνατο	
3	Ανεργαί	3	1,8	1 από ηλικία 14 ετών	Σε αρχική κατάσταση εξάρτησης	Απουσία της οικογενειακής αρμονίας, Απογοήτευση, Δεν ξέρουν γιατί
				1 από ηλικία 16 ετών	Χρησιμοποιεί σκληρά ναρκωτικά	
				1 από ηλικία 16 ετών	Ελεγχόμενη κατάσταση	
4	Περθωριακοί	4	2,5	1 από ηλικία 15 ετών	Σε αρχικό στάδιο	Κακές συναναστροφές, Δοκιμή εξ' αιτίας της περιέργειας, Κόντρα στο κατεστημένο, έλλειψη οικογενειακής στήριξης.
				1 από ηλικία 16 ετών	Σε προχωρημένο στάδιο	
				1 από ηλικία 17 ετών	Ελεγχόμενη κατάσταση	
5	Κατάδικα φυλακισμένοι ή έγκλειστοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα	5	3,12	1 από ηλικία 13 ετών	Μη ελεγχόμενη κατάσταση	Απουσία γονιών, Κακές συναναστροφές, Απογοήτευση, Λύση στο αδιέξοδο
				1 από ηλικία 14 ετών	Αγωνία για την τύχη του	
				1 από ηλικία 16 ετών	Αγωνία για την τύχη του	
				1 από ηλικία 17 ετών	Αγωνία για την τύχη του	
6	Σε κέντρα αποθεραπείας	2	1,25	1 από ηλικία 15 ετών	Κάνουν προσπάθεια στα κέντρα αποθεραπείας	Ελλειψη οικογενειακής στήριξης, Παρασύρθηκαν, Δοκιμή για "μαγκιά", περιέργεια
				1 από ηλικία 16 ετών		

Vita **ΘΑΚΙΑΟΣ**



Ερευνα: ΑΓΓΕΛΑ ΤΣΙΒΡΕΝΗ

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Επειδή τα τελευταία χρόνια συντελείται αλματώδης πρόοδος στις νευροεπιστήμες και στη γενετική, έχει διαμορφωθεί μία σχολή σκέψης που θεωρεί ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα κάποιας χημικής δυσλειτουργίας που παραιτείται στον εγκέφαλο. Αν φάξει κανείς λίγο στο Διαδίκτυο, θα διαπιστώσει την ύπαρξη μιας πλειάδας επιστημόνων -κυρίως Αμερικανών- που διατείνονται ότι η κατάθλιψη είναι σαν οποιαδήποτε άλλη νόσο, την αρθρίτιδα παραδείγματος χάριν, και ότι μπορεί να θεραπευθεί με την κατάποση ενός χαπιού. Είναι όμως προφανές, ακόμη και μόνον από την ανάγνωση των πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου, πως η κατάθλιψη και η επιταχυνόμενη εξάπλωσή της σε όλο τον κόσμο δεν οφείλεται σε μία αιτία, αλλά αποτελεί προϊόν μιας σειράς παραγόντων:

- **Γενετικών**, όχι με την έννοια της μεταβίβασης κάποιου γονιδίου, αλλά μιας κληρονομικής προδιάθεσης. Έχει εξακριβωθεί ότι οι πιθανότητες να εκδηλώσει κάποιος κατάθλιψη πολλαπλασιάζονται όταν στο ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον υπάρχει κάποιος καταθλιπτικός. Αρκετοί ψυχίατροι πιστεύουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί χαρακτηριστικό κάποιων οικογενειών, επειδή τα παιδιά «κληρονομούν» από

τους γονείς κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή ένα συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και προσέγγισης της ζωής.

- **Ψυχικών και κοινωνικών**, όπως τα βαριά συναισθηματικά τραύματα στην παιδική ηλικία, που μπορεί να προέρχονται από παραμέληση, κακοποίηση, χωρισμό των γονέων, θάνατο αγαπημένου προσώπου κλπ. Τον κίνδυνο αυξάνουν επίσης οι ψυχικές απώλειες αργότερα στη ζωή, όπως το διαζύγιο ή ο θάνατος κοντινών ανθρώπων, οι χρόνιες νόσοι, αλλά και οι κοινωνικές συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, η μοναξιά, η αποξένωση, η επιδίωξη ενός μοντέλου ζωής που εστιάζεται στην απόκτηση υλικών αγαθών κλπ.

- **Βιολογικών**. Πολλοί τους θεωρούν αιτία της κατάθλιψης, άλλοι πιστεύουν ότι μάλλον συνιστούν το αιτιότυπο της κατάθλιψης στον εγκέφαλο. Αν και οι βιολογικοί μηχανισμοί με τους οποίους εκδηλώνεται η κατάθλιψη είναι περίπλοκοι,

σήμερα θεωρείται ότι στην εκδήλωση της κατάθλιψης εμπλέκονται δύο κυρίως νευροδιαβιβαστές (δηλαδή μόρια που μεταφέρουν χημικά και ηλεκτρικά μηνύματα μεταξύ των κυττάρων του εγκεφάλου): η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Τα επίπεδά τους είναι ιδιαίτερα χαμηλά στους ασθενείς με κατάθλιψη. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν αυξάνοντας τη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Βιολογικοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ή να συμβάλουν στην εκδήλωση κατάθλιψης είναι επίσης οι παθήσεις που επδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τα συναισθήματα. Στις παθήσεις αυτές περιλαμβάνονται η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο υποθυρεοειδισμός, ο καρκίνος, το AIDS. Ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων έχουν επίσης ενοχοποιηθεί ότι προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα. Σ' αυτά περιλαμβάνονται ορισμένα κορτιζονούχα, αντιυπερτασικά, αντισυλληπτικά, φάρμακα εναντίον της χοληστερίνης και των καρδιακών αρρυθμιών.



ΠΩΣ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ

Η ανυπερβλήτη δυστυχία, που δεν μπορεί κανείς και τίποτα να παρηγορήσει, η απόγνωση, οι ενοχές, τα αισθήματα απαξίας και ανεπαρκείας, η απώλεια κάθε ελπίδας για το μέλλον, το στροβίλισμα της σκέψης γύρω από το θάνατο και την αυτοκτονία ή ο φόβος για κάποια ανίστη αρρώστια, η απάθεια, η αδυναμία να αισθανθεί κανείς ευχαρίστηση, η πίστη ότι ο κόσμος δεν έχει νόημα είναι μερικές από τις εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Μερικές φορές όμως η εμφάνιση της κατάθλιψης δεν είναι τόσο κραυγαλέα. Υφέρπει και ροκανίζει την ψυχή σιγά-σιγά και τότε πιστεύουμε ότι είμαστε τεμπέληδες ή αδύναμοι και προσπαθούμε επί ματαίω να την πολεμήσουμε, εφευρίσκοντας ολόενα και περισσότερες υποχρεώσεις και ευθύνες. Δεν έχουμε «ούτε λεπτό» για να χαλαρώσουμε και «φυσικό είναι» -σκεφτόμαστε- να νιώθουμε σωματικούς πόνους, πότε στη μέση και πότε στο κεφάλι.

ΔΥΣΘΥΜΙΑ: Η ΥΠΟΥΛΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μία άλλη, πιο ήπια, μορφή κατάθλιψης είναι η δυσθυμία. Είναι μία μορφή χρόνιας κατάθλιψης, της οποίας τα συμπτώματα έχουν μικρότερη ένταση από εκείνα της μείζονος, αλλά υπονομεύουν αργά και σταθερά τη ζωή του πάσχοντος. Ο ασθενής με δυσθυμία αντεπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες, όμως ποτέ δεν νιώθει καλά. Επειδή η δυσθυμία διαρκεί χρόνια, μερικές φορές είναι δύσκολο να γίνει διάκριση από την ίδια την προσωπικότητα του πάσχοντος. Περίπου το 25% των ασθενών που εκδηλώνουν μείζονα κατάθλιψη έμασχαν προηγουμένως από χρόνια, ήπια κατάθλιψη.

7 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα της δυσθυμίας -όπως έχουν ορισθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία- είναι τα εξής:

- 1** Καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ημέρες του χρόνου.
- 2** Μειωμένη όρεξη ή αντίθετα υπερφαγία.
- 3** Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος.
- 4** Μειωμένη ζωτικότητα, κούραση.
- 5** Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- 6** Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- 7** Αισθήματα απογνώσης.

