

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΣΑΛΑΤΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΜΠΙΜΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	9
1.1. ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ	11
1.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ, ΛΟΓΩ ΤΩΝ	
ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΗΣ ΗΒΗΣ.....	15
2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ. ...	20
2.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ.....	21
2.2. ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ - ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΙΛΗΚΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ	
ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ.....	29
2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	35
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	35
1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	36
2. ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ	36
3. ΜΟΡΦΕΣ – ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	37
4. ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	40
5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	47
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	47
Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛ.ΩΣΗ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	54
1. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	54
2. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΦΗΒΟΥ	55
3.ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ	
ΕΦΗΒΟ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	61
1. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	61
2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	64
2.1. ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	67
2.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	76
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	76
1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	76
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΩΡΗΓΗΣΗ	
ΑΝΤΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.	85
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ	
ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.	87
4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΛΙΘΙΟ.	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....	91
1.ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ.....	91
2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ..	91
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	96
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο 20^{ος} αιώνας σύμφωνα με τον φιλόσοφο Albert Camus έχει χαρακτηριστεί ως αιώνας του φόβου, ενώ από τον ψυχολόγο Rollo May ως ο αιώνας τον άγχους. Μπαίνοντας στον 21^ο αιώνα φαίνεται ότι εγκαταλείπουμε αυτή την εποχή και εισερχόμαστε στην εποχή της κατάθλιψης.

Για την Ελλάδα, ο Μαδιανός μας πληροφορεί ότι στην Αθήνα, η συχνότητα της κατάθλιψης δεν διαφέρει από αυτήν τον Λονδίνου. Η κατάθλιψη λοιπόν αφορά άμεσα ή έμμεσα όλους μας, αφού δύσκολα μπορεί να φανταστεί κανείς ότι υπάρχει άτομο που να μην έχει έρθει σε επαφή, έστω και έμμεσα, με την κατάθλιψη. Είναι λοιπόν φυσικό η κατάθλιψη να αποτελεί συχνά Θέμα συμποσίων και επιστημονικών δημοσιεύσεων, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Η κατάθλιψη είναι συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή, στην τρίτη σειρά μετά τις φοβικές διαταραχές και την κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ.

Ο αντίκτυπος της κατάθλιψης στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα είναι σημαντικός, τουλάχιστον ίσος, αν όχι μεγαλύτερος από τον αντίκτυπο των χρόνιων σωματικών παθήσεων.

Ορισμένοι συγγραφείς και Θεωρητικοί της υγείας δεν δίστασαν, τα τελευταία χρόνια να χαρακτηρίσουν την κατάθλιψη «κοινωνική αρρώστια» και μάλιστα μερικοί μιλούν σήμερα, μετά τη βιομηχανική κοινωνία και την κοινωνία των απολαύσεων, για μια «καταθλιπτική κοινωνία». Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μάλιστα ότι η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών παγκοσμίως παρουσιάζουν αυξητική πορεία, που πιθανότατα σχετίζεται με τις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συνδέονται με την έναρξη και τη διατήρηση της κατάθλιψης.

Κατά την κοινή γνώμη, η κατάθλιψη είναι «η αρρώστια του αιώνα», προϊόν του άγχους, της πλήξης και της έλλειψης ιδανικών στην σύγχρονη κοινωνία και αποτελεί το βασικότερο λόγο της απόφασής μου να ασχοληθώ μ' αυτό το θέμα, το οποίο παρόλο που αποτελεί ένα μείζον σημασίας κοινωνικό πρόβλημα, εντούτοις ακόμα και σήμερα χαρακτηρίζεται ένα θέμα «ταμπού».

Η κατάθλιψη δεν είναι ούτε τρέλα, ούτε αδυναμία χαρακτήρα, είναι μια αρρώστια με πολλαπλά πρόσωπα, που συχνά συνδέεται με την μοναξιά. Βέβαια, η εφηβική κατάθλιψη δεν διακρίνεται εύκολα και είναι ένα δυσδιάγνωστο επικίνδυνο ψυχικό φαινόμενο, διότι την περίοδο αυτή ο έφηβος είναι πιο ανεκτικός με τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο και όταν βασανίζεται από «μέτρια» κατάθλιψη δεν την εξωτερικεύει εύκολα και συμπεριφέρεται φυσιολογικά, αντιθέτως μόνο όταν αυτή γίνει «οξεία» δεν την αντέχει και την αφήνει να εκδηλωθεί.

Έτσι λοιπόν η διάγνωση της κατάθλιψης απαιτεί υπομονή και προσοχή και μόνο ένας ειδικός γιατρός μπορεί να την διαγνώσει.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως κατάθλιψη ορίζεται, μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών.

Η κατάθλιψη λοιπόν αρχικά χαρακτηρίζεται από μια αλλαγή της διάθεσης. Σε ιατρικό επίπεδο, ο παραδεκτός ορισμός είναι μιας «παθολογικής τροποποίησης της φυσιολογικής ποικιλίας της διάθεσης της Θλίψης».

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα τόσο στην ψυχιατρική όσο και στην γενική ιατρική. Η διάγνωση είναι επιβεβλημένη αφού είναι μια κατάσταση που τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, ενώ η μη διάγνωση και αντιμετώπιση της μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ατόμου.

Σε πολλούς ανθρώπους τα Χριστούγεννα συνδέονται με μια διάθεση έντονης λύπης και μοναξιάς. Την Άνοιξη επίσης η κατάθλιψη είναι ένα συχνό φαινόμενο. Το ίδιο συχνά συναντάμε και τις εποχιακές αντιδράσεις όπως λέγονται, δηλαδή μελαγχολικές διαθέσεις, που εμφανίζονται τον ίδιο καιρό κάθε χρόνο, και που προέρχονται από γεγονότα που σε προηγούμενα χρόνια μας προκάλεσαν αναστάτωση.

Αυτή η αντίδραση σε αυτά τα συναισθήματα είναι κάτι που δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο χρόνο και χώρο. Η κατάθλιψη είναι μια διάθεση που μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε και οποτεδήποτε. Λίγες φορές όμως παίρνει πολύ σοβαρή μορφή. Η ρυθμική φύση των αλλαγών της διάθεσης δείχνει πως ένα βιολογικό ρολόι μέσα στο άτομο καθορίζει τις αντιδράσεις του.

Η επίδραση του συναισθήματος στη ζωή του ανθρώπου σε όλες τις φάσεις της αποδεικνύει ποσό άνθρωποι είμαστε σε αυτό και πόσο εξαρτούμαστε ή παρακινούμαστε. Η σιωπή, η ενοχή, η μοναξιά, ο φόβος η αγωνία, είναι συναισθήματα που κυριεύουν την ψυχή του ανθρώπου και αργά ίσως τον οδηγήσουν στην κατάθλιψη.

Η επούλωση του τραύματος αρχίζει από την στιγμή που το άτομο αποφασίζει να κάνει κάτι για τον εαυτό του.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι ψυχικές αρρώστιες διαμέσου των αιώνων - κι άσχετα αν άλλοτε το πνεύμα Θεωρήθηκε ξεχωριστό κι άλλοτε ενωμένο με το σώμα - υπήρξαν πάντοτε δύσκολες και στην κατανόησή τους και στη θεραπεία τους.

Ο όρος «ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ» εμφανίζεται τον 4^ο π.Χ. αιώνα από τον Ιπποκράτη, ο οποίος κατέταξε τους ανθρώπους σε τέσσερις ιδιοσυγκρασίες

- αιματώδη
- χολερικήν
- μελαγχολική και
- Φλεγματική.

Κι ενώ φτάνουμε στον 17^ο-18^ο αιώνα, η ψυχιατρική εμφανίζει προοδευτικά περισσότερες ταξινομήσεις των ψυχικών ασθενειών, ο όρος μελαγχολία», χρησιμοποιείται σχεδόν σαν όρος κάθε ψυχιατρικής ασθένειας.

Ερχόμαστε στον 19^ο αιώνα όπου ο PINEL δημιούργησε για πρώτη φορά ορθές ιατρικές κατατάξεις της ψύχωσης

- 1) Μελαγχολία (διαταραχή διανοητικής λειτουργίας)
- 2) Μανία (υπερβολική νευρική διέγερση)
- 3) Άνοια (διαταραχή της λειτουργίας της σκέψης)
- 4) Ιδιωτεία (εξάλειψη συναισθημάτων και διανοητικών ικανοτήτων)

Το 1899 ο Γερμανός ψυχίατρος EMIL KRUEPELIN καθόριζε τη διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, σαν μιας ανωμαλία στην οποία η αλλαγή στην ψυχική διάθεση είχε πρώτιστη σημασία. Η σκέψη του αρρώστου δηλαδή ήταν ορθή και το περιεχόμενο της σκέψης ακολουθούσε λογικά τη βασική ψυχική διάθεση.

Δεν περιλαμβάνονται όμως όλες οι σοβαρές καταστάσεις κατάθλιψης στην Μανιοκαταθλιπτική κατηγορία.

Οι ψυχίατροι ακολουθώντας το παράδειγμα του KRUEPELIN έκαναν κι άλλες προσπάθειες να διευκρινίσουν τους διάφορους τύπους κατάθλιψης. Το 1905 ο ADOLF MEYER πρότεινε την εγκατάλειψη του μέχρι τότε διαδεδομένου όρου «Μελαγχολία» και την υιοθεσία του όρου ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.

Φτάνοντας στο σήμερα παρατηρούμε πως στην κλινική πράξη και έρευνα, ο όρος ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ έχει χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους και έχει συνεπώς προξενήσει σύγχυση ως προς τη σημασία και την διαγνωστική του αξία. Αυτή η εννοιολογική ασάφεια αντιστακλά μια βαθύτερη ασυμφωνία μεταξύ των ερευνητών ως προς τη φύση και την διάγνωση της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβική ηλικία, είναι η τελευταία φάση ανάπτυξης του ατόμου στην πορεία προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική ηλικία της απόλυτης εξάρτησης από τους γονείς (παροχή κάθε είδους φροντίδας και καθοδήγησης) και την ώριμη ηλικία τον ενήλικου, όσον αναμένεται να είναι ανεξάρτητοι, υπεύθυνοι, αυτοδύναμοι. Εφηβεία λοιπόν, είναι το στάδιο μετάβασης από την ανευθυνότητα και ανωριμότητα τον παιδιού, στην υπευθυνότητα και αναμενόμενη ωριμότητα τον ενήλικου, το οποίο εκτείνεται σε ένα διάστημα 7-8 ετών.

Σύμφωνα με τον Drever, εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται η χρονική περίοδος, από την έναρξη της ήβης μέχρι την ενηλικίωση.

Ο Jersild με τον όρο «εφηβεία» χαρακτηρίζει την περίοδο εκείνη, όπου το εξελισσόμενο άτομο, μεταβιβάζεται από την παιδική στην ώριμη ηλικία, και συμπληρώνει, ότι η συγκεκριμένη αυτή περίοδος δεν οριοθετείται χρονολογικά, εντούτοις όμως, αρχίζει με τα σημεία της ήβης και τελειώνει με την σεξουαλική και πνευματική ωρίμανση.

Ο μεταβατικός χαρακτήρας της εφηβικής ηλικίας, αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο, με ειδικούς αναπτυξιακούς στόχους και γνωρίσματα. Ωστόσο πριν αναφερθούμε στα ειδικά αναπτυξιακά γνωρίσματα της εφηβείας, θεωρείται αναγκαίο, να διευκρινίσουμε την διαφορά μεταξύ «ήβης» και «εφηβείας».

Η ήβη, αναφέρεται στις φυσιολογικές σωματικές μεταβολές μιας περιόδου 2-4 ετών, που παρατηρείται μεταξύ της προεφηβικής και της πρώτης εφηβικής ηλικίας. Η ήβη λοιπόν, είναι ένα βιολογικό φαινόμενο, ενώ η εφηβεία, που αρχίζει σχεδόν μαζί με την ήβη, καλύπτει, εκτός από τις βιολογικές αλλαγές και τις ψυχολογικές μεταβολές που παρουσιάζονται στον έφηβο, στον πνευματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα και που εκτείνεται συνολικά σε μια περίοδο που διαρκεί περίπου 7-8 χρόνια.

Τόσο οι βιολογικές, όσο και οι ψυχολογικές μεταβολές δεν συμβαίνουν στον ίδιο χρόνο και με τον ίδιο ρυθμό σ' όλους τους εφήβους. Αυτό οφείλεται, όχι μόνο λόγω των ατομικών διαφορών που παρατηρείται από

έφηβο σε έφηβο, αλλά και της διαφορετικής κοινωνίας μέσα στην οποία ζει, αναπτύσσεται και εξελίσσεται ο κάθε έφηβος.

Αρκεί να αναφερθούμε στο σημείο αυτό, στην χαρακτηριστική διαφορά που υπάρχει, ανάμεσα στις αναπτυγμένες κοινωνίες και τις πρωτόγονες φυλές, ως προς την διάρκεια της εφηβείας, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα, τις διαφορετικές συνθήκες της μιας και της άλλης κοινωνίας.

Στις πρωτόγονες φυλές, ο έφηβος αναγνωρίζεται ως ώριμος, μόλις είναι ικανός για αναπαραγωγή, με συνέπεια, η απλότητα της ζωής του, να διευκολύνει την προσαρμογή του. Γεγονός όμως, που οδηγεί σε περισσότερες ευθύνες και δικαιώματα.

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες, ο έφηβος θεωρείται ως ώριμος, μόνον όταν έχει αναπτύξει τον σωματικό, πνευματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα. Συνεπώς, οι ευθύνες και τα δικαιώματά του είναι περιορισμένα, δυσκολευοντας, η σύνθετη αυτή ζωή, την προσαρμογή του, συγκριτικά με τον έφηβο των πρωτόγονων φυλών.

Η ήβη, αναφέρεται σε μια περίοδο 2-4 ετών, όπου πραγματοποιούνται βιοσωματικές αλλαγές. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές, τα πρωτεύοντα γνωρίσματα της ήβης, σχετίζονται με τα μέρη του γεννητικού συστήματος, που συμμετέχουν στην αναπαραγωγική λειτουργία, όπως είναι η ωρίμανση των γεννητικών αδένων, η παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων, η λειτουργική προετοιμασία της μήτρας, η ανάπτυξη των οργάνων και των αδένων του άρρενος που χρησιμεύουν για την παραγωγή, διαφύλαξη του σπέρματος. Αλλαγές, που συμβαίνουν στα εσωτερικά όργανα και λειτουργίες, που δεν είναι εμφανείς. Ενώ τα δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης, αναφέρονται σε εξωτερικά - φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά και είναι ορατά. Όπως είναι, η διόγκωση των μαστών στα κορίτσια, η τρίχωση του προσώπου στα αγόρια, η αλλαγή του τόνου της φωνής κ.λ.π., τα οποία συμβάλλουν στην ετερόφυλη έλξη και την σεξουαλική καταλληλότητα.

Η εφηβεία λοιπόν είναι έννοια ευρύτερη της ήβης και εμπεριέχει την ήβη και όπως προαναφέραμε, εκτός από τον βιοσωματικό τομέα ανάπτυξης, καλύπτει επίσης, το νοητικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα έχοντας μια μακρότερη αναπτυξιακή περίοδο από την ήβη.

Όπως προαναφέραμε, η εφηβική ηλικία, έχει μεταβατικό χαρακτήρα, αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο, με ειδικά αναπτυξιακά γνωρίσματα. Είναι η ηλικία, των ραγδαίων αλλαγών, των τόσο έντονων, στον βιοσωματικό, νοητικό, συναισθηματικό, κοινωνικό τομέα.