Ένας άνθρωπος πάσχει από δυσθυμία όταν η διάθεση του είναι καταθλιπτική τις περισσότερες ημέρες για ένα διάστημα τουλάχιστον δύο ετών. Τις ημέρες αυτές πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν. Υπάρχουν και άλλες μορφές κατάθλιψης, όπως η άτυπη (που δεν εμφανίζει τα κλασικά συμπτώματα ή έχει περισσότερα σωματικά παρά ψυχικά συμπτώματα) ή κατάθλιψη της λοχείας, που εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Ακόμη, μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής: ο ασθενής παρουσιάζει διαστήματα κατάθλιψης που εναλλάσσονται με διαστήματα μανίας. (Η μανία εκδηλώνεται σαν μορφή παθολογικής ευφορίας, κατά την οποία ο ασθενής τρέφει αισθήματα υπερβολικής αυτοεκτίμησης ή μεγαλομανίας.)

ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

● **Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Παρά τη μεγάλη δημοσιότητα που περιβάλλει τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, φαίνεται πως οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι το ίδιο ή και περισσότερο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της άπιας κατάθλιψης, ενώ στις πιο βαριές περιπτώσεις η ψυχοθεραπεία συνδυάζεται με τη χορήγηση φαρμάκων, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής εκδηλώνει αυτοκτονικές τάσεις. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ψυχοθεραπεία έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν σε σχέση με εκείνους που παίρνουν μόνον αντικαταθλιπτική αγωγή. Σε κάθε περίπτωση, η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας για τον κάθε ασθενή πρέπει να αποτελεί προϊόν της κατεύθυνσης που θα δώσει ο ειδικός γιατρός και των προτιμήσεων του ίδιου του πάσχοντος.

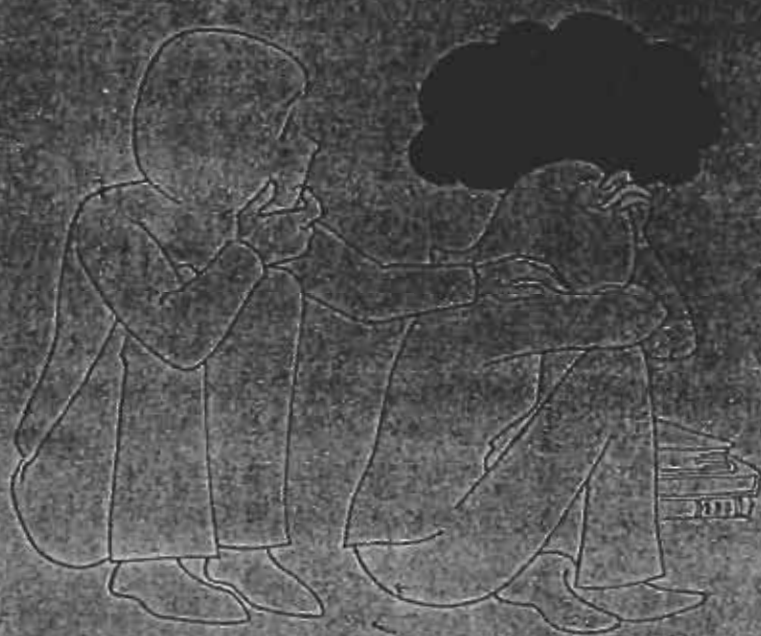
● **ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:** Υπάρχουν πολλοί τύποι αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ανάλογα με το μηχανισμό δράσης τους και τη χημική τους σύσταση. Γενικά μιλώντας, όλοι οι τύποι αντικαταθλιπτικών επιχειρούν να αποκαταστήσουν την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών (κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης) στον εγκέφαλο. Έχουν περίπου την ίδια αποτελεσματικότητα, δεν είναι όμως πάντοτε εύκολο να βρεθεί το κατάλληλο φάρμακο για κάθε ασθενή, καθώς ορισμένα είναι πιο αποτελεσματικά για συγκεκριμένους συνδυασμούς συμπτωμάτων. Τα τελευταίας γενιάς αντικαταθλιπτικά (που ονομάζονται εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Όλα τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται περίπου 3-4 εβδομάδες για να φέρουν αποτελέσματα, επομένως η περιστασιακή τους χρήση είναι άωφελη. Μια συνήθης αγωγή με αντικαταθλιπτικά διαρκεί από 6 έως 12 μήνες. Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν οργανική εξάρτηση (σε αντίθεση με τα ηρεμιστικά που δεν χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης) και στις συνήθεις παρενέργειές τους περιλαμβάνονται ναυτία, δυσκοιλιότητα και άλλες διαταραχές του πεπτικού συστήματος, ζάλη, ξηροστομία, κοτακράτηση ούρων, υπνηλία ή, αντίθετα, υπερδιέγερση. Στο πλαίσιο πάντως της διαμάχης γύρω από τη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, έγινε πρόσφατα μεγάλη έρευνα από το Πανεπιστήμιο του Κονέκτικατ, τα αποτελέσματα της οποίας ανακοινώθηκαν στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας. Αναλύθηκαν 39 μελέτες, στις οποίες εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 3.252 ασθενών με κατάθλιψη και αποδείχθηκε ότι το 50% της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων οφείλεται στο φαινόμενο πλάσμινο (δηλαδή οι ασθενείς έπαιρναν κάποια ανενεργό ουσία και όχι πραγματικό φάρμακο), το 27% στα αντικαταθλιπτικά και το 23% σε «μη προσδιορισίμους παράγοντες»!

● **ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της βαριάς κατάθλιψης και έχει αποτελέσματα παρόμοια με αυτά των φαρμάκων, αλλά πολύ πιο γρήγορα. Ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε γενική αναισθησία, διοχετεύεται στο τριχωτό της κεφαλής ηλεκτρικό ρεύμα, με την εφαρμογή ηλεκτροδίων, για λίγα δευτερόλεπτα. Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου όλα τα άλλα μέσα έχουν αποτύχει, και είναι απολύτως ασφαλής. Είναι σαφές ότι σήμερα οι γιατροί έχουν στο οπλοστάσιό τους μια ποικιλία θεραπειών για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Όποια μορφή θεραπείας κι αν επιλέξει ο άνθρωπος που έχει παγιδευτεί σ' αυτόν τον εφιαλτικό κόσμο, πρέπει να γνωρίζει πως δεν είναι μόνος του και πως δεν ευθύνεται για το μαρτύριό του· όπως αποκαλύπτουν οι αριθμοί, το πρόβλημα της κατάθλιψης είναι πρόβλημα του πολιτισμού μας.

Η κατάθλιψη και η επιταχυνόμενη εξάπλωσή της σε όλο τον κόσμο δεν οφείλεται σε μία αιτία,

αλλά αποτελεί προϊόν μιας σειράς παραγόντων - κοινωνικών, ψυχολογικών, βιολογικών και γενετικών