1.1. ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Πριν αναφερθούμε, στις βιοσωματικές αλλαγές της εφηβικής ηλικίας, ένα θέμα, που κρίνεται αναγκαίο, πρώτα να διευκρινιστεί, είναι η χρονική οριοθέτηση της συγκεκριμένης ηλικίας. Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων της εφηβικής ηλικίας, παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Διάφοροι παράγοντες, όπως το φύλο, η ιδιοσυγκρασία, οι συνθήκες ζωής, καθώς και άλλοι, τους οποίους θα αναλύσουμε παρακάτω, καθορίζουν την αρχή και το τέλος της εφηβείας.

Ως αφετηρία της περιόδου, θεωρείται το χρονικό σημείο, όπου το άτομο γίνεται ικανό για παραγωγή, γεγονός δύσκολο καθορίσιμο, διότι η ικανότητα αυτή σχετίζεται, με την ωρίμανση εσωτερικών οργάνων και λειτουργιών και ως τέλος, το χρονικό σημείο, όσον το άτομο είναι έτοιμο, να αναλάβει το ρόλο τον ενηλίκου.

Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να θεωρήσουμε, ότι βασικά χαρακτηριστικά της έναρξης της εφηβικής ηλικίας, είναι η πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια και η πρώτη έμμηνη ρύση στα κορίτσια. Αυτά τα εξωτερικά γεγονότα, δεν σημαίνει ότι βρίσκονται σε απόλυτη συνάφεια με τις εσωτερικές βιολογικές αλλαγές, διότι έχει διαπιστωθεί, ότι συχνά τα κορίτσια δεν παράγουν ώριμα ωάρια για 1 έως 2 χρόνια μετά την πρώτη έμμηνη ρύση. Όπως επίσης είναι δύσκολο, να προσδιορίσουμε χρονικά το τέλος της εφηβικής ηλικίας, διότι η έννοια της ωριμότητας, έχει σχέση σε μεγάλο βαθμό, από το είδος της κοινωνίας. Σε μια βιομηχανική ταχέως αναπτυσσόμενη κοινωνία, οι ρόλοι των ενηλίκων, είναι πιο ποικίλοι, απαιτητικοί και ασαφείς και αρκετές φορές, είναι αναγκαία η πολυετή εκπαίδευση, ενώ αντίθετα, σε κοινωνίες όπως οι γεωργικές, στις οποίες η διάρκεια της μεταβατικής περιόδου είναι μεγαλύτερη, οι ρόλοι των ενηλίκων, είναι λιγότερο απαιτητικοί και πιο σαφείς. Επομένως, ο χρονικός προσδιορισμός, του τέλους της εφηβικής ηλικίας, είναι θέμα, τοποχρονικά καθορισμένων κοινωνικών δεδομένων.

Ο πολιτισμός λοιπόν, επηρεάζει την χρονική διάρκεια της εφηβείας. Στις δυτικές κοινωνίες, τις τελευταίες δεκαετίες, η εφηβεία, έγινε η περίοδος της ζωής με την μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Υπάρχει σύγχυση, τόσο στους νόμους, όσο και στις άγραφες κοινωνικές συμβάσεις, για το πότε ένα άτομο, είναι ώριμο και υπεύθυνο. Από πότε δηλαδή, μπορεί να έχει στην κατοχή του τραπεζικό λογαριασμό, από πότε, τον επιτρέπεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών από πότε, μπορεί να έχει σεξουαλική επαφή, να πολεμήσει για την πατρίδα του, να παντρευτεί, να έχει δικαίωμα ψήφου, να θεωρείται υπόλογος για ένα ποινικό αδίκημα.

Ωστόσο, τόσο η βιολογική ωρίμανση, όσο και η νοητική ανάπτυξη, ολοκληρώνονται ήδη στο 16^ο ή το αργότερο στο 18^ο έτος. Θα μπορούσε όμως να υποστηριχθεί, ότι η απόκτηση της ψυχοκοινωνικής ωριμότητας, δημιουργεί σύγχυση και ασάφεια, διότι εξαρτάται άμεσα, από τα εκάστοτε κοινωνικά - πολιτισμικά δεδομένα.

Μετά τις παραπάνω διευκρινίσεις, για τους παράγοντες που επηρεάζουν τα χρονικά όρια της εφηβείας, ας εξετάσουμε, τους χρόνους ανάπτυξης των εξωτερικών γνωρισμάτων αυτής της ηλικίας.

Έχει διαπιστωθεί π.χ. ότι η πρώτη έμμηνη ρύση στο μέσο κορίτσι συμβαίνει στο 12^ο ως το 13^ο έτος, ενώ η πρώτη εκσπερμάτωση στο αγόρι συμβαίνει στο 14^ο ως το 15^ο έτος, δηλαδή σε μια χρονική απόσταση 1 έως 2 έτη. Ότι συμβαίνει σε έναν έφηβο, στην ηλικία των 11-12 ετών π.χ., μπορεί να συμβαίνει σε έναν άλλο έφηβο στην ηλικία των 15-16 ετών – πρόωμη ήβη, όψιμη ήβη.

Οι συνθήκες εμμηναρχής στα κορίτσια, έχουν μελετηθεί σ' όλα τα μέρη του κόσμου. Πιστεύεται σινηθως ότι τα κορίτσια στις τροπικές και υποτροπικές χώρες, ωριμάζουν νωρίτερα, απ' ότι στα βορειότερα μέρη. Μετά όμως από έρευνες, διαπιστώθηκε ότι αυτό είναι λάθος. Οι επιδράσεις των κλιματολογικών συνθηκών πιστεύεται ότι είναι έμμεσες και σχετίζονται με το είδος της διατροφής και την μικροβιακή κατάσταση τον περιβάλλοντος.

Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την βιοσωματική ανάπτυξη του εφήβου και κατ' επέκταση τους χρόνους ανάπτυξης των εξωτερικών γνωρισμάτων αυτής της ηλικίας, είναι άμεσα η κληρονομικότητα, το είδος της διατροφής, ο ρόλος των ενδοκρινών αδένων, ενώ έμμεσα οι επιδράσεις των κλιματολογικών συνθηκών και τον μορφωτικού - οικονομικού επιπέδου της οικογένειας.

Οι επιδράσεις της κληρονομικότητας κατά την περίοδο της εφηβείας, είναι εμφανείς κατά κύριο λόγο, στο μέγεθος της απότομης αύξησης του σκελετού και των μυώνων και είναι σε μεγάλο βαθμό γενετικά προκαθορισμένο. Οι διαστάσεις του σώματος που παίρνει ο έφηβος, βρίσκονται σε συστοιχία προς τις διαστάσεις των γονέων του. Σχετικά με τον χρόνο έναρξης της ήβης, η επίδραση της κληρονομικότητας είναι εμφανής. Έχει διαπιστωθεί, ότι μητέρες με πρόωμη έμμηνη ρύση, έχουν κόρες με πρόωμη έμμηνη ρύση. Όπως επίσης και δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης π.χ. προδιάθεση για παχυσαρκία είναι συνδεδεμένη με τις κληρονομικές καταβολές του εφήβου.

Το είδος της διατροφής, παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική ανάπτυξη του εφήβου. Οι ανάγκες σε Θρεπτικές ουσίες, είναι αυξημένες στην περίοδο αυτή. Η παρατεταμένη έλλειψη θρεπτικών ουσιών, μπορεί να προκαλέσει παρεκκλίσεις στην σωματική ανάπτυξη του εφήβου. Επίσης, έχει διαπιστωθεί, ότι το είδος της διατροφής, επηρεάζει το χρόνο εμφάνισης της ήβης: οι πρωτεΐνες επισπεύδουν την ήβη, ενώ οι υδρογονάνθρακες την επιβραδύνουν.

Όπως προαναφέραμε, οι επιδράσεις των κλιματολογικών συνθηκών, πιστεύεται ότι είναι έμμεσες και σχετίζονται με το είδος της διατροφής και την μικροβιολογική κατάσταση του περιβάλλοντος.

Έμμεσες επίσης είναι και οι επιδράσεις του μορφωτικού - οικονομικού επιπέδου της οικογένειας και σχετίζονται περισσότερο με την υγιεινή διαβίωση, το είδος της διατροφής, το είδος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κ.τ.ο. που μπορεί η οικογένεια, να εξασφαλίσει στα μέλη της.

Ιδιαίτερα σημαντικός, για την βιοσωματική ανάπτυξη του εφήβου, είναι ο ρόλος των ενδοκρινών αδένων. Η λειτουργία των ενδοκρινών αδένων και οι βιοσωματικές αλλαγές που προκαλούν οι παραγόμενες ορμόνες, πραγματοποιούνται στα εξής τρία επίπεδα - φάσεις. Στο πρώτο επίπεδο, οι βιοσωματικές αλλαγές αναφέρονται στην δραστηριότητα ενός αδένου που ονομάζεται υπόφυση. Κύριο χαρακτηριστικό της υπόφυσης, είναι ότι παράγει την αυξητική ορμόνη, η οποία ελέγχει το ποσό αύξησης των διαστάσεων του σώματος. Στο δεύτερο επίπεδο, στα αγόρια παράγεται η τεστοστερόνη ενώ στα κορίτσια τα οιστρογόνα, ορμόνες οι οποίες συντελούν στην ωρίμανση των γεννητικών οργάνων και στην ανάπτυξη των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης.

Τέλος στο τρίτο επίπεδο, υπό την επίδραση των παραπάνω ορμονών, εμφανίζονται οι αλλαγές στα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης. Αυτές είναι εν συντομία, οι βασικές αλλαγές στο ενδοκρινολογικό σύστημα, που επηρεάζουν την βιοσωματική ανάπτυξη της εφηβικής ηλικίας.

Η πρώτη εμφανής εκδήλωση της ήβης, είναι η απότομη αύξηση τον ύψους και τον βάρους του σώματος, το λεγόμενο αυξητικό τίναγμα της εφηβείας. Τα αγόρια και τα κορίτσια, διαφέρουν μεταξύ τους στους χρόνους της ανάπτυξης τους. Μέχρι την ηλικία των 10 ετών τα αγόρια είναι ψηλότερα από τα κορίτσια. Από τα 11 έως τα 14 τα κορίτσια παίρνουν το προβάδισμα, διότι ξεκινάνε πιο νωρίς το αυξητικό τίναγμα. Μετά τα 14 τα αγόρια ξαναπαίρνουν το προβάδισμα στο ύψος από τα κορίτσια και αυτό το διατηρούν για πάντα.

Η ανάπτυξη ολοκληρώνεται στα κορίτσια περί το 18^ο έτος και στα αγόρια περί το 20^ο έτος. Στη διαφορετική αυτή χρονική διάρκεια ανάπτυξης των δύο φύλων πιθανότατα να οφείλεται, τουλάχιστον μερικώς, η μεταξύ τους διαφορά στις τελικές σωματικές διαστάσεις. Το αυξητικό τίναγμα για το βάρος είναι πιο έντονο από το ύψος. Στην εφηβεία το βάρος αυξάνεται κατά 50%, ενώ το ύψος αυξάνεται κατά 25%. Τα κορίτσια έχουν σε όλες τις ηλικίες μικρότερες σωματικές διαστάσεις, από ότι έχουν τα συνομήλικα αγόρια, με μόνη εξαίρεση τις ηλικίες μεταξύ 10^ο και 13^ο έτους, γεγονός που οφείλεται στο νωρίτερο αυξητικό τίναγμα των κοριτσιών.

Κατά την έναρξη της εφηβικής ηλικίας, παρατηρείται στο αγόρι αύξηση τον μεγέθους των όρχεων, τον όσχεου και τον πέους ενώ στο κορίτσι, παρατηρείται αύξηση τον στήθους, των ωοθηκών και της μήτρας. Και στα δύο φύλα, παρατηρείται αύξηση του μεγέθους των χεριών, των ποδιών, των ώμων, των γοφών. Τα κορίτσια αναπτύσσουν περισσότερο λιπαρούς ιστούς, ενώ στα αγόρια, παρατηρείται αύξηση των μυϊκών τους ιστών. Τέλος στα αγόρια η ωμοπλάτη διευρύνεται, ενώ στα κορίτσια η λεκάνη.

Τα αναπτυξιακά φαινόμενα της εφηβείας, πραγματοποιούνται σε δύο επιμέρους φάσεις : 1) Στην κυρίως εφηβεία (από το 11^ο έτος έως το 16^ο έτος περίπου), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης, και οι νέες γνωστικές - νοητικές δομές, που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικα και 2) Στην εφηβική νεότητα (από το 16^ο έως το 20^ο έτος περίπου) όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί

στην νέα πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων. Η κυρίως εφηβεία όμως, είναι πιο σημαντική, γιατί συμπίπτει με την κρίση της εφηβικής ηλικίας την περίοδο δηλ. των απότομων και ραγδαίων αλλαγών.

Έφηβος επομένως θεωρείται, το αγόρι ή το κορίτσι, που εγκαταλείπει την παιδική ηλικία και οδηγείται σε μια φάση σωματικής και ψυχικής αναπτύξεως, μετά την οποία, Θα περάσει στην νεότητα και αργότερα στην ωριμότητα.

1.2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ, ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΗΣ ΗΒΗΣ.

Η εφηβεία όπως προαναφέραμε, είναι η περίοδος των απότομων και ραγδαίων εξελίξεων στον βιοσωματικό τομέα, με κορυφαία κατάκτηση την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. Οι βιοσωματικές αυτές αλλαγές, προκαλούν στον έφηβο, ψυχικές μεταβολές, ανησυχίες και φόβους. Οι αλλαγές αυτές στον βιοσωματικό τομέα, που επηρεάζουν άμεσα την ψυχοδυναμική του εφήβου, μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές κατηγορίες : α) Στον καθαρά λειτουργικό τομέα, σε αλλαγές που γίνονται εσωτερικά, β) Στον φυσιολογικό τομέα, σε αλλαγές που γίνονται εξωτερικά.

Στον εσωτερικό - λειτουργικό τομέα, σημαντικό ρόλο, έχουν οι αλλαγές στο ενδοκρινολογικό σύστημα. Οι νέες ορμόνες, επιδρούν στην συμπεριφορά του εφήβου, κατά δύο τρόπους : α) Αλλάζουν την ένταση και τον τόνο των συναισθημάτων και ο έφηβος γίνεται πιο ευσυγκίνητος, αλλάζει η διάθεσή τον, αποκτά υπερευαισθησία, νευρικότητα, συναισθηματική αστάθεια, συναισθηματική υπερένταση, νωθρότητα, κακοκεφιά. β) Οι νέες αυξημένες ποσότητες των ορμονών, συντελούν στην δημιουργία πρωτόγνωρων ενδιαφερόντων και συναισθημάτων, για ειδικά ερεθίσματα, που πριν την εφηβεία ήταν ουδέτερα, όπως π.χ. η σεξουαλική έλξη τον άλλον φύλλου, και η ευαισθητοποίηση του εφήβου σε σεξουαλικά ερεθίσματα, που πριν ήταν ουδέτερα.

Κατά την περίοδο της εφηβείας, η εμφάνιση των νέων ορμονών οδηγούν σε εσωτερικές ωθήσεις, πιο έντονες από την παιδική ηλικία. Οι ερωτοτροπικές εκδηλώσεις, παύουν να είναι συνδεδεμένες με τον απτικό διερεθισμό των γεννητικών οργάνων, όπως συνέβαινε πριν την εφηβεία και

αντικαθιστώνται από πολλά άλλα ερεθίσματα, όπως : η ονειροπόληση, η θεά του γυμνού σώματος, οι συζητήσεις για σεξ, η ζωγραφική γυμνού, χορός, κινηματογραφικά και θεατρικά έργα

Στον εξωτερικό - φυσιολογικό τομέα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, οι αλλαγές στο σχήμα και στις διαστάσεις τον σώματος. Απέναντι σ' αυτές τις αλλαγές, τόσο πρόσωπα τον περιβάλλοντος, όσο και ο ίδιος ο έφηβος, παρακολουθούν και αντιδρούν με τον δικό τους τρόπο. Οι αλλαγές στο σώμα τον εφήβου, είναι τόσο βαθιές και ταχύτατες, που δυσκολεύει το άτομο να ενσωματώσει τα νέα στοιχεία στην παλιά τον εικόνα, με συνέπεια να δημιουργούνται αρνητικά βιώματα και ψυχικές εντάσεις. Η νέα μορφή που παίρνει ο έφηβος, δημιουργεί επίσης ποικίλες αντιδράσεις και σχόλια από πρόσωπα του περιβάλλοντος όπως π.χ.. θαυμασμό ή αποστροφή, επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά το αυτοσυνείδημα, διαμορφώνοντας ένα διαφορετικό σύστημα ψυχολογικής αυτοάμυνας στον έφηβο.

Στην γενικότερη εικόνα που σχηματίζει ο έφηβος για τον εαυτό του, το σώμα κατέχει την κεντρική Θέση. Συχνά στην αξιολόγηση για το σώμα του, χρησιμοποιεί ως πρότυπο σύγκρισης, ορισμένα κοινωνικά στερεότυπα, ιδανικά πρότυπα κάθε γενιάς σωματικής κατασκευής και εμφάνισης, που είναι ωνήθως δημοφιλείς αστέρες του καλλιτεχνικού χώρου. Αποτέλεσμα μιας τέτοιας σύγκρισης, δημιουργεί κινδύνους για ανησυχία, απογοήτευση, άγχος στον έφηβο, όταν διαπιστώνει ο ίδιος συγκρινόμενος, ότι παρουσιάζει μεγάλες διαφορές και αποκλίσεις σωματικά, από την κυρίαρχη ιδανική στερεοτυπική εικόνα του.

Σοβαρές επίσης ανησυχίες και φόβοι δημιουργούνται στον έφηβο και από τα δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης, που έχουν σχέση, με το δέρμα, όπως η ακμή, η υπερτρίχωση (κυρίως στα κορίτσια) κ.τ.λ. Το αγόρι π.Χ.. ανησυχεί για την έλλειψη τρίχωσης του προσώπου, για την παιδική φωνή, για την ακμή, χαρακτηριστικά όμως, που αλλάζουν προς το τέλος της ανάπτυξης.

Οι πιο συνήθεις ψυχολογικές αντιδράσεις του εφήβου, ως συνέπεια της επερχόμενης ήβης, της πρώτης δηλαδή φάσης της εφηβείας, Θα αναφερθούν παρακάτω ως γενικές πληροφορίες, για την κατανόηση των προβλημάτων των εφήβων. Δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί, ότι όλοι οι έφηβοι παρουσιάζουν όλα αυτά τα χαρακτηριστικά.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι αυτά τα χαρακτηριστικά, συμπλέκονται και διαμορφώνονται με τα εκάστοτε κοινωνικά δεδομένα.

α) Επιθυμία για μοναξιά.

Με την είσοδο του ατόμου στην εφηβεία, σχεδόν απότομα, ο έφηβος εγκαταλείπει, έστω και για λίγο χρονικό διάστημα, τους φίλους του και κλείνεται στον εαυτό του. Συνήθως διαπληκτίζεται με τους φίλους του, επιθυμεί να μείνει μόνος του. Επίσης, παρατηρείται απότομη απόσυρση από οικογενειακές δραστηριότητες, εκδρομές, οικογενειακές εορτές, Θερινές διακοπές.

β) Απροθυμία για εργασία.

Ο έφηβος, συχνά δείχνει κουρασμένος και απρόθυμος στις υποχρεώσεις του, τόσο στο σπίτι, όσο και στο σχολείο, γεγονός το οποίο, οφείλεται κατά κύριο λόγο, στην ταχεία βιοσωματική ανάπτυξη του, η οποία όσο πιο έντονη είναι, τόσο περισσότερο απορροφά μέρος της διαθέσιμης ενεργητικότητάς του.

γ) Αδεξιότητα.

Η απότομη και ανισομερής αύξηση τον σώματος και κυρίως των άκρων, έχει ως συνέπεια, ο έφηβος να παρουσιάζεται αδέξιος και να ελέγχει δύσκολα τις κινήσεις του, κυρίως όταν το αυξητικό τίναγμα του, είναι ταχύτερο.

δ) Υπερκινητικότητα - ανησυχία.

Ο έφηβος βιώνει μια υπερένταση. Καθώς το σώμα του αλλάζει, αρχίζει να ανακαλύπτει νέα ενδιαφέροντα πού θα τον ικανοποιήσουν. Παρουσιάζει υπερκινητικότητα. Δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του σε ένα έργο και κινείται ασταμάτητα. Η υπερκινητικότητα του εφήβου, έχει οργανική βάση και οφείλεται στην γρήγορη και ανώμαλη ανάπτυξη η οποία τον δημιουργεί ένταση. Η υπερκινητικότητα, είναι επίσης επακόλουθο της υπερσυναισθηματικότητας και ευσυγκινησίας, τα οποία ο έφηβος, όσο περισσότερο προσπαθεί να τα ελέγξει, τόσο περισσότερο αυξάνεται η υπερκινητικότητά του.

ε) αυξημένη συναισθηματικότητα

Χαρακτηριστικές συναισθηματικές καταστάσεις της περιόδου αυτής, είναι η κακοκεφιά, η σκυθρωπότητα και η τάση του εφήβου να ξεσπάει σε κλάματα με την παραμικρή αφορμή. Ακόμα και την απλή συμβουλή των γονέων, ο έφηβος την εκλαμβάνει ως κριτική. Τα αγόρια είναι ευέξαπτα, ευερέθιστα διακατέχονται από μελαγχολία, κακοκεφιά, πληγώνονται εύκολα και θίγεται με το παραμικρό ο εγωισμός τους. Τα κορίτσια συχνά ξεσπούν σε υστερικά κλάματα και είναι ευσυγκίνητα ιδίως προς τους οικείους τους. Καθώς όμως ο έφηβος αναπτύσσεται σωματικά, περιορίζονται οι συναισθηματικές εξάρσεις, οι οποίες είναι επακόλουθο της διατάραξης της ισορροπίας των ορμονών και επέρχεται σταδιακά συναισθηματική ηρεμία.

στ) Κοινωνική ανταγωνιστικότητα - Εχθρική στάση προς τους άλλους.

Η στάση τον εφήβου, στις σχέσεις τον με τους άλλους, είναι εχθρική. Ανταγωνίζεται τους φίλους του και πηγαίνει αντίθετα με τις επιθυμίες τους. Δεν είναι συνεργάσιμος, διαφωνεί και προβάλλει αντιρρήσεις. Στην οικογένεια, φιλονικεί με τα αδέρφια του και ασκεί αυστηρή κριτική προς την μητέρα του. Γενικά η συμπεριφορά του, είναι προβληματική, αλλά προς το τέλος της εφηβείας, το άτομο γίνεται πιο κοινωνικό και συνεργάσιμο.

ζ) Ανταγωνισμός των φύλων. Εχθρική στάση προς το άλλο φύλο.

Όταν το άτομο εισέρχεται στην ήβη, υπάρχει ανοιχτή εχθρότητα και κριτική μεταξύ των δύο φύλων. Μεγαλύτερη αποστροφή δείχνουν τα κορίτσια απέναντι στα αγόρια, παρά το αντίθετο και κυριαρχούν οι ομόφυλες ομάδες συνομηλίκων. Η αποστροφή αυτή όμως, είναι προσωρινή και σύντομα αναπτύσσεται το ενδιαφέρον για ετερόφυλη συναναστροφή.

η) Αντίθεση προς κάθε μορφή εξουσίας.

Ο έφηβος, βρίσκεται σε συνεχή διαμάχη και εναντίωση προς κάθε μορφής εξουσίας. Στην οικογένεια, εκδηλώνουν αντίσταση σε γονείς, πού είναι περιοριστικοί. Στο σχολείο αρκετές φορές, υπάρχει αδιαφορία για το μάθημα, αμέλεια, αγένεια, προσπαθώντας μ' αυτό τον τρόπο ο έφηβος, να εκδηλώσει εναντίωση προς την σχολική εξουσία.

θ) Υπεραπασχόληση με σεξουαλικό θέμα. Έντονα γενετήσια ενδιαφέροντα.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο με την ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων και την εμφάνιση των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης, έχουν ως συνέπεια, την απασχόληση του εφήβου με γενετήσια ενδιαφέροντα. Οι κυριότερες από τις δραστηριότητες του είναι : η παρατήρηση των μελών του σώματος του και η σύγκριση με συνομήλικα άτομα του ίδιου φύλου, η διερεύνηση των γεννητικών οργάνων, ο αυτοερωτισμός και η αναζήτηση σε λεξικά εννοιών και όρων για το σεξ.

ι) Έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Ο έφηβος, κυριαρχείται από αβεβαιότητα και ανασφάλεια · συναισθήματα τα οποία πηγάζουν, από τις ανησυχίες του εφήβου για τη σωματική του εμφάνιση και σεξουαλική του καταλληλότητα. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης και το χαμηλό αυτοσυναίσθημα οφείλεται κυρίως, στην πίστη που δέχεται από το περιβάλλον του, το οποίο, είναι τώρα πιο απαιτητικό. Ο έφηβος, φοβούμενος μήπως και δεν μπορέσει να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του, αρνείται και επαναστατεί. Πολλές μορφές παραπτωματικής συμπεριφοράς εφήβων, είναι συνέπεια κυρίως, αυτής της έλλειψης αυτοπεποίθησης.

ια) Έντονο αίσθημα ντροπής.

Κατά την περίοδο της εφηβείας, τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια, δείχνουν υπερβολική ντροπαλότητα σχετικά με τα γενετήσια θέματα. Νιώθουν άσχημα και ντρέπονται να γδυθούν μπροστά στους άλλους στο σπίτι, ακόμα και για ιατρική εξέταση. Το έντονο αυτό αίσθημα ντροπής, είναι επακόλουθο των ραγδαίων αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα του εφήβου. Οι αλλαγές, που προσπαθεί ο έφηβος να κρατήσει μυστικές, διότι φοβάται ότι θα αποτελέσουν αντικείμενο αρνητικών σχολίων, αν υποπέσουν στην αντίληψη των άλλων.

ιβ) Ονειροπόληση.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των εφήβων είναι τέλος και η ονειροπόληση, η οποία αποτελεί, μια από τις πιο προσφιλείς ενασχολήσεις του. Οι έφηβοι αισθάνονται ανακούφιση με τις ονειροπολήσεις, από πιεστικές, συναισθηματικές καταστάσεις. Οι πολύ συχνές

ονειροπολήσεις όμως, δεν αποτελούν φυσιολογική κατάσταση και μπορεί να επιτείνουν την τάση του εφήβου για απομόνωση, τον οδηγούν έξω από την πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η κοινωνική του προσαρμογή.

Γενικά η ήβη, είναι μια δύσκολη περίοδος. Τρεις είναι οι βασικοί παράγοντες που κάνουν τον έφηβο δυστυχημένο. Ο πρώτος, είναι η δομή του σώματος και γενικότερα η εμφάνιση που δεν τον ικανοποιεί ιδιαίτερα. Ο δεύτερος, είναι η παράδοξη συμπεριφορά του από την οποία δεν μένει ικανοποιημένο το περιβάλλον του και τέλος η χαμηλή του απόδοση γενικά.

2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.

Κατά την εφηβεία η εξάρτηση από τους γονείς, οι οποίοι μέχρι τότε αποτελούσαν την κύρια πηγή της συναισθηματικής τροφής του εφήβου μειώνεται, οι συναισθηματικοί δεσμοί χαλαρώνουν και ξεκινάει η διεργασία της ανεξαρτητοποίησης του εφήβου, με αναζήτηση νέων αντικειμένων αγάπης έξω από την οικογένεια.

Για τους γονείς η είσοδος του παιδιού τους στην εφηβεία, συμβολικά σημαίνει ότι το χάνουν. Διότι το συνεργάσιμο και λογικό παιδί που τους θαύμαζε και με αντιδράσεις που τους ήταν προβλέψιμες, αντικαθίσταται από τον έφηβο που είναι αντιρρησίας, ακατάστατος, απροσδόκητος, ευερέθιστος, κριτικός ή ακόμα και σαρκαστικός, επιδιώκοντας την απομάκρυνση από τα γονεϊκά αντικείμενα, τα οποία τείνει να υποκαταστήσει, με την προσκόλληση στην ομάδα των συνομηλίκων του. Αυτή η ομάδα, θα αποτελέσει την γέφυρα για την μετάβαση από τις εξαρτημένες σχέσεις με τους γονείς, στην δόμηση ταυτότητας και στην ανάπτυξη ανεξάρτητων σχέσεων με εξωτερικά αντικείμενα.

Η παρέα λοιπόν, είναι η ομάδα, όπου ο έφηβος θα επενδύσει όλο το συναισθηματικό του φορτίο, είναι αυτή που θα τον στηρίξει και θα τον λυτρώσει από την κλονισμένη του αυτοπεποίθηση. Μέσα σε αυτή, θα μπορέσει να επιχειρήσει νέες προσπάθειες και να δοκιμάσει αρχικά τις ικανότητες και τα όρια του.

Οι ομάδες αυτές, έχουν την τάση να δημιουργούνται, με βάση τη γειτονιά ή το σχολείο, το οποίο αποτελεί από συναισθηματικής απόψεως, ένα σπουδαίο μεταβατικό χώρο ανάπτυξης του εφήβου, μεταξύ της οικογένειας και της κοινωνίας. Είναι ο χώρος, όπου μέσα από παρέες, θα ανταλλάγουν εμπειρίες και θα διαμορφωθούν πρότυπα ζωής για τους εφήβους.

Πέρα όμως από τις ομάδες των συνομηλίκων και το σχολείο, ο έφηβος εντάσσεται και σε ένα πλήθος, σε μια κοινωνία κοινή για όλες τις χώρες του δυτικού πολιτισμού, όπου αναζητεί μια ταυτότητα διαφορετική από αυτή που πρεσβεύουν οι ενήλικες. Εκφράζει την αντίθεση του στον κατεστημένο κόσμο των ενηλίκων και δημιουργεί μια υποκουλτούρα, βασισμένη στα χαρακτηριστικά και τις επιθυμίες του εαυτού του.

2.1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

Η οικογένεια ως γνωστόν, είναι το πρώτο κοινωνικό κύτταρο και αποτελεί το καταλληλότερο περιβάλλον για την κοινωνικοποίηση του ατόμου, καθώς και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Δυστυχώς όμως στις προσδοκίες για ορθή κοινωνικοποίηση και αγωγή παιδιών πολλές φορές συμβαίνει, να μην ανταποκρίνεται η οικογένεια.

Μελέτες, χρησιμοποιώντας ειδικές ψυχολογικές μετρήσεις και στατιστικές τεχνικές, πάνω στις σχέσεις γονέων και παιδιών, έχουν περιορίσει τις γονεϊκές στάσεις, σε λίγες βασικές διαστάσεις. Υπάρχουν λοιπόν:

α)στάσεις που από την μία έχουν την «θερμότητα»(αγάπη) και από την άλλη την απόρριψη (εχθρότητα).

β)στάσεις που στο ένα άκρο έχουν τον «περιορισμό»(έλεγχο) και στο άλλο την «παραχωρητικότητα» (ενθάρρυνση αυτονομίας).

Βέβαια οι στατιστικές συσχετίσεις που θα αναφέρουμε, δείχνουν μόνο τάσεις. Τίποτα δεν είναι απόλυτο στη σχέση μεταξύ γονεϊκών στάσεων και συμπεριφοράς, διότι οι σχέσεις σε κάθε οικογένεια, είναι πολύπλοκες και πολύπλευρες.