ABOUT
SUICIDE
among young people



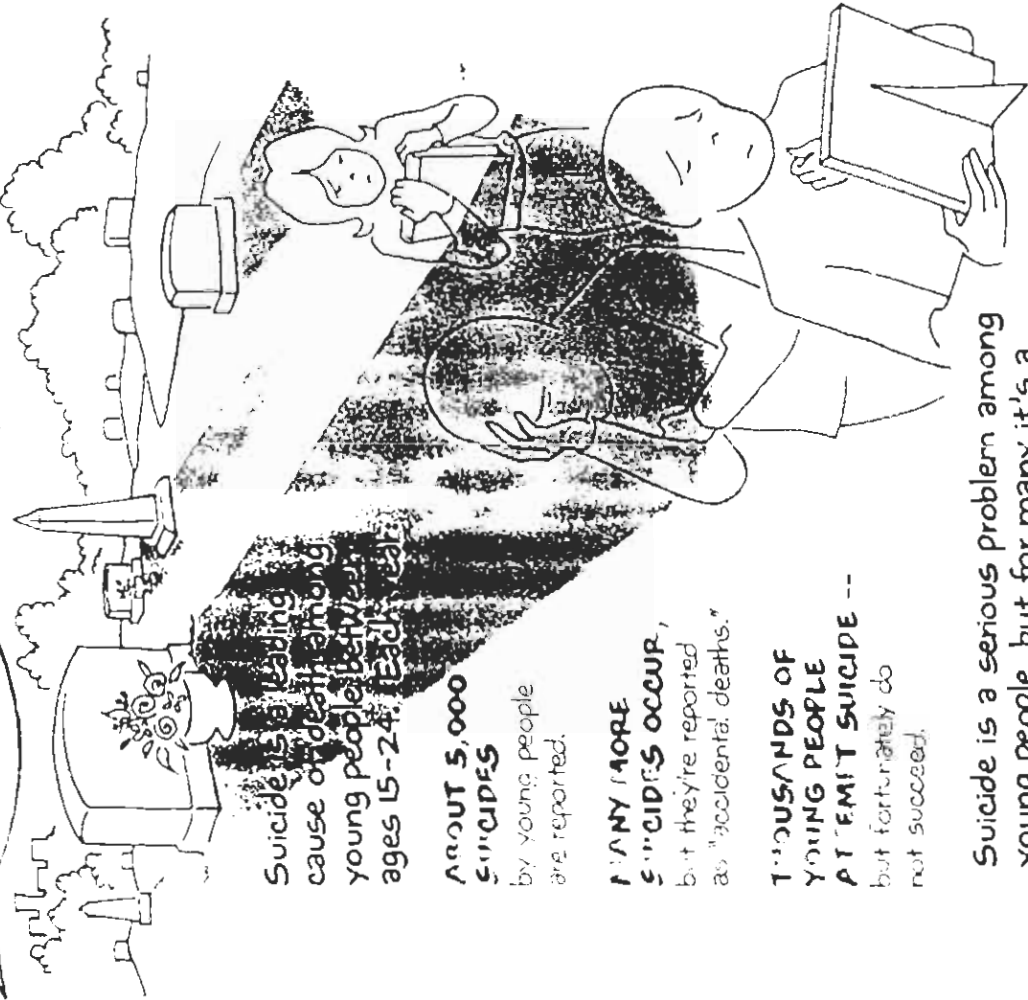
DISTRIBUTED AS A PUBLIC SERVICE BY

Scranton Counseling Center

326 Adams Avenue • Scranton, Pennsylvania 18503
FOR INFORMATION CALL (717) 348-6100 • VOICE/TTY

What is
SUICIDE
?

It's
INTENTIONALLY
ENDING ONE'S
LIFE.



Suicide is a leading cause of death among young people between ages 15-24. Each year

ABOUT 5,000 SUICIDES

by young people are reported.

MANY MORE SUICIDES OCCUR, but they're reported as "accidental deaths."

THOUSANDS OF YOUNG PEOPLE ATTEMPT SUICIDE -- but fortunately do not succeed.

Suicide is a serious problem among young people, but for many it's a **PROBLEM THAT'S PREVENTABLE!**

Why should I
LEARN ABOUT
suicide?

Because you could help save a life -- even your own if you ever consider suicide.

A SUICIDE ATTEMPT IS A "CRY FOR HELP"

-- a desperate effort to end the pain of problems that have become overwhelming.

Learning about suicide can help you to answer that cry before it's too late . . .

SOME POSSIBLE REASONS FOR SUICIDE

No one can say for sure why a particular young person chooses to die. The helplessness and hopelessness that often lead to suicide may result from a combination of factors.

DEPRESSION

It's common for young people to feel depressed because youth is a time filled with so many changes and losses. Depression can make everything seem overwhelming, so that suicide appears to be the only solution.



FAMILY PROBLEMS

Divorce, marital instability and other problems within the family may create feelings of rejection and worthlessness in a young person.

Many young people who attempt suicide feel that their families just don't understand them.



A SIGNIFICANT LOSS

Suicide may be a reaction to:

- loss of a loved one, through death, divorce, or separation
- moving away from friends and familiar surroundings
- loss of health
- loss of respect
- breaking up with a girlfriend or boyfriend.



PROBLEMS WITH GROWING UP

Adolescence and young adulthood can be a very confusing time of life. Some young people aren't ready to handle greater responsibilities, new relationships, physical changes, etc. Others feel helpless because they are ready to handle greater responsibilities, but society won't let them.



POOR SELF-ESTEEM

Feelings of self-worth may be severely damaged by:

- physical awkwardness
- failure in academics or athletics
- lack of praise
- other incidents that hurt a young person's pride.

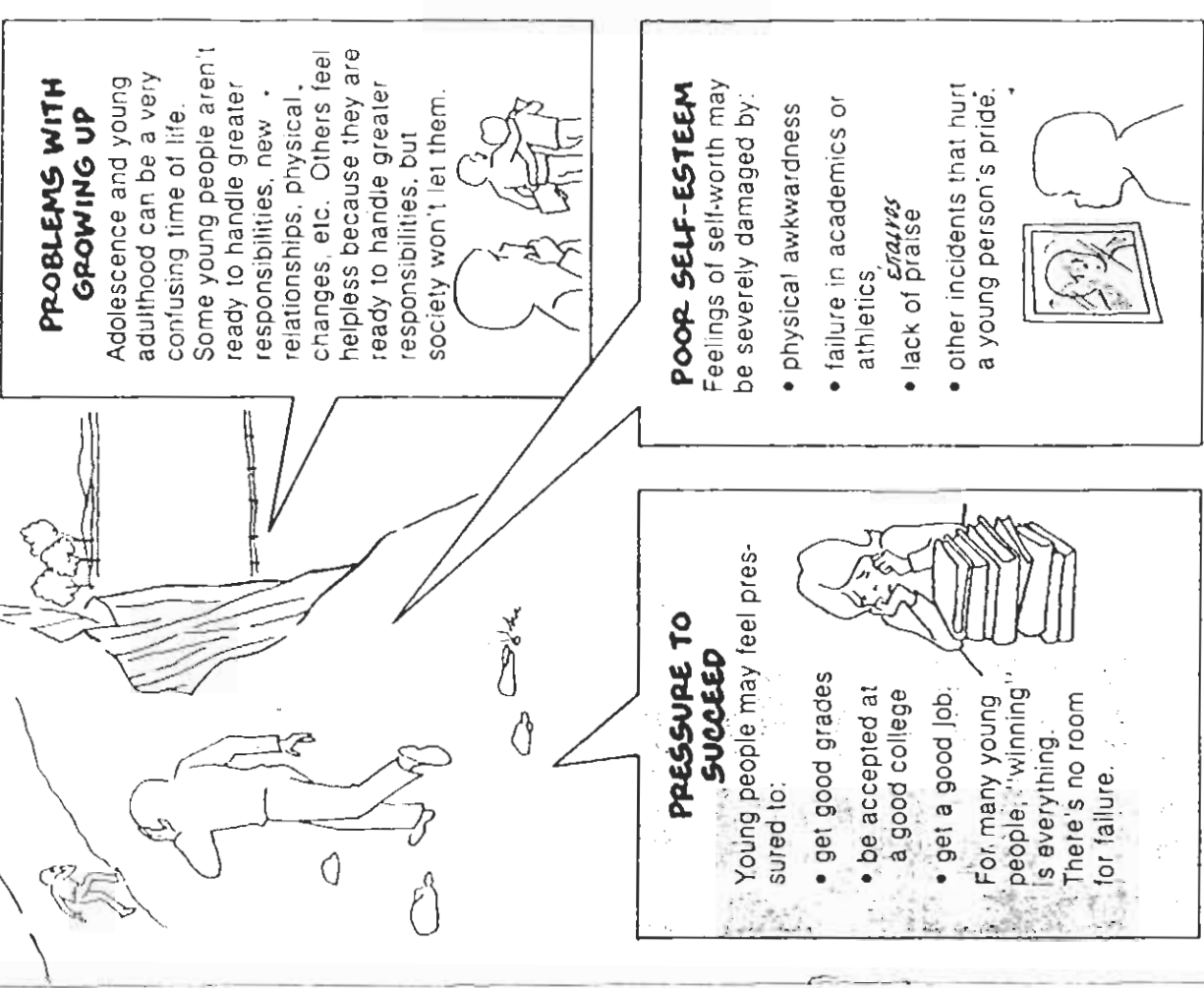


PRESSURE TO SUCCEED

Young people may feel pressured to:

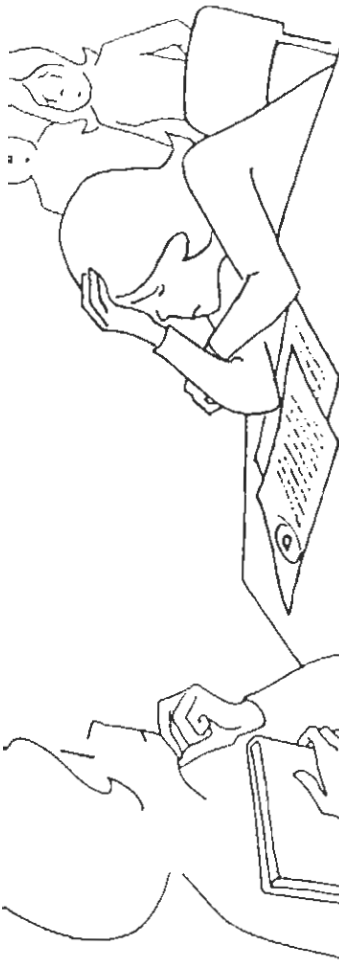
- get good grades
- be accepted at a good college
- get a good job.