Ωστόσο, γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με τον έλεγχο, επιβάλουν περιορισμούς, είναι υπερπροστατευτικοί, κτητικοί ή υπερυποχωρητικοί προς το παιδί.

Για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου, η γονεϊκή φροντίδα, αναμφισβήτητα παίζει σπουδαίο ρόλο, όμως η ρήση κλειδί είναι, το «παν μέτρον άριστον». Την τάση που παρουσιάζουν οι υπερπροστατευτικοί γονείς είναι, άλλοτε να κυριαρχούν στα παιδιά τους και άλλοτε να υποτάσσονται σε αυτά. Μια στάση κυριαρχική, μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά εξαρτημένα, υποτακτική συμπεριφορά από την πλευρά του εφήβου.

Η μη αποδέσμευση του εφήβου, ενώ βρίσκεται σε προχωρημένη εφηβική ηλικία, είναι σφάλμα και γίνεται από πολλούς Έλληνες γονείς.

Γονείς που δείχνουν σε προέφηβους υπερβολική αγάπη και τους τα δίνουν όλα έτοιμα, δεν είναι ψυχικά προετοιμασμένοι να δεχθούν στο μέλλον, την επιθυμία των νέων για ανεξαρτοποίηση. Πολλές φορές ο δεσμός μεταξύ τους, είναι τόσο έντονα συναισθηματικός, που συνηθισμένοι οι έφηβοι να τα δέχονται όλα έτοιμα, δεν επιζητούν και οι ίδιοι την ανεξαρτησία τους. Η υπερβολική αγάπη τους δένει τόσο πολύ, ώστε τελικά ούτε οι γονείς, ούτε οι έφηβοι, να θέλουν την αποδέσμευση. Το αποτέλεσμα είναι, οι έφηβοι να είναι εντελώς ανίκανοι να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τα προβλήματα της ζωής. Και όταν ακόμα αποφασίζουν και δημιουργήσουν δική τους οικογένεια, να μένουν εξαρτημένοι από τους γονείς τους.

Ένας δεύτερος γονεϊκός τύπος συμπεριφοράς, είναι αυτός που συνδυάζει την αγάπη με την παραχωρητικότητα. Οι γονείς αυτοί, χαρακτηρίζονται από μια στάση αποδοχής στον έφηβο, συνεργατικότητα και δημοκρατικότητα.

Είναι γεγονός πως πολλοί γονείς που ενθαρρύνουν τα παιδιά τους από μικρή ακόμη ηλικία να αποκτήσουν ανεξαρτησία στις ενέργειες τους, εκφράζουν πολλές φορές την δυσανασχέτηση τους όταν αυτά τα παιδιά στρέφονται προς τους μεγάλους για συμβουλές και βοήθεια. Η επιθυμία αυτή των γονέων για προοδευτική ανάληψη πρωτοβουλιών και ευθυνών από τα παιδιά τους, αποτελεί ορθή τακτική.

Οι γονείς αυτοί που άρχισαν την προσπάθεια για ανεξαρτησία στις ενέργειες, πρωτοβουλίες και υπευθυνότητες στα παιδιά τους από μικρή ηλικία, δύσκολα θα αντιμετωπίσουν προστριβές, όταν αυτά θα φτάσουν στο στάδιο της εφηβείας.

Οι παραχωρητικοί γονείς, καλλιεργούν μια στάση αποδοχής και κατανόησης απέναντι στις ορμές, τις επιθυμίες και τις ενέργειες των εφήβων. Μέσα σε πνεύμα δημοκρατικό συσκέπτονται μαζί τους, συζητούν τα προβλήματα τους, αποφασίζουν από κοινού τι είναι πιο φρόνιμο να γίνει και δίνουν ερμηνείες για τους οικογενειακούς κανόνες. Σε μια τέτοια ατμόσφαιρα, χωρίς αμφιβολία, οι έφηβοι βοηθιούνται, ώστε να καταστούν υπεύθυνες προσωπικότητες, άνθρωποι με ελεύθερο πνεύμα. Οι γονείς με τη σειρά τους, ενθαρρύνοντας το διάλογο, διαφωτίζουν τους λογικούς ισχυρισμούς που βρίσκονται πίσω από τις στάσεις, τις ενέργειες, όσο και πρωτοβουλίες των εφήβων, επιτρέποντας έτσι να φτάσουν με τις δικές τους δυνάμεις (οι έφηβοι) , πιο προετοιμασμένοι στην τελική φάση, που είναι η πλήρη αποδέσμευση.

Οικογένειες εφήβων λοιπόν που τις χαρακτηρίζει αυτό το είδος της δημοκρατικής ατμόσφαιρας, δεν μπορεί, παρά να ανήκουν σε μια ψυχολογικά «υγιέστερη» ομάδα, με εφήβους ικανούς να αγωνιστούν μόνοι τους στην ενήλικη ζωή. Κύριος λόγος που οι οικογένειες αυτές καταφέρνουν σε γενικές γραμμές να αντιμετωπίζουν με επιτυχία διάφορα προβλήματα της καθημερινής ζωής, είναι ίσως η ικανότητα να διατηρούν σε κάποια επίπεδα την αγάπη και τον έλεγχο, ακόμη και όταν εμπλέκονται σε φυσιολογικές συγκρούσεις.

Ο συνδυασμός απόρριψης και ελέγχου, αποτελεί ένα ακόμα γονεϊκό τύπο συμπεριφοράς. Οι γονείς αυτής της κατηγορίας, χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά αυταρχική, απολυταρχική, ακόμα και ανταγωνιστική προς τα παιδιά τους.

Γονείς αυτού του τύπου συμπεριφοράς, έχουν ένα δικό τους άκαμπτο κώδικα διαγωγής, σύμφωνα με τον οποίο προσπαθούν να διαμορφώνουν, να ελέγχουν και να αξιολογούν τις στάσεις του εφήβου. Συνήθως αυτός ο κώδικας διαγωγής, είναι απόρροια θρησκευτικών και κοινωνικών αντιλήψεων. Η υπακοή λαμβάνεται ως αρετή, ενώ πράξεις ή πεποιθήσεις εφήβου, όταν έρχονται σε σύγκρουση με αυτά που πρεσβεύουν οι γονείς του, τότε επιβάλλονται συνήθως αυστηρές τιμωρίες, με σκοπό να χαλιναγωγηθεί η ισχυρογνωμοσύνη του.

Στις οικογένειες αυτού του γονεϊκού τύπου αποθαρρύνεται ο διάλογος, διότι ο έφηβος θα πρέπει να αποδεχτεί ως μόνο σωστό και απόλυτο το γονεϊκό λόγο.

Η σωματική τιμωρία, αποτελεί το μέσο για την επιβολή των αυστηρών κανόνων σε περίπτωση ανυπακοής, γεγονός που τείνει να κάνει τον έφηβο, πιο εξαρτημένο και ταυτόχρονα πιο επαναστατικό.

Έφηβος, με αυταρχικούς γονείς, τείνει να αποσύρεται από καταστάσεις που θεωρεί δύσκολες, λόγω έλλειψης αυτοπεποίθησης, καθώς και στέρησης της ικανότητας να αντιμετωπίσει ρεαλιστικά τα προβλήματα του, με ταυτόχρονη τάση να αποτυγχάνει ή να καθυστερεί να αποδεχθεί τις ευθύνες του ενήλικου στο μέλλον.

Αυτοί οι γονείς που δείχνουν μεγάλη αυστηρότητα προς τα παιδιά τους, δεν είναι και οι ίδιοι ψυχικά προετοιμασμένοι, να δεχθούν την επιθυμία των εφήβων για ανεξαρτητοποίηση. Συνηθίζουν τα παιδιά τους σε πλήρη εξάρτηση από αυτούς, συνεπώς το θέμα χειραφέτηση - ανεξαρτητοποίηση να θεωρείται δύσκολη υπόθεση και ο νέος να αποκτά πιθανόν προβλήματα προσαρμογής στην ευρύτερη κοινωνία και ίσως να γίνει ή ένας υποτελής ή ένας σκληρός συμπολίτης.

Τέλος, γονεϊκή στάση που συνδυάζει την απόρριψη με την παραχωρητικότητα, διαμορφώνει γονείς απόμακρους, αδιάφορους, με εχθρική και περιφρονητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους.

Γονείς που ενδιαφέρονται ελάχιστα για τα παιδιά τους, με στάσεις υπερβολικά φιλελεύθερες ή ακόμα και αδιάφορες, μπορεί αυτή τους η απόρριψη, να οδηγήσει την ψυχολογική ανεξαρτησία των παιδιών τους σε σοβαρό κίνδυνο.

Φτάνοντας μερικοί έφηβοι στο σημείο, να πιστεύουν ότι δεν αξίζουν και πως η ίδια η ύπαρξη τους, είναι αυτή που κάνει δυστυχείς τους γονείς τους.

Οι γονείς αυτοί, συχνά αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στις προσπάθειες των παιδιών τους για επικοινωνία ή στις απαιτήσεις τους για αναγνώριση των απόψεων τους. Ο αυθόρμητος λόγος και η αυτοέκφραση, είναι περιορισμένοι σ' αυτές τις οικογένειες, ενώ οι δηλώσεις των γονέων παίρνουν τη μορφή περισσότερο παρεμβάσεων παρά απαντήσεων.

Δεν είναι λίγοι επίσης οι έφηβοι, που νιώθουν απέχθεια για τους γονείς τους λόγω της αδιαφορίας τους. Γεγονός που πιθανόν να δυσκολέψει τις σχέσεις των νέων με άλλα άτομα της κοινωνίας, γενικεύοντας την τάση απέχθειας προς τους γονείς τους, μισώντας τους συμπολίτες τους και μη έχοντας εμπιστοσύνη σ' αυτούς, να γίνονται απροσάρμοστα άτομα.

Πέραν των άνω γονεϊκών τύπων συμπεριφοράς οι δυσμενέστεροι παράγοντες οι οποίοι αφαιρούν από την οικογένεια τις προσδοκίες για ορθή κοινωνικοποίηση και αγωγή των παιδιών είναι οι εξής :

α) Ο θάνατος του ενός συζύγου και ιδιαίτερα της μητέρας, κυρίως όταν αυτό συμβαίνει κατά την διάρκεια που το παιδί τους βρίσκεται στο κρίσιμο στάδιο των πέντε πρώτων χρόνων του, που έχει ανάγκη τόσο πολύ την αγάπη και την στοργή της μητέρας. Ακόμα πιο τρομερό χτύπημα για τα παιδιά και τους εφήβους, αποτελεί ο θάνατος και των δύο γονέων. Σύμφωνα με μελέτες άτομα που έχασαν τον ένα ή και τους δύο γονείς, κατά ένα μεγάλο ποσοστό αποτυχαίνουν στις εξετάσεις των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και οδηγούνται στην αλητεία, την εγκληματικότητα, την επαιτεία, ακόμα και την πορνεία.

β) Ισοδύναμος σχεδόν αρνητικός παράγοντας με τον θάνατο του ενός συζύγου, αποτελεί το διαζύγιο των γονέων, το οποίο δημιουργεί στα παιδιά ψυχικά τραύματα. Οι στατιστικές λένε, πως οι μισοί περίπου από τους ανήλικους εγκληματίες, είναι παιδιά διαζευγμένων οικογενειών.

γ) Η ανέχεια, καθώς και η μεγάλη ευχέρεια της οικογένειας, αποτελούν επίσης, δυο αρνητικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του παιδιού. Διότι από τη μια η ανέχεια δεν δημιουργεί τις ίδιες ευνοϊκές προϋποθέσεις συναγωνισμού του παιδιού με τους συνομήλικους του. Όμως και η μεγάλη ευχέρεια καθίσταται επικίνδυνη, γιατί το παιδί συνηθίζει στη μαλθακή ή άτακτη ζωή.

δ) Η μη αποδεκτή ζωή των γονέων. Η ανήθικη και προκλητική πολλές φορές ζωή των γονέων, άλλοτε η διχόνοια ακόμα, δημιουργούν τρομερές συνέπειες με τραύματα στον ψυχικό κόσμο των παιδιών και των εφήβων, που παίρνουν τα χειρότερα μαθήματα για τη ζωή.

Για να αποφευχθούν όλοι οι παραπάνω δυσμενείς παράγοντες, που αφαιρούν από την οικογένεια τη δυνατότητα θετικής κοινωνικής και συνολικής αγωγής, κρίνεται αναγκαία η συνεργασία του σχολείου με τους συλλόγους γονέων μέσα από οργανωμένες συγκεντρώσεις, όπου θα αναπτύσσονται από ειδικούς θέματα ψυχολογίας και αγωγής παιδιών και εφήβων σχέσεις εκπαιδευτικών, γονέων, παιδιών ' γονείς ως πρότυπα μίμησης ' διαφώτιση των παιδιών από τους γονείς, κ.λ.π., με σκοπό να διαπαιδαγωγηθούν σωστά οι ίδιοι οι γονείς.

Η ορθή διαπαιδαγώγηση των εφήβων, εξυπηρετείται σε μεγάλο βαθμό, από την απλή υγιεινή, ηθική, κοινωνική και λοιπή ζωή των γονέων, οι οποίοι αποτελούν παραδείγματα μίμησης για τους εφήβους, αυτών που βλέπουν να συμβαίνουν μέσα στο σπίτι, γεγονός που είναι απόλυτα φυσιολογικό. Συνεπώς θα πρέπει οι γονείς να πεισθούν, ότι προσφέρουν την πιο χρήσιμη υπηρεσία στους εφήβους, όταν γνωρίζουν (οι γονείς) και έχουν τα «εφόδια» για την ορθότερη κοινωνικοποίηση και αγωγή τους (εφήβων).

Στην προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία, κεντρικός είναι ο ρόλος της «απώλειας», τόσο για τον ίδιο, όσο και για τους γονείς του. Ο έφηβος πενθεί για την απώλεια των χαμένων αντικειμένων της παιδικής ηλικίας, ενώ ο γονιός για την απουσία του γονεϊκού ρόλου, μέσα από την απομάκρυνση του εφήβου.

Η διαδικασία της απο-ιδανικοποίησης, καθώς επίσης και ο θρήνος του εφήβου, λόγω της απώλειας των βρεφικών αντικειμένων αγάπης, αποτελούν δύο επώδυνες διαδικασίες, οι οποίες μπορούν να ξεπεραστούν ή όχι, ανάλογα με την στάση των γονιών, οι οποίοι παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο σ' αυτά τα ζητήματα.

Η διαδικασία της απο-ιδανικοποίησης καθίσταται πιο δύσκολη και επώδυνη, όσο εξακολουθούν να νιώθουν μεγάλη την ανάγκη οι γονείς, να αποτελούν τα κεντρικά πρόσωπα στη ζωή του εφήβου. Προηγούμενες στερήσεις επίσης, είναι δυνατόν να δυσκολέψουν και για τον έφηβο και για τους γονείς του, την διαδικασία απο-ιδανικοποίησης. Συνεπώς γονείς, που οι ίδιοι στερήθηκαν την δυνατότητα χειραφέτησης στα εφηβικά τους χρόνια, είναι πιθανόν να μην ενθαρρύνουν την τάση χειραφέτησης των παιδιών τους, εμφανίζοντας μ' αυτόν τον τρόπο μια παθολογική κατάσταση.

Ο γονιός λοιπόν, μπορεί να βλέπει με ευχαρίστηση αλλά και φθόνο την άνθηση του εφήβου, με αποτέλεσμα να φέρεται αντιφατικά : να χαίρεται για την ανάπτυξη του εφήβου, ενώ παράλληλα κάνοντας απολογισμό της δικής του ζωής, να βλέπει με πόνο πράγματα που ο ίδιος δεν είχε, να έχουν τα παιδιά του, γεγονότα που συνεγείρουν τον φθόνο του γονέα, που όταν είναι έντονος, ακολουθείται συνήθως αλλοπρόσαλλη και αντιφατική συμπεριφορά.