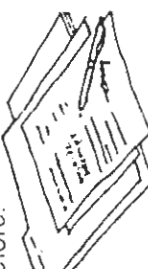


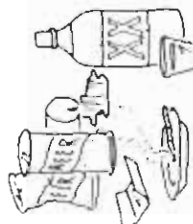
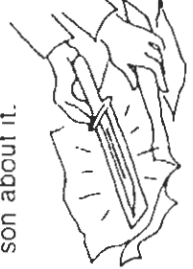

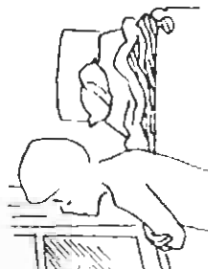

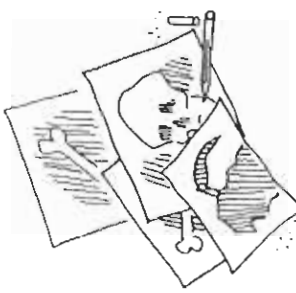


For many young people, "winning" is everything. There's no room for failure.



LEARN TO RECOGNIZE THE DANGER SIGNS

Suicide doesn't happen "out of the blue." That's why it's important to be alert to clues that someone may be considering suicide. Clues may include:



<p>A PREVIOUS SUICIDE ATTEMPT</p> <p>A significant number of young people who commit suicide have attempted suicide before.</p> 	<p>VERBAL THREATS</p> <p>Statements such as: "You'd be better off without me," or "I wish I were dead" should always be taken seriously.</p> 	<p>CHANGES IN BEHAVIOR</p> <p>For example, normally active people may become withdrawn; cautious individuals may start taking unusual risks.</p> 	<p>SUBSTANCE ABUSE</p> <p>Alcohol and other drug abuse appear to be significantly linked to suicide attempts among young people.</p> 	<p>UNUSUAL PURCHASES</p> <p>If the person buys a weapon, rope or any item that arouses your suspicion, talk openly with the person about it.</p> 	<p>GIVING AWAY POSSESSIONS</p> <p>Someone who has decided to commit suicide may give away personal possessions -- records, favorite articles of clothing, etc.</p> 	<p>SIGNS OF DEPRESSION</p> <p>These may include changes in eating and sleeping habits, anxiety, restlessness, fatigue, feelings of hopelessness and guilt, and loss of interest in usual activities.</p> 	<p>PROBLEMS IN SCHOOL</p> <p>A dramatic drop in grades, falling asleep in class, emotional outbursts or any other behavior that is characteristic of a particular student may be cause for concern.</p> 	<p>THEMES OF DEATH</p> <p>A desire to end one's life may show up in the person's artwork, poetry, essays, etc.</p> 	<p>SUDDEN, UNEXPECTED HAPPINESS</p> <p>Sudden happiness following prolonged depression may indicate that the person is profoundly relieved because he or she has finally made a decision -- a decision to commit suicide.</p> 	<p>OTHER SIGNS</p> <p>These may include physical complaints, frequent accidents, hyperactivity, aggressiveness, sexual promiscuity, attention-getting behavior, or prolonged grief after a loss.</p> 	<p>DON'T TAKE CHANCES!</p> <p>It's possible that someone who exhibits suicidal behavior may have no intention of ending his or her life. But, don't wait to find out. Take action right away.</p>
--	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	--

IF YOU'RE CONSIDERING SUICIDE

KEEP THESE THOUGHTS IN MIND

YOU'RE NOT ALONE

Nearly everyone thinks about committing suicide at one time or another. Thinking about suicide doesn't mean that you're abnormal or crazy.



OTHERS DO CARE

There are always people who are willing to help you work out your problems. Don't be afraid to ask for help.

THE CRISIS WILL PASS

It's true -- at times, problems seem overwhelming, even unbearable. Many young people who consider suicide do so because of the emotional pain they feel at that time. But no problem lasts forever. Don't solve a temporary problem with a permanent solution.



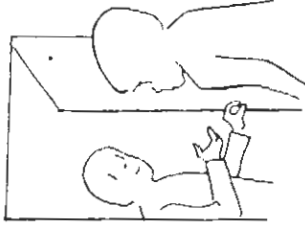
DON'T BE EMBARRASSED

There's no need to feel ashamed about what you've been thinking. But you do need to talk with someone if you have any serious suicidal thoughts.

TALK WITH OTHERS

GET IN TOUCH WITH SOMEONE YOU KNOW

Friends, teachers and counselors are just a few of the people that you can turn to for help.

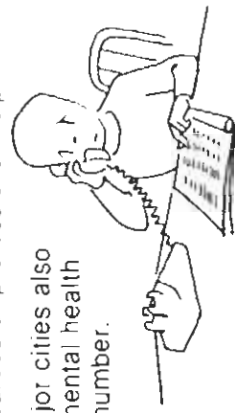


Let the person know how you feel -- what's troubling you, what you've done about it, and what you plan to do.

You may feel you're imposing on people if you ask for help, but everyone needs help from time to time. Most people feel flattered that someone trusts them enough to ask for help.

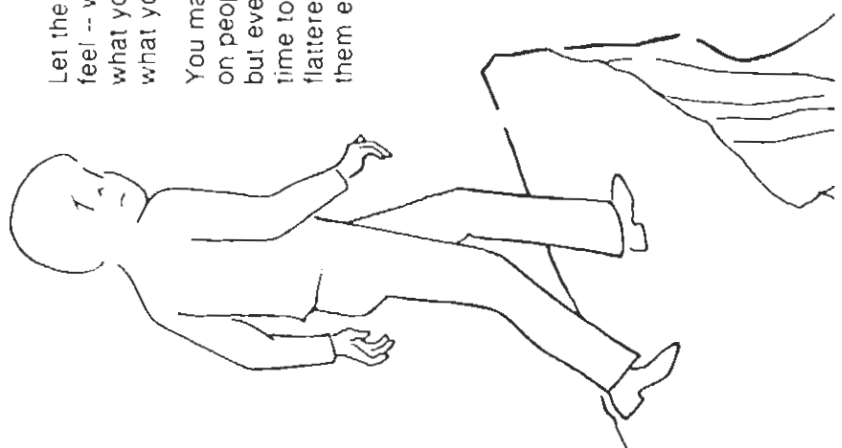
CALL A HOT LINE

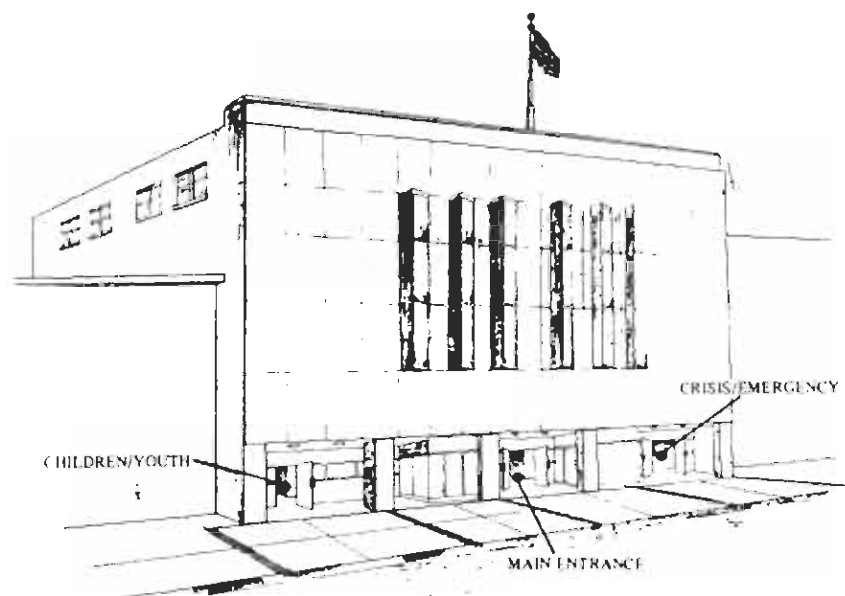
Listings for suicide prevention or crisis intervention centers can usually be found in the front of the phone book among the emergency numbers. These centers can help you to get through a crisis and refer you to sources of professional help.



Most major cities also have a mental health hot-line number.

NOTE: If you don't feel comfortable talking with a person you've sought help from, don't give up! Try another source of help.





Scranton Counseling Center

326 Adams Avenue • Scranton, Pennsylvania 18503
(717) 348-6100 Voice/TTY

The Center Provides the Following Services:

Adult Outpatient	Counseling for the Deaf
Children & Youth Outpatient	Mental Retardation
Emergency/Crisis Intervention	Partial Hospitalization
Consultation & Education	Transitional Living

, ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ
Γιαννιτσών 52
54627 Θεσσαλονίκη
τηλ: 554032-031

Ημερ. 1ης συνάντησης

Εξεταστής:

Θεσ/νίκη,

* ασφάλεια:.....

ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΗΛΙΚΙΑ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Οδός:

Αριθμός:

Πόλη:

Τ.Κ.

**Τηλέφωνο (οικίας):
-//- (εργασίας):**

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ:

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ:

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (αίσθηση
κατεπείγοντος, απαιτητικότητα, δυσπιστία, ελεγκτικότητα, ανησυχία κλπ)**

ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

ΠΑΤΕΡΑΣ:(ονοματεπώνυμο, ηλικία, επάγγελμα):


ΜΗΤΕΡΑ: (ονοματεπώνυμο, ηλικία, επάγγελμα):

ΑΔΕΛΦΙΑ:

ΑΛΛΟΙ μέσα στο σπίτι (παππούδες, θείοι, κλπ):

(*: ασφαλισμένοι του ΙΚΑ να απευθύνονται στην Πύλη Αξιού, τηλ: 521800)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

 ΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ
ΚΕΝΤΡΟ Βορείου Ελλάδος

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία Γέννησης:

Διεύθυνση Κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Σχολείο:

Παραπομπή από:

Συνοδός:

Ημερομηνία της Συνάντησης:

Εξεταστής:

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ (Κύηση, τοκετός, ψυχοκινητική ανάπτυξη, παιδικός σταθμός, σχολική προσαρμογή και μάθηση, προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι, στο σχολείο, αλλού, σχέσεις με αδέρφια και συνομηλίκους κ.λπ.)

ΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

ΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΆΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
 ΜΕΑΣ : Ψυχιατρικός
 ΗΜΑ : ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ
 τής : Χριστιανόπουλος Κρίτων

**ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
 ΑΡΧΙΚΩΝ
 ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ
 (INTAKE)**

ρομ. / /

ΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Γέννησης :/...../..... Ηλικία : Λο : Αγόρι : Κορίτσι	ΑΣΦΑΛΕΙΑ : Δημόσιο : ΟΓΑ : ΤΕΒΕ : ΙΚΑ : Άλλο :	Την Ά επαφή κάνει : Την παραπομπή έκανε : Έμαθαν για το Π/Ψ από :
---	--	---

ύθυση κατοικίας :
 κατοικίας :

ρμ. Μητέρας : κία : γγελμα : εργασίας : ρμ. Πατέρα : κία : γγελμα : εργασίας :	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ : Γονείς : Παντρεμένοι : Ανύπαντροι : Διαζευγμένοι : Χωρισμένοι : Θάνατος : Π..... Μ..... Αδέλφια : Άλλοι :
---	---

ΟΙΚΟ ΑΙΤΗΜΑ - ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΆΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣΝαί.....Όχι..... Ποιές :	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΆΛΛΟ ΕΙΔΙΚΟΝαί.....Όχι..... Ποιό :
-------------------------------	--	--

Α ΣΤΟΙΧΕΙΑ: (Έναρξη προβλήματος, Γεγονός κικό, Ιδιαίτερα οικογ. στοιχεία)	Τα στοιχεία συμπλήρωσε: - Παρατηρήσεις:
---	--

ΠΑΝΤΕΒΟΥ: Ημερομηνία:/...../..... () Ώρα : Υπεύθυνος :	ΜΑΤΑΙΩΣΗ ΠΑΝΤΕΒΟΥ: Ναι Αιτία:
---	---

για : ενημέρωση την έκανε:	ΝΕΟ ΠΑΝΤΕΒΟΥ: Ημερομηνία :/...../..... () Ώρα : Την ενημέρωση έκανε:
---	---

**ΑΛΛΑ
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ
ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΜΟΣ ΠΑΝΤΕΒΟΥ:

- * 1. Διαγνωστικά :
- * 2. Θεραπευτικά :
- * 3. Συμβουλευτικά :

ΉΚΑΝ:

- * 1. Γνωμάτευση :
- * 2. Περιλ. Ιστορικού :
- * 3. Άλλα έντυπα :

ΡΓΑΣΙΑ:

- * 1. Ενδονοσοκομειακό Π/Ψ :
- * 2. Τμήματα Ιπποκράτειου :
- * 3. Σχολεία :
- * 4. Δημόσιες Υπηρεσίες :
- * 5. Ιδιωτικοί Φορείς :
- * 6. Άλλοι :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

	Αξιολογήση	Θεραπεία
* Κλινικά υπεύθυνος
* Γιατρός
* Ψυχολόγος
* Εργοθεραπευτής
* Λογοθεραπευτής
* Κοιν. Λειτουργός
* Άλλοι

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

(D.S.M. III - R)

Προσωρινή διάγνωση :

Αναβάλλεται :

	ΚΩΔΙΚΕΣ:
ΑΞΟΝΑΣ 1 :
ΑΞΟΝΑΣ 2 :
ΑΞΟΝΑΣ 3 :
ΑΞΟΝΑΣ 4 :
ΑΞΟΝΑΣ 5 :

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ, 30 ΜΑΡΤΙΟΥ - 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1996**

**“ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ-ΕΦΗΒΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ”**

Ν. ΖΗΛΙΚΗΣ, Γ. ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ, Ε. ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ, Π. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Μ. ΦΛΪΤΑΚΗΣ, Χ.
ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΕΦΗΒΩΝ

ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ	31	A: 19 (61.3%)	K: 12 (38.7%)
ΠΡΩΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	21	A: 10 (47.6%)	K: 11 (52.4%)
ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	10	A: 9 (90.0%)	K: 1 (10.0%)

Μ.Ο. ΗΛΙΚΙΑΣ Νέες Εισαγωγές: 17.09 Επανεισαγωγές: 18.60

ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 28.33 ημέρες

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΑΙΤΙΑ) ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ (N=31)

1. Ψυχωτικό επεισόδιο - Ψυχωτικόμορφη συμπτωματολογία	11
2. Διαταραχές συμπεριφοράς	7
3. Απόπειρα	4
4. Αντιδραστικές διαταραχές	2
5. Συναισθηματικές διαταραχές (αγχώδης-καταθλιπτική συμπτ.)	2
6. Διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών	2
7. Υστερία αποσυνδεδετικού τύπου (δοπλή προσωπικότητα-αμνησία) 1	
8. Μετατραυματική διαταραχή	1
9. Για παρατήρηση/Διαγνωστική εκτίμηση	1

ΣΥΝΟΛΟ	31

ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

1. Διαταραχή/Παθολογία Προσωπικότητας	12
2. Απόπειρα	4
3. Οξεία Ψύχωση (ψυχωτικό επεισόδιο)	3
4. Σχιζοφρενική ψύχωση με έναρξη στην εφηβεία	2
5. Αντιδραστικές διαταραχές	2
6. Διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών	2
7. Μετατραυματική διαταραχή	1
8. Υστερία αποσυνδεδετικού τύπου	1
9. Διαταραχή συμπεριφοράς	1
10. Διαταραχές συμπεριφοράς σε έδαφος νοητικής ανεπάρκειας	1
11. Οργανικό ψυχοσύνδρομο	1
12. Χωρίς διάγνωση	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΝΟΛΟ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ 1995

	ΠΑΙΔΙΑ	ΕΦΗΒΟΙ	ΣΥΝ
ΑΓΟΡΙΑ	37	34	71
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	35	46	81
ΣΥΝ	72	80	152

ΜΟΝΟ ΓΟΝΕΙΣ: 4

ΣΥΝΟΛΟ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ: 156

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

ΕΦΗΒΟΙ	ΑΓ	Κ	Σ	%
Δ/Σ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	19	29	(36.3%)
ΠΡΩΤΟΒ. ΙΔΙΩΝ	9	10	19	(23.7%)
ΕΦΗΜΕΡΙΑ	9	7	16	(20.0%)
ΕΞ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠ.	3	3	6	(7.5%)

ΣΥΝΟΛΟ	34	46	80	

ΠΑΙΔΙΑ	ΑΓ	Κ	Σ	%
ΠΡΩΤΟΒ. ΙΔΙΩΝ	14	10	24	(33.3%)
Δ/Σ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	10	9	19	(26.4%)
ΕΞ. ΙΑΤΡ. ΥΠΗΡ.	9	2	11	(15.3%)
ΕΞ. ΜΗ ΙΑΤΡ. ΥΠ.	3	14	17	(23.6%)
ΕΦΗΜΕΡΙΑ	1	0	1	(1.4%)