Βέβαια δεν είναι μόνο οι γονείς αυτοί που καθορίζουν τον ρυθμό χειραφέτησης των εφήβων, αλλά και μια σειρά από άλλους παράγοντες όπως : το γενικότερο κλίμα που επικρατεί στο περιβάλλον που ζει, η θέση

του στην οικογένεια, αν είναι έφηβος ή έφηβη, η φυσική και ψυχική του κατάσταση, κ.λπ. Τα αγόρια συνήθως χειραφετούνται πιο νωρίς από τα κορίτσια της ίδιας οικογένειας. Παιδιά επίσης με ικανοποιητική σωματική διάπλαση, διευκολύνονται στην προσπάθεια χειραφέτησης τους.

Έρευνες απέδειξαν, πως όσοι χειραφετήθηκαν κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, εξακολουθούσαν και ως ώριμοι να είναι ανεξάρτητοι, ενώ όσοι δεν χειραφετήθηκαν και παρέμειναν εξαρτημένοι στην διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, ζητούσαν αυτή την εξάρτηση και αργότερα.

Κατά τον Horrocks ούτε η πρόωμη, ούτε η καθυστερημένη χειραφέτηση εξυπηρετούν. Η προσπάθεια χειραφέτησης, θα πρέπει να είναι σταδιακή. Να αρχίζει από την παιδική ηλικία και να ολοκληρώνεται προς το τέλος της εφηβείας, για να είναι σταθερή και ανώδυνη.

Αναφορικά με τις διαδικασίες της απο-ιδανικοποίησης και τις σχέσεις του εφήβου με τους γονείς του, κρίνεται αναγκαίο στην παρούσα περίοδο μια επώδυνη ίσως, μετατροπή της εικόνας που έχει ο γονιός για το παιδί του και αντίστροφα.

Οι γονείς από τη μια μεριά, ενδέχεται να επιθυμούν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν κάποια δικά τους πρότυπα και ιδανικά, ενώ ο έφηβος από την άλλη, μπορεί να νιώθει απογοήτευση από τους γονείς του, επειδή λίγο τον καταλαβαίνουν. Γεγονός που ίσως να οδηγήσει σε έντονες συγκρούσεις ανάμεσα στις δύο πλευρές, με δυνατότητα απότομης και ολοκληρωτικής απόσυρσης του εφήβου από τις επενδύσεις του στους γονείς του, τη βίαιη συχνά απόρριψη των απόψεων τους, των επιτευγμάτων τους και αυτών των ίδιων, με πιθανή εκμηδένιση όλων όσων προέρχονται από αυτούς.

Λόγω αυτής της δυναμικής αλληλεπίδρασης στη σχέση εφήβου - γονιού, ο έφηβος ενδέχεται να μεταφέρει τις επενδύσεις του σε γονεϊκά υποκατάστατα διαμετρικά αντίθετα από τους γονείς του, στο διανοητικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο έφηβος πιθανόν να συνδεθεί με άτομα της ηλικίας του (ομοφυλικές ή ετεροφυλικές συνδέσεις) ή μεγαλύτερα από αυτόν, τα οποία να θεωρεί ως πρότυπα. Η νέα πραγματικότητα τον κάνει να νιώθει ελεύθερο από τους γονείς του, τους οποίους συμπεριφέρεται με επιθετικότητα, αδιαφορία ή περιφρόνηση. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο, να βλέπουμε εφήβους, με γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου, ν'

απορρίπτουν την εκπαίδευση και να αποτυγχάνουν στο σχολείο, μονό και μονό για να μη συμμορφωθούν στις γονεϊκές επιθυμίες.

Η επιθυμία του εφήβου να ενηλικιωθεί, είναι ικανή επίσης να δημιουργήσει από την μεριά των γονέων συναισθήματα άγχους, ιδιαίτερα όταν έχουν συνηθίσει να ευνοούν την παρουσία του παιδιού, ως ένα μέσο για ν' αποφύγουν τις δικές τους δυσκολίες.

Οι γονείς αυτό που χρειάζεται είναι να στραφούν ο ένας στον άλλον, για μια πιο άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους και να συμβιβαστούν με τις μειωμένες ικανοποιήσεις που τους προσφέρει η σχέση με τους νέους ενήλικες.

Ο ρόλος των γονέων στην περίοδο της εφηβείας, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Η συναισθηματική παρουσία τους θα πρέπει να είναι ισχυρή, ώστε να μπορέσει ο έφηβος να τους αμφισβητήσει (απο-ιδανικοποίηση) και να αναμετρηθεί μαζί τους (ανταγωνιστεί, επιτεθεί), να στηριχτεί επάνω τους, να ανακαλύψει τον εαυτό του μέσα από την αμφισβήτηση, την κριτική και επαναστατική του διάθεση.

Οι γονείς χρειάζεται να είναι σταθεροί και αξιόπιστοι, γεγονός που είναι δυνατόν να γίνει, όταν μπορούν να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του εφήβου και να ταυτίζονται μαζί του, ώστε να βοηθήσουν τον έφηβο να αντιρροπήσει τις δικές του συναισθηματικές μεταπτώσεις. Να είναι ευλύγιστοι και δεκτικοί στη στάση τους, για να μειωθεί το άγχος της αντεκδίκησης στον έφηβο. Είναι αναγκαίο επίσης, να έχουν μια καλή σχέση μεταξύ τους, για να μην υπάρξουν προσπάθειες διαχωρισμού του εφήβου.

Οι γονείς που είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του εφήβου και αποφεύγουν να εμπλακούν σε συγκρούσεις και αντιζηλίες μαζί του, τότε πραγματικά μπορούν να δημιουργήσουν τις πλέον κατάλληλες συνθήκες, μέσα στις οποίες ο έφηβος, θα αισθάνεται ασφαλής αυτή την κρίσιμη περίοδο που διανύει και να βρει τις απαντήσεις που τον απασχολούν, αναφορικά με τα άγχη που απορρέουν από την πορεία προς την ενηλικίωση. Συνεπώς η πορεία προς την ενηλικίωση, γίνεται μια πορεία δημιουργική, με εμπειρίες τόσο για τον έφηβο, όσο και για τους γονείς του.

Οι γονείς προσαρμόζονται στην νέα πραγματικότητα που έρχεται, με την σταδιακή απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, την οποία δέχονται και διευκολύνουν. Νέες ισορροπίες δημιουργούνται στην

οικογένεια και οι γονείς στρέφονται πλέον ο ένας στον άλλο για την κάλυψη των αναγκών τους, ανακαλύπτοντας νέες πτυχές της σχέσης του.

Κρίνεται επίσης αναγκαίο να συμπεριφέρονται στους έφηβους, όπως σε νεαρούς ενήλικες, όχι επειδή είναι ήδη ώριμοι, αλλά για να τους βοηθήσουν να γίνουν ενήλικοι, ενώ παράλληλα να προσπαθούν να τους προστατέψουν από τις χειρότερες συνέπειες των λαθών τους, για να αντιμετωπίσουν τις αποτυχίες το ίδιο, όπως και τους θριάμβους, που αποτελούν κομμάτι της ανάπτυξης τους.

2.2. ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ - ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΙΛΗΚΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΛΛΟ ΦΥΛΟ.

Η προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία, καθώς και η αποδέσμευση - απιδανικοποίηση, με όλη την αίσθηση της απώλειας που τις συνοδεύουν, του εφήβου από τους γονείς του, συνεπάγεται σύνδεση με εξωοικογενειακές εξιδανικευμένες εικόνες προτύπων κυρίως ατόμων ίδιας ηλικίας (ομοφυλικές ή ετεροφυλικές συνδέσεις) με τον έφηβο.

Με την επιδίωξη αυτή της απομάκρυνσης από τα γονεϊκά αντικείμενα, ο έφηβος τείνει να τα υποκαταστήσει με την προσκόλληση του στις ομάδες των συνομηλίκων του.

Το πέρασμα του εφήβου στην ομάδα των συνομηλίκων, διευρύνει το περιορισμένο μέχρι τότε κοινωνικό κύκλο της παιδικής και προεφηβικής ηλικίας. Μέσα στην ομάδα που τόσο πολύ επιθυμεί να ανήκει, θα προσπαθήσει να επιχειρήσει καταρχάς τις ικανότητες και τα όρια του. Πολλές φορές αυτή του η επιθυμία, μπορεί να τον παρουσιάζει διαφορετικό από ότι είναι, μόνο και μόνο για να γίνει δεκτός σ' αυτή και για να ταιριάζει με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Συνήθως οι ομάδες φιλίας των κοριτσιών, είναι ολιγάριθμες συγκριτικά με των αγοριών, που τείνουν σε αντικοινωνικούς σκοπούς.

Η φιλία, τείνει να δημιουργείται με βάση της γειτονιά ή το σχολείο, το οποίο συναισθηματικά αποτελεί σημαντικότατο μεταβατικό χώρο ανάπτυξης του εφήβου μεταξύ της οικογένειας και της κοινωνίας. Το σχολείο επίσης, είναι ο χώρος όπου σχηματίζονται ομάδες, αναπτύσσονται σχέσεις, δοκιμάζονται ικανότητες, ανταλλάσσονται εμπειρίες και διαμορφώνονται πρότυπα ζωής για τους εφήβους.

Η προσκόλληση των εφήβων στην ομάδα συνομηλίκων, βοηθά στην ανάπτυξη της ατομικότητας και ταυτότητας του κάθε εφήβου, χωρίς να διαφαίνεται ότι κλονίζονται οι σχέσεις με τα εσωτερικευμένα γονεϊκά αντικείμενα. Συνεπώς οι έφηβοι για μακροχρόνια σχέδια, τείνουν να ακολουθούν τις συμβουλές των ενηλίκων, βασίζονται στην κρίση τους και επαναλαμβάνουν στις σχέσεις τους πρότυπα που πηγάζουν από ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Στις ομάδες φιλίας, ο κάθε έφηβος γίνεται δεκτός, μόνο εφ' όσον τηρεί τους κανόνες και τις αξίες που συλλογικά υιοθετούνται. Πρέπει να είναι όμοιος με τα άλλα μέλη, για να νιώθει ότι ανήκει και ταυτόχρονα διαφορετικός από τα μέλη άλλων ομάδων, για να νιώθει ότι υπάρχει.

Σ' αυτή την περίοδο που συμπίπτει κυρίως με την πρώτη και κατά ένα βαθμό με την μέση εφηβεία, οι ταυτίσεις είναι επιφανειακές και έχουν περισσότερο στοιχεία μιμητισμού παρά μόνιμης ταύτισης.

Όσο περνούν όμως τα χρόνια, ο έφηβος γίνεται πιο εκλεκτικός στις φιλίες του και τα πράγματα περιπλέκονται ακόμα περισσότερο, όταν αρχίζει το ενδιαφέρον για άτομα του άλλου φύλου. Έτσι, ενώ αρχικά ο έφηβος θέλει να έχει πολλούς φίλους, αργότερα περιορίζεται σε λίγους και εκλεκτούς, με κοινά ενδιαφέροντα και άνεση κριτικής, χωρίς να υπάρχει κίνδυνος καταστροφής των δεσμών τους.

Στην διάρκεια λοιπόν της μέσης εφηβικής ηλικίας ο έφηβος, δεν εντάσσεται τώρα στην ομάδα υπακούοντας δουλικά - μιμητικά, όπως γινόταν στην πρώτη εφηβική ηλικία, αλλά μέσα από την καλύτερη γνώση του εαυτού του και των υπολοίπων της ομάδας, προσαρμόζεται πιο άνετα και απαιτεί αναγνώριση.

Σ' αυτή τη δεύτερη φάση της εφηβείας, έντονη είναι επίσης η τάση του εφήβου, σε κοινωνικές διακρίσεις, υποτιμώντας συνήθως άτομα που ανήκουν σε άλλη φυλή, θρησκεία, ή κοινωνικοοικονομικά κατώτερη τάξη.

Οι προκαταλήψεις όμως αυτές του εφήβου, μειώνονται προς το τέλος της εφηβείας, διότι πλέον εκείνο που αναζητούν, είναι οι ιδιαίτερες ικανότητες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, συμβάλλοντας έτσι στην μεγαλύτερη κοινωνική του εξέλιξη.

Μέσα στις ομάδες φιλίας, ο κάθε έφηβος, με την επικοινωνία του με τους συνομηλίκους του, αποκτά βαθύτερη αυτογνωσία, γνωρίζει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του, αλλά και των άλλων ανθρώπων, τους οποίους εκτιμά και τοποθετεί ανάλογα. Μέσα από διάφορες συζητήσεις, ανταλλαγές σκέψεων και επιχειρημάτων, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται πνευματικά. Παράλληλα με την αύξηση της κοινωνικής του πείρας, εξυπηρετείται και η κοινωνική του ανάπτυξη. Ξεχωρίζει τα όρια των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων του, ρυθμίζοντας συνεπώς κατάλληλα την κοινωνική του συμπεριφορά.

Ο ψυχικός κόσμος του εφήβου, αποκτά επίσης μια ισορροπία μέσα στην ομάδα, διότι η βασική ανάγκη του «να ανήκεις κάπου» βρίσκει ικανοποίηση, ιδιαίτερα μάλιστα όταν ο έφηβος έχει πολύ πειστικό οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, όπου η ομάδα φιλίας αποτελεί γι' αυτόν καταφύγιο.

Η συμμετοχή του εφήβου στην ομάδα φιλίας αποτελεί για τον ίδιο το καλύτερο προστάδιο, για την ομαλή ένταξη του στην κοινωνία των ωρίμων (συνεταιρισμοί, οργανώσεις, πολιτιστικοί και μορφωτικοί σύλλογοι κ.λ.π.).

Πέρα από τις παραπάνω ωφέλειες που προσφέρει η ομάδα των συνομηλίκων, υπάρχουν και κίνδυνοι από την ένταξη του εφήβου στην ομάδα φιλίας. Μέλη της ομάδας που έχουν αποκτήσει κακές συνήθειες (ποτό, ναρκωτικά, κλοπές κ.λ.π.), υπάρχει κίνδυνος όπως είναι φυσικό, να τις αποκτήσει και ο έφηβος αφού τους συναναστρέφεται. Επίσης αρχηγός ομάδας με αυταρχικές ιδέες και πολύ αυστηρές αρχές, είναι πιθανόν να οδηγήσουν τον έφηβο, να καταντήσει άβουλο άτομο που ξέρει να εκτελεί μόνο εντολές.

Η πίεση όμως που μπορεί να ασκεί κάθε είδους ομάδα φιλίας είναι μεγάλη για τη συμμόρφωση προς τους κανόνες και τις αρχές της, αλλά πολύ μικρή, σχετικά με τις μακροχρόνιες στάσεις και αξίες ζωής, οι οποίες εξαρτώνται κυρίως από τη δομή και ποιότητα της γονεϊκής ζωής.

Οι μεταβολές στο σωματικό τομέα κατά την διάρκεια της ήβης, συντελούν στο να στραφεί το ενδιαφέρον των εφήβων για θέματα που έχουν σχέση με την γενετήσια λειτουργία. Το ενδιαφέρον αυτό αρχικά είναι πιο έντονο στα κορίτσια που ωριμάζουν νωρίτερα, τα οποία προσπαθούν να προσελκύσουν την προσοχή των αγοριών της ίδιας περίπου ηλικίας με διάφορες εκδηλώσεις όπως : (γέλια, πειράγματα, κρυφοκοιτάγματα κ.λ.π.).

Πέρα από τις υπάρχουσες ατομικές διαφορές, καθώς και διαφορές από χώρα σε χώρα, η στροφή του ενδιαφέροντος προς το άλλο φύλο, αρχίζει για τα κορίτσια γύρω στο 14^ο έτος και ένα με δυο χρόνια αργότερα για τα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα κατά την πρώτη εφηβική ηλικία, οι σχέσεις είναι πιο πολύ με άτομα του ίδιου φύλου. Παρατηρείται μια τάση απόθησης ιδιαίτερα των αγοριών προς τα κορίτσια. Κατά το στάδιο αυτό τα άτομα του ίδιου φύλου, όταν βρίσκονται, συζητούν διάφορα θέματα που σχετίζονται με το ερωτικό αίσθημα.

Στην επόμενη φάση την μέση εφηβική ηλικία εμφανίζονται τάσεις για σχέσεις με άτομα και των δύο φύλων (φιλικές παρέες). Σε αρκετά άτομα επίσης, αρχίζει το ενδιαφέρον για το άλλο φύλο. Σ' αυτό το στάδιο του ερωτικού συναισθήματος και της ρομαντικής αγάπης βρίσκονται πολλά άτομα μαζί, αλλά κυρίως το καθένα με το αγαπημένο πρόσωπο του άλλου φύλου κοιτάζοντας το ένα το άλλο, συζητώντας ή μένοντας σιωπηλά.

Τέλος στην προχωρημένη εφηβική ηλικία συνεχίζεται η τάση για σχέσεις με άτομα και των δύο φύλων, με ένταση όμως του ενδιαφέροντος για το αντίθετο φύλο. Οι παραπέρα δραστηριότητες και το είδος της σχέσης ανάμεσα στα δύο φύλα, θα εξαρτηθεί από τον τρόπο διαπαιδαγώγησής τους, το επίπεδο μόρφωσής τους, από την οικογενειακή ανατροφή, καθώς και από την επικρατούσα κοινωνία μέσα στην οποία ζουν οι έφηβοι.

Το πιο συνηθισμένο φαινόμενο, είναι τα φιλήματα, οι περίπατοι, το κράτημα των χεριών και οι ερωτικές περιπτώξεις.

2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.

Ο έφηβος εκτός από τη συμμετοχή σε κάποια συγκεκριμένη ομάδα συνομηλίκων η οποία, τείνει να δημιουργείται στα πλαίσια της γειτονιάς ή του σχολείου που αποτελεί συναισθηματικά σημαντικό μεταβατικό χώρο ανάπτυξης του εφήβου μεταξύ οικογένειας και κοινωνίας, ο έφηβος εντάσσεται και σε ένα πλήθος · σε μια κοινωνία όπου αναζητεί την δική του ταυτότητα και συνάμα διαφορετική από αυτή των ενηλίκων, δημιουργώντας μια υποκουλτούρα που βασίζεται στις δικές του επιθυμίες, εκφράζοντας ταυτόχρονα την αντίθεση του, σε ότι ανήκει στον κόσμο των ενηλίκων.

Το χτένισμα, το κόψιμο των μαλλιών και κυρίως ο τρόπος ντυσίματος των εφήβων, συχνά τείνουν να προκαλέσουν τους ενήλικες, καθώς και να

αποτελέσουν αρκετές φορές μέσα έκφρασης της επιθετικότητας, της απόρριψης και οτιδήποτε άλλο που μπορεί να είναι η αιχμή της σύγκρουσης των γενεών. Επίσης λειτουργούν ως κριτήριο διαφοροποίησης ανάμεσα στις υποομάδες των νέων.

Μια μορφή τέχνης που είναι δυνατόν να έρθει σε ρήξη με το κατεστημένο, είναι και η μουσική που λατρεύουν οι νέοι. Ο λόγος της μουσικής, καθώς και ο ρυθμός και η ένταση της, έχουν την δύναμη της αμφισβήτησης, της διαμαρτυρίας προς τις υπάρχουσες αξίες. Ή μια δύναμη που μπορεί να προτείνει νέο τρόπο ζωής. Ένα τρόπο ζωής που διαφέρει από αυτό των ενηλίκων, είτε λόγω μιας εσωτερικής ανάγκης για διαφοροποίηση, είτε λόγω μιας αληθινής έκφρασης του ψυχισμού των εφήβων.

Σήμερα επίσης υποδηλωτικό της διαφοροποίησης των εφήβων από τους ενήλικες, είναι και η προσπάθεια γλωσσικής έκφρασης προστατευμένης από δικούς της κώδικες. Οι σημασίες των λέξεων που χρησιμοποιούν οι έφηβοι αλλάζουν και γίνονται τόσο απροσδιόριστες, που η ερμηνεία τους δεν μπορεί να διαπιστωθεί πολλές φορές παρά μόνο από προσωπικό βίωμα, δημιουργώντας έτσι μια υποκουλτούρα στηριζόμενη συχνά σε υιοθετημένες ξένες λέξεις καθώς και σε «εφευρέσεις» νέων λέξεων και ονοματολογίων. Συνεπώς διαμορφώνεται η εντύπωση ενός κόσμου συμβολικού, με την δική του ταυτότητα και το ξεχωριστό νόημα.

Αρκετά από τα γλωσσικά στοιχεία που χρησιμοποιούν οι έφηβοι, έχουν την ασάφεια του παιδικού λόγου. Στην πορεία συγκρότησης δικής τους υποκουλτούρας οι έφηβοι δανείζονται στοιχεία από περιθωριακές κοινωνικές μειονότητες, με τις οποίες ταυτίζονται, κινούμενοι συγχρόνως ενάντια στις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες. Απέναντι σ' αυτή την νεανική στάση αμφισβήτησης των πάντων, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος εξουδετέρωσης της επαναστατικότητας από την κοινωνία των ενηλίκων, είναι η ενσωμάτωση και η προσαρμογή.

Οι έφηβοι με την αμφισβήτηση που τους διακρίνει για τα καθιερωμένα και την δηλωμένη απόρριψη στις κοινωνικές αξίες που θεωρούν φθαρμένες και ξεπερασμένες, επιθυμούν την αλλαγή και ελπίζουν στην δική τους συμμετοχή. Παρόλο όμως που δεν καταφέρνουν να έχουν λύσεις, επιμένουν έστω στην κατάλυση των υπαρχόντων.

Αναφερόμενος στις επιδράσεις, τα προβλήματα και γενικότερα τους προβληματισμούς του εφήβου στον ψυχικό και πνευματικό του κόσμο,

θεωρώ ότι είναι απαραίτητο να αναφερθούμε, στις αμφιβολίες, στον αρνητισμό, τις αμφισβητήσεις των εφήβων προς κάθε μορφή εξουσίας και πιο συγκεκριμένα στην πορεία της θρησκευτικής του ανάπτυξης.

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του εφήβου εξετάζονται με κριτική διάθεση, εκτιμούνται και αναθεωρούνται όταν δεν ικανοποιηθεί από τις απαντήσεις που θα του δώσουν οι ειδικοί καταλήγοντας σε μια νέα θέση, η οποία είναι σύμφωνη με την πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Έχει περάσει ο έφηβος πια στο στάδιο της αφηρημένης σκέψης και συλλαμβάνει το νόημα των θρησκευτικών μορφών και διδαγμάτων. Αν οι αμφιβολίες του δεν ικανοποιηθούν ή ικανοποιηθούν εν μέρει, τότε ενδέχεται ο έφηβος να τροποποιήσει τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις ή ακόμα να φτάσει και στην άρνηση.

Ως πηγή αμφιβολιών για τον έφηβο, αποτελεί το αυξανόμενο ποσοστό των επιστημών που δεν πιστεύουν στην θρησκεία με συνέπεια να οδηγείται στο συμπέρασμα ο νέος, ότι θρησκεία και επιστήμη είναι ασυμβίβαστα πράγματα. Επίσης σημαντικό είναι το ποσοστό των εφήβων που κλονίζεται η πίστη τους από τα κατά καιρούς αναφερόμενα σκάνδαλα των εκπροσώπων της εκκλησίας.

Ο έφηβος επιθυμεί να μεταμορφώσει τον κόσμο κάνοντας τον πιο δίκαιο, πιο ιδανικό, πιο όμορφο. Έχει ανάγκη από μια κοσμοθεωρία η οποία να στηρίζεται, στα εθνικά, ανθρωπιστικά και χριστιανικά ιδεώδη, τα οποία εξασφαλίζουν την αξιοπρέπεια, την αρετή, την πίστη και την πνευματική ελευθερία τα οποία ορίζει η παιδεία, για να απαλλαχθεί από τον φόβο και την σύγχυση της εποχής μας. Ο νέος δεν πρέπει να φτάσει στο σημείο να αρνείται για την άρνηση. Να γκρεμίζει χωρίς να χτίζει κάτι στη θέση του γκρεμισμένου. Η επαναστατικότητα και η ριζοσπαστική του διάθεση πρέπει να έχουν το πνεύμα και την έννοια της δημιουργικότητας. Μόνο έτσι θα οδηγηθεί στην αναμόρφωση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας του.

Οι νέοι και βέβαια χρειάζεται να αμφισβητούν, να ασκούν κριτική, να απορρίπτουν, διότι αυτοί είναι που έχουν τα ψυχικά και νοητικά εφόδια να το κάνουν. Χρειάζεται συνεπώς η κοινωνία των ενηλίκων, να δείξει ανοχή σ' αυτές τις προκλήσεις και να αναρωτηθεί, αν τυχόν κρύβει κάποιες αλήθειες, η επαναστατική αυτή στάση των νέων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβική ηλικία ως η τελευταία φάση ανάπτυξης του ατόμου στην πορεία προς την ωριμότητα, έχει μεταβατικό χαρακτήρα και αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο, με ιδιαίτερα αναπτυξιακά γνωρίσματα.

Η εφηβεία θεωρείται η κατεξοχήν ηλικία όπου συμβαίνουν εξελικτικές διαταραχές. Η κατάθλιψη είναι μια από αυτές τις διαταραχές και οι εκδηλώσεις της μπορεί να πάρουν διάφορες μορφές από την «φυσιολογική» κατάθλιψη μέχρι την ψυχωσική της μορφή. Οι καταθλιπτικές καταστάσεις λοιπόν μπορεί να ξεκινούν από έντονες παροδικές καταστάσεις θλίψης, ύστερα από κάποιο άσχημο γεγονός, το οποίο οδηγεί σε μια φυσιολογική κατάθλιψη (η οποία δεν διαρκεί πολύ), μέχρι τις σοβαρά διαταραγμένες ψυχωτικές καταστάσεις, που περιλαμβάνουν συναισθηματικές και νοητικές διαταραχές. Τέτοιες ψυχωτικές καταθλιπτικές διαταραχές είναι σπάνιες στην εφηβεία. Τα συναισθήματα κατάθλιψης είναι συχνά, αλλά σε βαθμό λιγότερο ανησυχητικό.

Η εφηβική κατάθλιψη βέβαια δεν διακρίνεται εύκολα, και είναι ένα δυσδιάγνωστο επικίνδυνο ψυχικό φαινόμενο, διότι την περίοδο αυτή ο έφηβος είναι πιο ανεκτικός με τον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο και όταν βασανίζεται από «μέτρια» κατάθλιψη δεν τον εξωτερικεύει εύκολα και συμπεριφέρεται φυσιολογικά, αντιθέτως μόνο όταν αυτή γίνει «οξεία» δεν την αντέχει και την αφήνει να εκδηλωθεί.

Έτσι λοιπόν η διάγνωση της κατάθλιψης απαιτεί υπομονή και προσοχή και μόνο ένας ειδικός γιατρός μπορεί να την διαγνώσει.

1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο όρος «κατάθλιψη», που σημαίνει «μείωση του επιπέδου των συναισθημάτων», μόλις το 1854 εισήχθη στην ιατρική γλώσσα από τον γιατρό φρενοκομείου Ζιλ Γκαμπριέλ Φρανσουά Μπαγιαρζέ.

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμα και οι ειδικοί όσον αφορά την φύση της δεν συμφωνούν, ούτε έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο.

Σε ιατρικό επίπεδο, ο παραδεκτός ορισμός είναι μιας «παθολογικής τροποποίησης της φυσιολογικής ποικιλίας της διάθεσης της θλίψης». Η λέξη «κατάθλιψη» καλύπτει ένα ευρύ φάσμα είτε φυσιολογικών είτε παθολογικών συναισθηματικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη λοιπόν μπορεί να αποτελεί: α) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή π.χ. ή Δυσθιμική Διαταραχή, ή Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, ή οι Διπολικές Διαταραχές, οι οποίες σύμφωνα με το ΙΟΟ - 10 και με το ΰδΜ - IV , κατατάσσονται στις Διαταραχές της Διάθεσης · β) ένα σύμπτωμα π.χ. εμφάνιση κατάθλιψης σε ένα άτομο ως μορφή αντίδρασης στο στρες · γ) ως μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα π.χ. σε περίπτωση απώλειας αγαπημένου προσώπου.

Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί, ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Η κατάθλιψη λοιπόν ορίζεται κυρίως από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της.

2. ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη προσβάλλει γύρω στους 2 - 3 εφήβους σε κάθε 100 και το ποσοστό αυτό αυξάνεται στις κοπέλες εφήβους (αυτό το μοντέλο συνεχίζεται και στους ενήλικες). Στη νεαρή ηλικία, το φαινόμενο είναι πιο σπάνιο και συναντάται με ποσοστό 1 σε κάθε 200 παιδιά 8-12 ετών, ενώ προσβάλλει εξίσου αγόρια και κορίτσια. Ιδιαίτερα στη νεαρή ηλικία, η κατάθλιψη εμφανίζεται μαζί με άλλα ψυχικά προβλήματα, όπως άγχος, διατροφικές διαταραχές και εναντιωματική συμπεριφορά. Τέτοιες

εκδηλώσεις μπορεί να είναι παραπλανητικές και να κρύβουν συχνά ένα καλυμμένο καταθλιπτικό επεισόδιο.

3. ΜΟΡΦΕΣ – ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εφηβείας στον τομέα των συναισθημάτων, αποτελεί η αστάθεια της διάθεσης. Πολλές φορές ο έφηβος, χωρίς κάποια φανερή αιτία και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, μπορεί να βρεθεί από τον ενθουσιασμό στην μελαγχολία, από την χαρά στην θλίψη, από την φιλική διάθεση στην εχθρότητα. Συναισθήματα, τα οποία εναλλάσσονται ταχύτατα και απρόβλεπτα, που όμως αποτελούν συνηθισμένα γεγονότα αυτής της ηλικίας.

Πολύ συχνά η κεντρική καταθλιπτική ιδέα και το αίσθημα απελπισίας που κυριαρχεί σ' αυτήν την ομάδα ηλικίας, συνοδεύεται με ένα αίσθημα ηττοπάθειας - «τίποτα ποτέ δε θ' αλλάξει», «ποτέ δεν θα συνέλθω από αυτή την αποτυχία», «είμαι για πάντα καταδικασμένος». Παραπονιέται για έλλειψη συναισθημάτων, ένα αίσθημα κενού που μοιάζει με πένθος και νιώθει θλιβερά ανίκανος να αντιμετωπίσει και να εκφράσει αυτά τα συναισθήματα που έχει. Η συγκεκριμένη πλευρά της εφηβικής κατάθλιψης έρχεται να επιβεβαιώσει την αντίθεση, τόσο με το παιδί από το γεγονός ότι προβάλλει την σκέψη του στο μέλλον, όσο και με τον ενήλικα, μη μπορώντας να χρησιμοποιήσει την πείρα του για να μετριάσει την απαισιοδοξία στην σκέψη του.

Σύμφωνα με τους Carlson και Strober οι οποίοι μελέτησαν πολλούς εφήβους από 12 έως 18 ετών, διαπίστωσαν δύο χαρακτηριστικούς τύπους εφηβικής κατάθλιψης.