ΣΥΝΟΛΟ	37	35	72	

ΓΟΝΕΙΣ

Δ/Σ ΥΠΗΡΕΣΙΑ: 2

ΕΞ. ΜΗ ΙΑΤΡ. ΥΠΗΡΕΣΙΑ: 1

ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ: 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.**ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ / ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ**

1. Σε τακτικό RV	90 (57.7%)
2. Επείγων χαρακτήρας	55 (35.3%)
3. Διασυνδετική/Συμβουλ.	9 (5.8%)
4. Διακομιδή από άλλο Νοσ.	2 (1.2%)

1. Συνοδεία γονέος/ων	121 (77.6%)
2. Μόνος/η (έφηβοι)	11 (7.1%)
3. Μόνο οι γονείς	10 (6.4%)
4. Συνοδεία οικείων	8 (5.1%)
5. Άλλοι (δικαστ., αστυν., κλπ)	6 (3.8%)

ΣΥΝΟΛΟ 156

ΠΙΝΑΚΑΣ 3α. ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ (παιδιά)

Νευρωτικές διαταραχές (άγχος, αναστολή)	8
Νοητική ανεπάρκεια	8
Προβλήματα που αφορούν τους γονείς	6
Αντιδραστικές διαταραχές	6
Εξελικτική δυσαρμονία	5
Μετατραυματική διαταραχή	4
Ναρκισσιστική παθολογία	4
Σχολικές/μαθησιακές δυσκολίες	4
Διαταραχές λόγου/ομιλίας	4
Τικ	4
Ψυχοκινητική καθυστέρηση	3
Ενούρηση - εγκόπριση	3
Αυτισμός	2
Ψυχωσωματική παθολογία	2
Κατάθλιψη	2
Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης	2
Λήψη φαρμακευτικών ουσιών	2
Διαταραχές συμπεριφοράς	1
Κακοποίηση	1
Παραλλαγές του φυσιολογικού	5
Σοβαρές σωματικές παθήσεις	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β. ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ (έφηβοι)

Παθολογία οριακού/ναρκισσιστικού/ανακλ. Τύπου	22
Απόπειρα	16
Κατάθλιψη	9
Ψυχοσωματική παθολογία	7
Πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο	5
Αντιδραστικές διαταραχές	5
Χρήση ουσιών	5
Ψυχογενής ανορεξία	4
Μετατραυματικό σύνδρομο	3
Νευρωτικές δ. Υστερικού τύπου	3
Νευρωτικές δ. Αγχώδους τύπου	3
Διαραχές με σωματική/συμπεριφορική έκφραση	3
Ελλειμματική ψύχωση (παιδική)	2
Νοητική ανεπάρκεια	2
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	2
Κακοποίηση	1
Παραλλαγές φυσιολογικού	4
Χωρίς διάγνωση	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ / ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΠΑΙΔΙΑ (N=72)

1. Διαγν.-Εκτίμηση-Γνωμάτευση	25
2. Διάγνωση - Συμβουλευτική	23
3. Διάγνωση - Θερ. αντιμετώπιση	15
4. Μόνο με γονείς	6
5. Δ/Σ	2
6. Νοσηλεία ΠΔ - Θεραπεία	1

+ παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες 14

ΕΦΗΒΟΙ (N=80)

1. Διάγνωση-Θεραπεία	19
2. Διάγνωση - Συμβουλευτική	17
3. Διαγν. Εκτίμηση - Γνωμάτευση	15
4. Νοσηλεία - Θεραπεία	13
5. Νοσηλεία -	8
6. Δ/Σ	8

+ παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες 7

Η Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου (Υ.Π.Ε.) της Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ. που λειτουργεί στο Π.Γεν. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης, ήρθε να αποτελέσει κατά κάποιο τρόπο συνέχεια μιας παράδοσης που υπήρχε σ' αυτό το Νοσοκομείο, με την ίδρυση του πρώτου Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού το 1958 από τον Χ. Ιεροδιακόνου. Πρόκειται για μια υπηρεσία που αναπτύχθηκε σταδιακά από προσωπικό ενδιαφέρον στελεχών της κλινικής για την Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου, η οποία μέχρι το 1990 ήταν ανύπαρκτη στο χώρο της Ιατρικής του Α.Π.Θ.

Οι επιμέρους υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- α. Εξωτερικά ιατρεία
- β. Εσωτερική Νοσηλεία εφήβων
- γ. Διασυνδεδετική - Συμβουλευτική για παιδιά και εφήβους με κάλυψη του συνόλου του Νοσοκομείου
- δ. Υπηρεσία Επαιγόντων
- ε. Νοσηλεία παιδιών με ψυχιατρικά προβλήματα σε συνεργασία με τους συναδέλφους παιδιάτρους.

Στην παρούσα εργασία θα δώσουμε μια εικόνα από την λειτουργία της Υ.Π.Ε. έτσι όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα, μέσα από τα στοιχεία του προηγούμενου έτους.

Στον πίν. 1 φαίνεται ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων που είναι 72 παιδιά, 80 έφηβοι και 4 περιπτώσεις με προσέλευση μόνο των γονιών (σύνολο: 156 περιπτώσεις). Παρατηρούμε μεταξύ άλλων την αναστροφή της αναλογίας ως προς το φύλο, με υπεροχή των αγοριών στις παιδικές ηλικίες και των κοριτσιών στην εφηβεία. Στον πίν. 2 βλέπουμε τις πηγές παραπομπής

Η οικογένεια ζητεί... θεραπεία

Το βασικό κύτταρο της κοινωνίας δοκιμάζεται και προστρέχει στα ειδικά κέντρα, που ξεφυτρώνουν και στη χώρα μας σαν μανιτάρια

Ζευγάρια που χωρίζουν αναπάντεχα Παιδί που παρουσιάζουν αναταραχή, σε «φως» ολιγάρκεια, οικογένειες, παραβλέποντας συμπεριφοράς ή και υγείας, γεννιέται ένα αντίμετωπο στην οργή των παιδιών τους. Ένώ κατά τη γνώμη τους κάνουν σωστά το «πιο καλύτερο». Η οικογένεια, το βασικό κτύπημα κάθε κοινωνίας, μοιάζει να διαλύεται. Με δίνει να ζει μια αλλόθνη φρενιτιώδης, ακοταστάτων ρόλων και στόχων. Ενώ συνεχώς βλέπει τα σταθερά στοιχεία αναφοράς της παρελθόντος της να γίνονται μακρινή ανήχηση. Έτσι, λοιπόν, η «επικοινωνία» αυτή εξασθενεί, προβάλλει ένα «μπούμ» των κει-

ντρων Οικογενειακής Θεραπείας, δηλαδή των «αποχρονών» «λιωμάτων» στις οικογενειακές φουρτούνες, που άλλοτε ήταν η γλιτολιά, το κοσμίκο της γυναικας, ο επιστήμιος φίλος, στη θέση τους σημερα υπάρχουν μόνο η μοναξιά, το αδιέξοδο, ο ανταγωνισμός, ο άκρατος υλιτισμός. Η έννοια της οικογενειακής Θεραπείας γεννήθηκε στις ΗΠΑ, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Αμερικανοί ψυχίατροι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το «παιδί» μέλος μιας οικογένειας είναι εντέλει φερέας διακρίτουργίας ολοκλήρης της Οικογένειας και ότι, όταν δεν λύνεται η διακρίτουργία, το ίδιο

ή κάποιο άλλο οικογενειακό μέλος θα παρουσιάσει κάποιο άλλο πρόβλημα. Στην Ελλάδα τη μέθοδο έφεραν οι Γιωργος και Βάσω Βασιλείου (ψυχίατρος και ψυχολόγος αντίστοιχα), που ίδρυσαν στη δεκαετία του '80 το Αθηναικό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου.

Αργότερα δημιουργήθηκαν αρκετά κέντρα, με κυριότερο το Εργαστήριο Διερευνητικής Αθροιστικών Σχέσεων, με υπεύθυνη τη Χαρί Κεττάκη. Στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η Οικογενειακή Θεραπεία, μέχρι το 1990, περιλάμβανε αργότερα, με τη Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας Ψ.Ν.Α. το Ιατρείο Οικο-

γενειας της πανεπιστημιακής κλινικής του Αιγινήτειου, το Τμήμα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας για εξαρτημένους, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Διπτικού Ταξία στη Θεσσαλονίκη, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και Οικογενειακής Θεραπείας στα Χανιά και το Ιατρείο Οικογενειας της πανεπιστημιακής κλινικής του Ηρακλείου.