A. Η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων.

Η πρωτογενής κατάθλιψη συνήθως είναι η πρώτη εκδήλωση μιας μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας (διπολική κατάθλιψη) ή μιας κατάθλιψης μονοπολικού τύπου (π.χ. Μείζων κατάθλιψη). Αυτή η μορφή κατάθλιψης μπορεί να παρουσιασθεί ξαφνικά και πολλές φορές χωρίς να υπάρχει προηγούμενη ψυχιατρική παθολογία.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι, το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών σήμερα αποτελεί το DSM — IV, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της

Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το οποίο με βάση την περιγραφή και τον καθορισμό του αριθμού των συμπτωμάτων γίνεται μέσα από κριτήρια η διάγνωση μιας ψυχιατρικής διαταραχής.

Αναφορικά λοιπόν για την κλινική εικόνα της πρωτογενούς κατάθλιψης των εφήβων, είναι παρόντα τα περισσότερα από τα συμπτώματα του DSM-IV, δηλαδή διαταραχές ύπνου, όρεξης και συγκέντρωσης στο σχολείο, περιορισμός αθλητικών δραστηριοτήτων, απόσυρση από την κοινωνική ζωή κ.τ.λ.

B. Η δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων.

Αυτή η μορφή κατάθλιψης είναι πιο χρόνια και τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της, είναι η απάθεια και η κοινωνική απόσυρση. Αιτία αυτού του τύπου κατάθλιψης μπορεί να είναι μια τραυματική εμπειρία, μια απώλεια αγαπημένου ατόμου ή μια σοβαρή αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή του εφήβου. Τις περισσότερες φορές υπάρχει σύγχρονη νόσηση αυτής της μορφής κατάθλιψης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάχρηση εθιστικών ουσιών, ψυχογενής ανορεξία, ψυχοπαθητική συμπεριφορά, καθώς και σοβαρή ανικανότητα στη μάθηση, συνοδευόμενη από χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με άρθρο στο περιοδικό Παιδιατρική 1998, 61: 25-30 της Μάγδας Λιακοπούλου με θέμα «Κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία», αναφέρεται ότι η κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία διακρίνεται σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (**M.K.E.**), **δυσθυμία** και **διαταραχή προσαρμογής με κατάθλιψη**.

Για την διάγνωση αυτών των οντοτήτων υπάρχουν κριτήρια. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM - IV για την διάγνωση ενός MKE, θα πρέπει να είναι παρόντα πέντε από τα παρακάτω κριτήρια καθημερινά για δύο εβδομάδες :

- 1) Καταθλιπτική διάθεση
- 2) Μείωση ή αύξηση βάρους, αύξηση ή απώλεια όρεξης
- 3) Έλλειψη ευχαρίστησης
- 4) Ψυχοκινητική διέγερση ή αναστολή
- 5) Αϋπνία ή τάση για ύπνο
- 6) Συναισθήματα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ενοχής
- 7) Μείωση ενεργητικότητας ή κόπωση
- 8) Αυτοκτονικός ιδεασμός, συχνός, αόριστος ή συγκεκριμένος

9) Μειωμένη ικανότητα σκέψης, αναποφασιστικότητα.

Τα παραπάνω κριτήρια ταξινόμησης είναι τα ίδια τόσο για τους εφήβους όσο και για τα παιδιά και τους ενήλικες.

Η υπερβολική τάση για ύπνο συναντάται περισσότερο στους εφήβους και ακόμα περισσότερο στους ενήλικες. Ενώ μερικές φορές αναπτύσσονται και παραληρηματικές ιδέες. Η απώλεια της όρεξης και οι σκέψεις αυτοκτονίας εμφανίζονται πιο συχνά στους εφήβους. Επίσης τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα (πόνος στα άκρα, στο στομάχι, πονοκέφαλοι) είναι πιο συχνά στους εφήβους, καθώς και η έλλειψη ευχαρίστησης από τη ζωή, οι παραληρηματικές ιδέες και η ψυχοκινητική καθυστέρηση.

Για να διαγνωσθεί η δυσθυμία - Χρόνια κατάθλιψη, θα πρέπει να είναι παρόντα πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης ή ευερεθιστικότητας που την χαρακτηρίζουν και δύο από τα επόμενα συμπτώματα :

- 1) Αλλαγή στον ύπνο
- 2) Μειωμένη δραστηριότητα
- 3) Αλλαγές στην όρεξη
- 4) Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- 5) Συναισθήματα απελπισίας
- 6) Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων.

Η δυσθυμία που παλαιότερα ονομαζόταν καταθλιπτική νεύρωση, είναι μια χρόνια κατάσταση, έχει διάρκεια περισσότερο του ενός έτους, ενώ τα μεσοδιαστήματα, τα ελεύθερα συμπτωμάτων, δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τους δύο μήνες.

Η διαταραχή προσαρμογής με κατάθλιψη εμφανίζεται μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός, συνήθως σε τρεις μήνες από την εμφάνιση του και στην συνέχεια παρέρχεται αυτή η διαταραχή μέσα σε διάστημα περίπου έξι μηνών. Είναι μια πολύ συχνή διαταραχή κυρίως στα παιδιά και τους ενήλικες. Κύρια χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι τα δάκρυα, η καταθλιπτική διάθεση και γενικά τα συναισθήματα απελπισίας.

4. ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η αιτιολογία της κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την ηλικία που παρουσιάζεται, αν και δεν έχει απόλυτα ξεκαθαριστεί, εντούτοις όμως επειδή η ίδια η κατάθλιψη εμφανίζεται πολύπλοκη, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με πολυπαραγοντικές υποθέσεις, η αιτιοπαθογένεια.

Οι βιολογικές, περιβαλλοντικές, γενετικές, ψυχοδυναμικές και κοινωνιογνωστικές υποθέσεις μπορεί να στηρίζονται σε ορθά επιχειρήματα αλλά καμία δεν μπορεί από μόνη της να εξηγήσει την προέλευση της κατάθλιψης.

Τα τελευταία χρόνια έγιναν σημαντικές μελέτες σχετικά με τους βιολογικούς μηχανισμούς της κατάθλιψης και είδαν το φως πολλές υποθέσεις σχετικά με ελλείψεις σε διάφορους νευρομεταβιβαστές που φαίνονται πως εμπεριέχονται στις καταθλιπτικές καταστάσεις.

Σήμερα μοιάζει μάταιο να πιστεύει κανείς ότι μπορεί να εφαρμοστεί ένα ενιαίο βιολογικό μοντέλο στο σύνολο των καταθλίψεων.

Ωστόσο παραμένει ένας ρεαλιστικός επιστημονικός στόχος για την πρόοδο μας, στην κατανόηση της παθογένειας των καταθλιπτικών καταστάσεων και είναι η λεπτομερειακή ανάλυση της επίδρασης των αντικαταθλιπτικών θεραπειών στις ψυχικές λειτουργίες, στις στοιχειώδεις συμπεριφορές (παρορμητικότητα, επιθετικότητα, κ.λ.π.) καθώς και στον προσδιορισμό των μηχανισμών που ενέχονται στις τροποποιήσεις του περιεχομένου της σκέψης του καταθλιπτικού.

Αναφορικά με τις βιολογικές υποθέσεις τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά και φαίνεται να επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι, για ορισμένες μορφές κατάθλιψης, ευθύνεται ένα γενετικά κληρονομούμενο ελάττωμα στο μεταβολισμό του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Βιολογικές υποθέσεις

Οι κυριότερες νευροδιαβιβαστές που φαίνεται πως εμπεριέχονται στις καταθλιπτικές καταστάσεις είναι η νοραδρεναλίνη, η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, ουσίες που αποκαλούνται μονοαμίνες. Οι τρεις αυτοί βιοχημικοί αγγελιοφόροι είτε δεν απελευθερώνονται στις συνάψεις ή μεταβολίζονται

υπερβολικά μέσα στα νευρικά κύτταρα, με συνέπεια την δυνατή πρόκληση της μανιακής φάσης της μανιοκατάθλιψης στο άτομο.

Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, διαπιστώθηκε ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά, διότι ευνοούν τη μετάδοση της νευρικής πληροφορίας ανάμεσα στις μεμβράνες του εγκεφάλου, διορθώνοντας μια ανεπάρκεια της νευροδιαβίβασης. Επίσης τα αντικαταθλιπτικά ενεργούν ουσιαστικά, αυξάνοντας την συγκέντρωση της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης, ουσίες οι οποίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και φαίνονται να παίζουν ένα μείζονα ρόλο στην ρύθμιση της διάθεσης και της συμπεριφοράς. Πιθανές αλλαγές σε αυτές τις αλληλεπιδράσεις μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η νοραδρεναλίνη παίζει ρόλο στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και στην εγρήγορση, ενώ η σεροτονίνη παρεμβαίνει στη ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης, της επιθετικότητας και της σεξουαλικότητας. Αν αυτές οι ουσίες διαταραχθούν, είναι φυσικό η κατάθλιψη να συνοδεύεται από διαταραχές της πρωτοβουλίας, κούραση, αρτηριακή υπόταση, διαταραχές του ύπνου, της όρεξης και της σεξουαλικότητας καθώς και από επιθετικές συμπεριφορές.

Μια άλλη βιολογική ανωμαλία και πιο συγκεκριμένα νευροενδοκρινική διαταραχή που εντοπίστηκε στην κατάθλιψη είναι η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος -υπόφυση - επινεφρίδα όπως εμφανίζεται από την ύπαρξη υπερέκκρισης κορτιζόλης (μια από τις ορμόνες του στρες) από τον φλοιό των επινεφριδίων, η οποία φαίνεται στο πλάσμα ή τα ούρα.

Η καταστολή η μη της κορτιζόλης μετά τη χορήγηση της δεξαμεθαζόνης, αποτελεί ένα πλατιά χρησιμοποιούμενο βιολογικό τεστ για την διάγνωση της κατάθλιψης.

Η βιολογική έρευνα στον τομέα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης άρχισε σχετικά πρόσφατα, τα αποτελέσματα της οποίας δεν είναι ακόμα ολοκληρωμένα. Ωστόσο όμως η δοκιμασία της δεξαμεθαζόνης ανευρίσκεται θετική στο 70% των παιδιών και στο 40% των εφήβων.

Η παρουσία νευροενδοκρινικών και βιοχημικών διαταραχών σε καταθλιπτικά παιδιά και εφήβους δεν αποδεικνύει απαραίτητα ότι είναι αποκλειστικά γενετική η αιτιολογία της κατάθλιψης. Σύμφωνα λοιπόν με μια θεωρία του, ο Mandel (1976) υποστηρίζει ότι σοβαρές καταστάσεις στρες στην νηπιακή ηλικία είναι πιθανόν να προκαλέσουν εξάντληση στους νευρομεταβιβαστές στον εγκέφαλο, γεγονότα που αν επαναλαμβάνονται για

μακρά χρονική περίοδο, είναι δυνατόν να αλλοιώσουν σοβαρά το μεταβολισμό του εγκεφάλου με συνέπεια να τον καταστήσουν μόνιμα ευπαθή.

Συνεπώς ο Mandel έρχεται να επαληθεύσει την παραπάνω άποψη, πως μια στρεσογόνο κατάσταση ή μια απώλεια αγαπημένου προσώπου μπορεί να προκαλέσει σε ένα παιδί ή έναν έφηβο ενδοκρινικές διαταραχές μέσα από ένα νευροφυσιολογικό μηχανισμό πανομοιότυπο σχεδόν μ' εκείνο της γενετικά μεταφερόμενης αρρώστιας.

Ψυχοδυναμικές και κοινωνιογνωστικές υποθέσεις

Όπως κάθε άνθρωπος έτσι και ο καταθλιπτικός ασθενής είναι μοναδικός και με ξεχωριστή αντιδραστικότητα απέναντι στο ίδιο γεγονός. Ωστόσο πέρα από την έννοια της ατομικής ευαισθησίας ο ρόλος των γεγονότων της ζωής στην έκλυση καταθλιπτικών επεισοδίων είναι αναμφισβήτητος, όποιος κι αν είναι ο τύπος της κατάθλιψης.

Στην καθημερινή πρακτική παιδιά ή έφηβοι με κατάθλιψη έχουν πολλές φορές μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου είναι δυνατή η ύπαρξη ενός καταθλιπτικού γονέα, η κακοποίηση, η παραμέληση, η συζυγική δυσαρμονία, οι οικονομικές στενότητες. Μέσα σε μια τέτοια ατμόσφαιρα το παιδί εκτιμάται μόνο για το τι μπορεί να προσφέρει. Το ίδιο το παιδί ή ο έφηβος αισθάνεται υποχρεωμένος στην βελτίωση της οικογενειακής κατάστασης. Όταν όμως αρκετές προσπάθειες για βελτίωση είναι χωρίς αποτέλεσμα ο νέος διακατέχεται από έλλειψη κινήτρων, απάθεια και κατάθλιψη. Ταυτόχρονα όταν ο νέος δεν ανταποκρίνεται στις γονεϊκές απαιτήσεις νιώθει ενοχές και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Οι εμπειρίες είτε ευχάριστες είτε δυσάρεστες αποτελούν την συναισθηματική μνήμη κάθε παιδιού στην επικοινωνία του με την μητέρα και τον πατέρα. Όταν οι δυσάρεστες και στερητικές εμπειρίες υπερισχύουν τότε το παιδί αναπτύσσει κυρίως στοιχεία κακίας και αναξιότητας. Φυσικά όμως αυτές οι δυσάρεστες συναισθηματικές εμπειρίες μπορεί να τροποποιηθούν εφόσον σε επόμενα στάδια οι γονείς προσφέρουν στο παιδί ευκαιρίες για ευχαρίστηση και ικανοποίηση, δίνοντας την δυνατότητα στο παιδί μέσα από δικές του πρωτοβουλίες να αναπτύξει την αυτοπεποίθηση του. Σε περίπτωση όμως που η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος δεν του προσφέρουν αυτές τις εμπειρίες, τότε το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει την ανικανότητα και την απελπισία. Επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες

στερητικές εμπειρίες γίνονται πλέον ο καταθλιπτικός πυρήνας της προσωπικότητας του παιδιού.

Πολλές καταθλιπτικές καταστάσεις μοιάζουν να είναι άμεσα συνδεδεμένες με διάφορους παράγοντες που μπορούν να τις πυροδοτήσουν : γενετική προδιάθεση, η βίωση μιας σημαντικής απώλειας μια τραυματική παιδική ηλικία, από ένα πένθος που παρατείνεται από μια σοβαρή αρρώστια, από οικονομικές δυσκολίες ή αντίθετα με μια επιτυχία, με την επίτευξη ενός στόχου στον οποίο το άτομο έχει επενδύσει πολλά, όπως μια επαγγελματική προαγωγή. Καθεμιά απ' αυτές τις αιτίες μπορεί να ανοίξει το δρόμο για κάποια μορφή κατάθλιψης.

Συνήθως διακρίνονται οι παράγοντες ευαισθησίας ή προδιάθεσης με τους οποίους συνδέονται πρώιμα γεγονότα της ζωής από τους «εκλυτικούς» παράγοντες που προέρχονται από πρόσφατα γεγονότα της ζωής.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν ο παράγοντας προδιάθεσης και έκλυσης προστίθενται. Ο καθένας μεμονωμένα δεν θα αρκούσε για να προκαλέσει την καταθλιπτική ρήξη. Ερευνητικές μελέτες έδειξαν έναν υψηλό αριθμό αρνητικών γεγονότων που εμφανίζονται στην ζωή του παιδιού ή του εφήβου τους τελευταίους 12 μήνες πριν από την εμφάνιση της καταθλιπτικής κρίσης. Κατά μέσο όρο στους καταθλιπτικούς αναφέρονται τρεις φορές περισσότερα τραυματικά γεγονότα από εκείνους που δεν έχουν προσβληθεί έξι μήνες πριν την εμφάνιση των διαταραχών.