Παιδιά είναι, όμως, τα σπηθισμένα προβάλλομα που στέλνουν τους Έλληνες στον Οικογενειακό Θεραπευτή. Όπως λέει η Κάτια Χαρολαμπάκη από τη Μονάδα Οικογενειακής Θεραπείας στο Παγκράτι, συνήθως το σύμπτωμα διακρίτουργίας της οικογένειας πα-

ρουσιάζεται πρώτα στα παιδιά. «Είναι συνήθως ένα παιδί να ρωφίξει το άγχος ή η διακρίτουργία μιας οικογένειας, διότι είναι το πιο εύκαμπτο μέλος της. Το σύμπτωμα που παρουσιάζει μπορεί να οφείλεται στη σχέση των γονιών μεταξύ τους ή στη σχέση της μητέρας με τη δική της μητέρα, ή στη σχέση του πατέρα με τους δικούς του γονείς». Τα συμπτώματα αυτό μπορεί να είναι, κακές επιδόσεις στο σχολείο, αντικοινωνική συμπεριφορά, ή μια σειρά από σωματικά συμπτώματα - όπως πονοκέφαλοι, αναταραχή, πόνος κοιλίας, νυχτερινές ενουρήσεις, αναρρέξια, αλλεργικές διαφύλασσες.

Ένα γερό οικοδομήμα που κατέρρευσε

Γιατί, όμως, σήμερα παρουσιάζονται τέτοια προβλήματα στις οικογένειες; Η παραδοσιακή κοινότητα ήταν υποστηρικτική. Όπως έλεγαν και οι Βασιλείου, όταν ένας άνδρας κακομεταχειριζόταν τη γυναίκα του, αυτή το έλεγε στη γειτόνισσα, η γειτόνισσα στο δικό της άνδρα και αυτός με τη σειρά του, όταν συναντούσε τον άνδρα της πρώτης στο καφενείο, του έλεγε «Πρόσεχε τη γυναίκα σου».

Συγχρόνως, η παραδοσιακή οικογένεια ήταν ένα καλοσχεδιασμένο και καλά δομημένο οικοδόμημα, όπου ο ρόλος του κάθε μέλους ήταν δεδομένος. Όπως λέει ο κ. Προκοπίου «πριν από τη σημερινή παιδοκεντρική οικογένεια, που τελικά δημιουργεί τα μεγαλύτερα προβλήματα στο παιδί, η σημαντικότερη αξία στο σπίτι ήταν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνδρες, οι οποίοι εξασφάλιζαν τη διαβίωση της οικογένειας. Η γυναίκα αποκτούσε αξία και ισχύ μέσα στην οικογένεια όταν γινόταν μητέρα και στη συνέ-

χαις πεθερά. «Ο άνδρας ο αφένης μου κι εγώ δούλα του, ο γιος μου ο βασιλιάς κι εγώ βασίλισσα του». Μέσα σε αυτό το πλαίσιο το παιδί μάθαινε ότι αξίζει να μεγαλώσει».

Όταν κατέρρευσε η παραδοσιακή δομή, η αστική οικογένεια έθεσε σε πρωταρχικό ρόλο το παιδί. Το παιδί ήταν αυτό που εξυπρέτησε τη βασική ανάγκη για σταθεροποίηση της οικογενειακής ενότητας. Το διαβάσμα των παιδιών έγινε η σημαντικότερη ενασχόληση της μητέρας, η οποία κλείστηκε ανέξοδα στο σπίτι και ο πατέρας, σε μια έντονα ανταγωνιστική κοινωνία, επιδίωκε στο σπίτι μια παραδοσιακή επιβράβευση που ήταν αδύνατη.

Σήμερα, στην καταναλωτική οικονομία, η οικονομική επιβίωση δεν εξαρτάται από την αλληλεξάρτηση των μελών της οικογένειας. Τα μέλη των οικογενειών μιλούν για ανεξαρτησία, ελευθερία και εκμίσληση προσωπικών στόχων. Οι ανθρώπινες σχέσεις εντός και

εκτός οικογένειας έχουν αλλάξει ριζικά. Το δίλημμα «μόνος μου» ή «μαζί με τον άλλον» άρχισε να διαχάζει. Αμφισβητείται η ένταξη ακόμη και σε μια ανθρώπινη μονάδα τόσο μικρή όσο η συρρικνωμένη πυρηνική οικογένεια. Η μοναξιά παραμονεύει «στη γωνία», σε απρόσωπες πόλεις και απρόσωπες σχέσεις. Βασικός στόχος για την οικογένεια γίνεται σταδιακά, μετά την οικονομική επιβίωση, η ψυχολογική επιβίωση.

Την ίδια στιγμή, όλοι δεχόμαστε έναν τεράστιο όγκο πληροφοριών που ξεπερνά την ικανότητά μας να τις συνθέσουμε και να τις αφομοιώσουμε. Όπως λέει η κ. Γαβριηλίδου «μέσα στην ανησυχία να δώσουμε νόημα στα πάρα πολλά στοιχεία που δεχόμαστε, με μεγάλες ταχύτητες, χάνουμε τους ήρεμους ρυθμούς μας, το γαλήνιο τρόπο επικοινωνίας μας». Αυτό που μια δεδομένη στιγμή θεωρούμε «καλή λύση» έρχεται γρήγορα να αναιρεθεί από τις ταχύτερες αλλαγές που συντελούνται γύρω

μας. Και καταλήγουμε να ξυπνάμε στον εφιάλτη, πριν τελειώσει το όνειρο.

Η Χάρης Κατάκη, στο βιβλίο της «Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας», και σε ερώτημα έρευνας «Γιατί παντρεύονται οι άνθρωποι;» τρεις γενιές της ίδιας οικογένειας, απαντούν τα εξής: Ο εβδομηντάρης κτηνοτρόφος παππούς από την Ηπειρο: «Μα, αυτός παιδί μου είναι ο προορισμός του ανθρώπου». Ο γιος που ζει στα

Γιάννενα και διατηρεί στενές σχέσεις με το χωριό: «Για να κάνουν παιδιά, να τα μεγαλώσουν, να τα μορφώσουν και να τα κάνουν χρήσιμους ανθρώπους στην κοινωνία». Και ο εγγονός, καθηγητής Γυμνασίου στην Αθήνα: «Ο γάμος και τα παιδιά δεν μπορεί να αποτελούν βασικό στόχο. Αυτό που ενδιαφέρει είναι να δημιουργηθεί με το σύντροφο μια καλή σχέση που θα βασιζέται στην ισότητα, την ειλικρίνεια και την κατανόηση». Ισως η επόμενη γενιά πει: «Για να μην είμαι μόνος/η».

“Καθημερινή”, 18/4/1999.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αϊβαζιάν Χ. και Αγγελίδης Ν. «Ναρκωτικά - πως και γιατί θα πούμε όχι», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, Κατερίνη 1997.
2. Αναστασιάδης Β.Κ. «Ψυχοπαιδαγωγική εφηβικής ηλικίας - ο τρόπος της αγωγής της σήμερα στο σχολείο και στην οικογένεια» Αθήνα 1993
3. Αναστασόπουλος Δημήτρης. «Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία» Βασική Παιδοψυχιατρική - «Εφηβεία», Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης Αθήνα 1998.
4. Chandler Michael «Εφηβική αυτοκτονία και προσωπική συνέχεια» Βασική Παιδοψυχιατρική - «Εφηβεία», Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1998
5. Γιωσαφάτ Μ- «Ο κύκλος ζωής της οικογένειας και η ανάπτυξη του παιδιού», στα Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1987
6. Golse Bernard and Messerschmitt Paul «Το παιδί σε κατάθλιψη», μετάφραση Ιουλιέττας και Ροδόλφου Ράλλη. Εκδόσεις Χατζηνικολή 1989.
7. Δημητρίου Ανδρέας και Γωνίδα Ελευθερία «Γνωστική ανάπτυξη κατά την εφηβεία, γενικά χαρακτηριστικά και ειδικές ικανότητες», Βασική Παιδοψυχιατρική - «Εφηβεία», Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998.

8. Δημητρακόπουλος Δημήτρης «Η εξέλιξη παιδιών δυσαρμονικών οικογενειών» Διαχρονική ερευνητική εργασία, Αθήνα 1994.
9. Εταιρεία ψυχολογικής ψυχιατρικής Ενηλίκου και Παιδιού, «Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων», Επιμέλεια Ι. Κούρος, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
10. Ιεροδιακόμου Χ. «Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά», Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1991
11. Ιωαννίδου - Τζόνσον Α. «Προκατάληψη, ποιος, εγώ;» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
12. Κολιούσκας Δ. «Τα εφηβικά προβλήματα και η αντιμετώπισή τους» στα «Θέματα προληπτικής Ιατρικής» Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1981.
13. Κόνγκερ Τζών, «Η εφηβική ηλικία μια καταπιεσμένη γενιά» Ο κύκλος ζωής, Εκδόσεις Ψυχογίος, Αθήνα 1981
14. Κοσμόπουλος Α., «Ψυχολογία και οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας», Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1994
15. Μαδιανός Μ. «Ψυχική υγεία των εφήβων στον γενικό πληθυσμό - επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης απόπειρων αυτοκαταστροφής, χρήση οινόπνευματωδών και ουσιών στην Ελλάδα» Βασική Παιδοψυχιατρική «Εφηβεία», Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1998.

16. Μαλακά - Ζαφειρίου Καιτη, «Η απόπειρα αυτοκτονίας στα παιδιά» στο «Έφηβος και η οικογένεια». Δύο συμπόσια, Επιμέλεια Δοξιάδη - Τριπ Ανδη, Ζαχαροπούλου Εύη, εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1985
17. Μάνος Κώστας, «Η μυχολογία του εφήβου», Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1986
18. Μάνος Νικόλαος «Ερμηνευτικό Λεξικό μυχιατρικών Όρων - Αγγλοελληνικό - ελληνοαγγλικό» εκδόσεις University Studio Press (Β΄ έκδοση), Θεσσαλονίκη 1987
19. Μάνος Νικόλαος «Βασικά στοιχεία κλινικής μυχιατρικής» Εκδόσεις University Studio Press (αναθεωρημένη έκδοση), Θεσσαλονίκη 1997.
20. Μανωλόπουλος Σ. «Η μυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου» στα «Σύγχρονα θέματα παιδομυχιατρικής», επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1987
21. Μόττη - Στεφανίδη Φρόσω, «Η εξέλιξη της προσωπικότητας στην εφηβεία» στην Βασική Παιδομυχιατρική - «Εφηβεία», Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1998
22. «Νέο Λεξικό της Ελληνικής» Εκδόσεις Σταφυλίδη, Αθήνα 1992
23. Ντόλτο Φρανσουάζ «Έφηβοι προβλήματα και ανησυχίες» Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1998
24. Παιονίδης Αλέξανδρος «Προβλήματα εφηβείας» στα «θέματα προληπτικής Ιατρικής» Α΄ παιδιατρική κλινική Παν/μίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1981

25. Παππάς Ευάγγελος, «Συμβολή στην διερεύνηση της αυτοκτονική πρόθεσης και φονικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας» Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα 1998
26. Παρασκευόπουλος Ιωάννης «Εξελικτική Ψυχολογία - Εφηβική ηλικία» τόμος Δ', Αθήνα 1985
27. Παράσχος Α., «Συναισθηματικές Διαταραχές» στη «Ψυχιατρική Επιμέλεια» Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988
28. Πιπερόπουλος Γεώργιος, «Ένας ψυχολόγος κοντά σου» Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1993
29. Ριβιέ Μπερτ - Ρέιμον, «Η κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989
30. Σακελλαρόπουλος - Παπανικολάου - Τριανταφύλλου, «Περί ταυτίσεων στην εφηβεία» στα «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής» Επιμέλεια Τσιάντης, Εκδόσεις Καταστανιώτης, Αθήνα 1987
31. Silver - Kempe - Bruyn and Fulginiti's «Συνοπτική Παιδιατρική» μετάφραση Ελ. Βουδούρης, Επιμέλεια Ν. Μυριοκεφαλιτάκης, Αθήνα 1994
32. Skynner Robin «Οικογενειακές υποθέσεις», Μετάφραση Παπασταύρου Άννα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα Αθήνα 1997.
33. Τεγόπουλος - Φυτράκης «Ελληνικό Λεξικό» Αθήνα 1989
34. Τσαούσης Δ.Γ, «Η κοινωνία του ανθρώπου» Εισαγωγή στην κοινωνιολογία, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1993

35. Τσιάντης Γιάννης, «Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία» στο «Έφηβος και Οικογένεια - δύο συμπόσια» Επιμέλεια Ανθή Δοξιάδη - Τρίπ και Εύη Ζαχαρακοπούλου, Εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1985
36. Τσιάντης Γιάννης, «Οργάνωση Υπηρεσιών παιδοψυχιατρικής περίθαλψης και πρόληψης στην Ελλάδα στα «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», Επιμέλεια Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987
37. Τσιάντης Γιάννης, «Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας», τεύχος Α', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1991^α.
38. Τσιάντης Γιάννης «Δυναμικές αλληλεπιδράσεις και διενέργειες στις σχέσεις εφήβου - οικογένειας - Η σημασία τους στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου. Ειδικό άρθρο του Νοσοκομείου Παιδων «Αγία Σοφία», Ψυχιατρική 1991β.
39. Τσιάντης Γιάννης, «Δυναμικές αλληλεπιδράσεις και διεργασίες στις σχέσεις εφήβου - οικογένειας» στη «Βασική Παιδοψυχιατρική» - «Εφηβεία», επιμέλεια Τσιάντης, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998
40. Χαρτοκόλλη Καλλιόπη, «Χαρακτηριστικά προσωπικότητας εφήβων που έχουν προβλήματα με το ποτό» στο βιβλίο «Έφηβος και Οικογένεια» - Δύο συμπόσια, επιμέλεια Δοξιάδη - Τρίπ Ανθή και Ζαχαρακοπούλου Εύη, Εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1985
41. Χαρτοκόλλης Πέτρος «Εισαγωγή στην ψυχιατρική» Εκδόσεις δεμέλιο, Αθήνα 1991

42. Herbert Martin «Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας» επιμέλεια Καλαντζή - Αζίζι, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
43. Χουντουμάδη Αναστασία - Πατεράκη Λένα, «Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων» Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1989
44. Χουρδάκη Μ., «Οικογενειακή Ψυχολογία» Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1991
45. Walton Francis, «Κερδίστε τους εφήβους από 13-19 στο σπίτι και στο σχολείο» Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1996

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

46. Αμπατζόγλου Γρηγόρης, «Το παθολογικό στην εφηβεία» Γαληνός 1995^α, τόμος 37^{ος}, Τεύχος 1^ο, σελ. 109
47. Αμπατζόγλου Γρηγόρης, «Ψυχολογική προσέγγιση της εφηβείας» Γαληνός 1995^β, Τόμος 37^{ος}, Τεύχος 5^ο, σελ. 556.
48. Καλλινικάκη Θεανώ «Η εξέλιξη της διεπιστημονικής σχέσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων - η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού, Κοινωνική Εργασία, Αθήνα 1994, έτος 9^ο, τεύχος 36^ο, σελ. 217
49. Μπαρδάκης Γώργος «Έφηβοι χρήστες ναρκωτικών ουσιών - Εξωτερική Νοσηλεία» Προσέγγιση, Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1990, τεύχος 6^ο, σελ.7
50. Παπαδοπούλου Βασιλική «Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες, Ειδική εκπαίδευση, ιδρύματα και προνοιακές δομές στην Θεσσαλονίκη,

Τετράδια Ψυχιατρικής, Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 1998, Νο 61, σελ. 72

51. Σακελλαρόπουλος Π., «Έφηβος και Ενήλικες: οι επενδύσεις των ενορμήσεων, οι ανακατατάξεις, η επιθετικότητα, οι ταυτίσεις» Τετράδια Ψυχιατρικής, Απρίλιος - Μάιος, Ιούνιος 1997, Νο 58, σελ. 19
52. Στεφανάτος Γεράσιμος, «Από την προσωπική ανακάλυψη στην ψυχοπαθολογία: Ιδιαιτερότητες και εκβάσεις της εφηβείας» Τετράδια Ψυχιατρικής, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 1997, Νο 58, σελ. 28
53. Τσιβρένη Άννα και Σκαπινάκης Πέτρος, «Κατάθλιψη» - Vita, τεύχος 23^ο, Μάρτιος 1999, σελ. 60.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

54. «Παιδαγωγική - Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό», Εκδοτικός Οργανισμός Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Τόμος 4^{ος}, σελ. 2191
55. «Παιδαγωγική - Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό», Εκδοτικός Οργανισμός Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Τόμος 5^{ος}, σελ. 2562
56. «Πάπυρος - Λαρούς - Μπριτάννικα» Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος, τόμος 46^{ος}, σελ. 276
57. «Υδρία», Εταιρεία Ελληνικών Εκδόσεων, τόμος 41^{ος}, σελ. 362

ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

58. Δημοπούλου Λαγώνικα: «Χρησιμοποίηση διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών με ειδικές κατηγορίες προβλημάτων και ατόμων» Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Αθήνα 1994, σελ. 87

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

59. Scranton Counseling Center «About Suicide among young people»
U.S.A. 1990