Στους εφήβους οι ορμονικές διακυμάνσεις, οι κρίσεις ταυτότητας, η πίεση που δέχονται από τους συνομήλικους, η αυξημένη ευθύνη που νιώθουν με την ενηλικίωση που πλησιάζει, τα σεξουαλικά προβλήματα, όλα αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση κάποιας μορφής κατάθλιψης.

5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η διάγνωση της κατάθλιψης βασίζεται σε μια προσεκτική κλινική εξέταση σύμφωνα με την οποία εντοπίζονται οι ειδικές ενδείξεις και αναπτύσσεται μια θεραπευτική στρατηγική, προσαρμοσμένη στην σημειολογία. Ωστόσο πρακτικά τα κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης δεν συνοψίζονται σε μια απλή πρόσθεση μιας σειράς συμπτωμάτων. Η κατάθλιψη είναι μια παθολογική κατάσταση, κατά την οποία τα καθημερινά

γεγονότα καθώς και η προσωπικότητα του ασθενούς παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο.

Στον έφηβο η καταθλιπτική διαταραχή της διάθεσης μπορεί να μην είναι εντελώς έκδηλη. Διάφορες είναι οι κλινικές μορφές με τις οποίες μπορεί να επενδυθεί η κατάθλιψη, όπως : μια ανοιχτή σύγκρουση με τους γονείς ή τις αρχές, ή ακόμα εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών (επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές, φυγή, κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, διαταραχές διατροφής ...). Τα συναισθήματα αναξιοσύνης, οι ιδέες απαξίας, η απαισιοδοξία, η αυτομείωση και οι εσωτερικές εντάσεις εκφράζονται ευκολότερα με τον λόγο σε έναν καταθλιπτικό έφηβο.

Στον νεαρό ενήλικα ή τον έφηβο τα συμπτώματα μοιάζουν μερικές φορές μ' αυτά της σχιζοφρένειας στην έναρξη της. Οι ψυχίατροι της γαλλικής σχολής μιλούν τότε για «άτυπη κατάθλιψη», χαρακτηρίζονται με το επίθετο «άτυπη» ορισμένα συμπτώματα ασυνήθιστα στη σχιζοφρένεια, όπως εμφάνιση αγχωδών ερωτημάτων για την ακεραιότητα του σώματος, αδιαφορία, η αοριστία των λόγων ή παραδοξολογία, χωρίς φυσικά να εννοείται ότι όλες οι άτυπες καταθλίψεις έχουν σχιζοφρενική εξέλιξη.

Ένας άλλος υπο-τύπος κατάθλιψης ο οποίος επίσης χαρακτηρίζεται «άτυπος» από τους αγγλοσάξονες ψυχιάτρους χωρίς φυσικά να έχει σχέση με την «άτυπη κατάθλιψη» κατά την γαλλική έννοια αλλά θεωρείται συχνός στις καταθλίψεις των εφήβων. Κύρια συμπτώματα της οποίας είναι μια οξυμένη συναισθηματική αντιδραστικότητα, η ύπαρξη μιας διαρκούς αίσθησης απόρριψης, υπερυπνία (αντί για αϋπνία) και υπερφαγία (αντί για ανορεξία) η οποία μπορεί να επιφέρει σημαντική αύξηση του βάρους.

Στους εφήβους η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να συγκαταλύπτεται από περιόδους με αλκοολικές συμπεριφορές που έχουν «αυτοθεραπευτικό» στόχο. Σ' αυτές τις σχετικά σπάνιες περιπτώσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται «διψομανιακές» συναντάμε συχνά μια κληρονομικότητα κατάθλιψης, ή περιοδικών αλκοολισμών.

Η ανηδονία, βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης, μπορεί να δει την ένταση της να ποικίλει από την απλή συναισθηματική μείωση ενδιαφέροντος, μέχρι μια πραγματική «αναισθησία συναισθημάτων» στις πιο σοβαρές μορφές της.

Οι ρυθμοί της ζωής ενός καταθλιπτικού είναι διαρκώς αναστατωμένοι. Πολλοί καταθλιπτικοί έφηβοι εμφανίζουν ανωμαλίες στην διατροφή τους.

Χάνουν την όρεξη τους και εξαφανίζεται η φυσιολογική απόλαυση του φαγητού, με συνέπεια το άτομο να οδηγείται σε απώλεια βάρους. Σπανιότερα παρατηρούνται βουλιμικές συμπεριφορές, που μπορεί να προκαλέσουν αύξηση βάρους.

Ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα συναγερμού της εφηβικής κατάθλιψης αλλά και των ενηλίκων είναι οι διαταραχές του ύπνου : δυσκολία στο να αποκοιμηθεί κανείς, πολλά νυχτερινά ξυπνήματα, πρόωρο πρωινό ξύπνημα.

Στην άλλη άκρη του φάσματος βρίσκεται η υπερυπνία, ο υπερβολικός ύπνος από τον ασθενή που όμως δεν τον ξεκουράζει αφού έχει την αίσθηση ότι ξυπνά το ίδιο κουρασμένος από όταν κοιμήθηκε.

Μια πρώτη αντίληψη σχετικά με την κατάθλιψη του εφήβου θεωρεί ότι οι καταθλιπτικοί έφηβοι σε αντίθεση με τους ενήλικες δεν εκδηλώνουν άμεσα την διαταραχή και εμφανίζουν μια άτυπη συμπτωματολογία.

Η θεωρία αυτή είναι γνωστή με την ονομασία «καλυμμένη κατάθλιψη» και των «καταθλιπτικών ισοδυνάμων». Η πιο διαδεδομένη αντίληψη της καλυμμένης κατάθλιψης παρουσιάζεται ως «μια καταθλιπτική διαταραχή, χωρίς καταθλιπτική τροποποίηση του θυμικού»

Ωστόσο η έννοια της καλυμμένης κατάθλιψης αντιμετώπισε σοβαρές κριτικές και έτεινε η ίδια με τα ισοδύναμα της να θεωρηθεί ως εμπειρεύουσα ολόκληρη την ψυχική νοσηρότητα . Διαπιστώθηκε επίσης ότι μια τέτοια αντίληψη ποτέ δεν είχε επιβεβαιωθεί μέσα από ένα θεραπευτικό πλαίσιο. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν γιατί ο Hersov το 1977 συμπεραίνει ότι, «η χρήση του όρου "καλυμμένη κατάθλιψη" ως γεγονός και όχι ως υπόθεση, είναι απατηλή και ακατάλληλη».

Μια δεύτερη αντίληψη υπερασπίζεται την ταυτότητα της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης στον έφηβο και στον ενήλικα.

Ωστόσο σπάνιες είναι οι συστηματικές κλινικές μελέτες της κατάθλιψης του εφήβου.

Τέλος μια τρίτη θέση, η πιο πρόσφατη, επιχειρεί τη συμφιλίωση των δυο προηγούμενων. Σήμερα υπερισχύει η αντίληψη της μερικής σύνθεσης των δύο πρώτων θεωριών. Σ' αυτό το ρεύμα σήμερα εντάσσεται η Αμερικανική Ομοσπονδία Ψυχιατρικής όπως εκτίθεται στο DSM III.

Αναφορικά με της βαρείας μορφής καταθλίψεις «το ουσιαστικό χαρακτηριστικό είναι, είτε μια δυσφορική διάθεση, συνήθως με την μορφή κατάθλιψης, είτε μια απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, ή τις συνηθισμένες διασκεδάσεις».

Η διάγνωση μιας σημαντικής κατάθλιψης μπορεί να γίνει και απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος. Επομένως το DSM III αποδέχεται την ύπαρξη κατάθλιψης χωρίς καταθλιπτική διάθεση.

Επίσης το DSM III υποστηρίζει ότι τα κύρια χαρακτηριστικά μιας βαριάς κατάθλιψης είναι ίδια στον έφηβο, το παιδί και τον ενήλικα αλλά παραδέχεται ότι μεταξύ των συσχετιζόμενων χαρακτηριστικών υπάρχουν διαφορές.

Δύο άρθρα που δημοσιεύτηκαν μετά την σύνταξη του DSM III αναφέρονταν στις διαφορές μεταξύ της κατάθλιψης του εφήβου και του ενήλικα, και οι δυο εργασίες διαπίστωναν την δυσκολία σχετικά με την κλινική διάγνωση της κατάθλιψης του εφήβου.

Καταλήγοντας και οι δύο συμφωνούν ότι η σημειολογία δεν γίνεται προσιτή πάρα μετά από λεπτομερή και συστηματική μελέτη.

Εν κατακλείδι η κατάθλιψη της εφηβικής ηλικίας μπορεί να πάρει την μορφή του ενήλικα, χωρίς όμως να αγνοούμε την ύπαρξη ορισμένων ιδιαιτεροτήτων όπως : ο διαλείπων χαρακτήρας των καταθλιπτικών συμπεριφορών, η ενεργοποίηση των οποίων εξαρτάται από το περιβάλλον του εφήβου, η κυριαρχία των συναισθημάτων κενού, πλήξης και απομόνωσης, της εντύπωσης που έχει ο έφηβος ότι οι άλλοι δεν τον καταλαβαίνουν και νιώθει παραπεταμένος, αισθάνεται έχθρα, δεν αντέχει την μοναξιά. Συχνές είναι επίσης οι συμπεριφορές αποφυγής της κατάθλιψης (άρνηση, παρανομία, αλκοόλ, ναρκωτικά).

Η διάγνωση της κατάθλιψης στον έφηβο απαιτεί προσεκτική μελέτη, ενώ η καταθλιπτική σημειολογία θα πρέπει να αναζητηθεί με μια διεργασία η οποία θα τοποθετεί το άτομο σε τέτοια κατάσταση ώστε να εκδηλώσει την διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανεύρεση των πιθανών εκλυτικών παραγόντων της κατάθλιψης όπως και στις άλλες ψυχικές νόσους αποτελούσε και αποτελεί πόλο έλξης των επιστημόνων από αρχαιοτάτων χρόνων. Οι έρευνες από εμπειρικές αρχικά συστηματοποιήθηκαν και οδηγήθηκαν σε τρεις κατευθύνσεις.

Η πρώτη κατεύθυνση αφορά την προσπάθεια ενοχοποίησης από τους επιστήμονες κάποιων βιολογικών παραγόντων για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Στην προσπάθεια αυτή περιλαμβάνονται έρευνες γενετικές, νευροχημικές, νευροενδοκρινολογικές. Οι μελέτες της γενετικής είχαν στόχο να αποδείξουν ότι η κατάθλιψη είναι οικογενής και οφείλεται σε γενετικό παράγοντα ή κάποιο γονίδιο. Οι νευροχημικές ήταν έρευνες σε ουσίες του εγκεφάλου που είχαν το ρόλο νευροδιαβιβαστών με στόχο να τεκμηριωθεί αν η έλλειψη τους προκαλεί κατάθλιψη. Τέλος οι νευροενδοκρινολογικές ήταν προσπάθεια σύνδεσης των διαταραχών της υπόφυσης και των επινεφριδίων με την εμφάνιση της κατάθλιψης.

Την δεύτερη κατεύθυνση αποτέλεσαν διάφορες ψυχολογικές θεωρίες (ψυχοδυναμικές, ανθρωπιστικές, γνωστικές) που οι εκπρόσωποι της κάθε μιας προσπάθησαν να προσεγγίσουν μέσα από αυτές τις θεωρίες την αιτιολογία της κατάθλιψης.

Τέλος η τρίτη κατεύθυνση αφορά έρευνες για την διαπίστωση της συμμετοχής παραγόντων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Οι παράγοντες αυτοί που ονομάζονται από τους συγγραφείς ψυχιατρικών συγγραμμάτων ως ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής είναι: α) το φυσικό περιβάλλον, η εποχικότητα, οι φυσικές καταστροφές και οι κλιματολογικές συνθήκες, β) Από το κοινωνικό, οι σχέσεις του ατόμου στο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον καθώς και σημαντικά γεγονότα που αφορούν την οικογένεια και επηρεάζουν αυτή και τα μέλη όπως ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή προσφιλούς προσώπου προς αυτήν, η διάσταση μεταξύ των συζύγων, το διαζύγιο, η αρρώστια ενός μέλους.

Οι οικογενειακές σχέσεις είναι από τους σημαντικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην έκπτωση της ψυχικής υγείας του ατόμου. Δεν είναι μόνο οι σχέσεις καθ' αυτές του ατόμου με το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον που το οδηγούν στο παραπάνω αποτέλεσμα, αλλά και γεγονότα και παράγοντες που συμβαίνουν μέσα στην οικογένεια αλλά και στην κοινωνία.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.

Αναμφισβήτητα ο ρόλος της οικογένειας, στην διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός παιδιού που μπαίνει στο στάδιο της εφηβείας είναι μεγάλος. Η συγκεκριμένη φάση ζωής για τον νέο αποτελεί το κρίσιμο μεταβατικό στάδιο της πορείας από την παιδικότητα στην ωριμότητα. Είναι η ηλικία της αναζήτησης μιας στάσης ζωής. Είναι η περίοδος της άρνησης του κόσμου των μεγάλων και του οραματισμού ενός άλλου, καλύτερου κόσμου.

Βέβαια το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή με όλες τις ψυχολογικές και φυσικές ανατροπές που αυτό συνεπάγεται απαιτεί ένα σημαντικό ποσό ενέργειας από τον έφηβο. Ορισμένοι δεν βρίσκουν αρκετές δυνάμεις, γι' αυτό το «πέρασμα», ενώ άλλοι δεν είναι εξοπλισμένοι να απομοιώσουν όλες αυτές τις αλλαγές τόσο σύντομα με συνέπεια να ακολουθεί την απώλεια της εμπιστοσύνης, η ενοχή, ένα αίσθημα πως όλα γίνονται μάταια και χωρίς μέλλον.

Πρωταρχική ανάγκη στη διάρκεια της εφηβείας είναι η ισορροπία. Κάθε αποσταθεροποιητικός παράγοντας εισάγει μια συμπληρωματική δυσκολία για το νέο. Επαναλαμβανόμενα εμπόδια, όπως (απαγορεύσεις για έξοδα, αδυναμία να γίνουν τα πλάνα του αποδεκτά), η απότομη απώλεια πρότερων συνηθειών (χωρισμός γονέων, δυσκολίες στις ιδιαίτερες σχέσεις με τους γονείς, θάνατος προσφιλούς συγγενή κ.λ.π.) είναι μερικές από τις ενδοοικογενειακές συνθήκες που μπορούν να αποτελέσουν αποσταθεροποιητικοί παράγοντες ή να ευνοήσουν μια κατάθλιψη.

Το αίσθημα απώλειας της ανέμελης περιόδου της παιδικής ηλικίας και η άφιξη της εφηβείας, με όλες τις ψυχολογικές και φυσικές αλλαγές, υποχρεώνουν τον έφηβο παρά τη θέληση του, να συνειδητοποιήσει ότι μερικά πράγματα δεν είναι όπως πρώτα. Γεγονός που ενδεχομένως αυτή η απώλεια να κρύβει την πηγή της κατάθλιψης.

Η απώλεια της ιδανικής εικόνας των γονιών, είναι επίσης μια απογοητευτική ανακάλυψη για τον έφηβο που συνειδητοποιεί ότι οι γονείς του δεν είναι άτρωτοι ούτε τόσο θαυμάσιοι, όπως πίστευε, καταβάλλοντος προσπάθεια ταυτόχρονα να τους αντιμετωπίσει ισότιμα, ακόμα και να τους ξεπεράσει.

Τι γίνεται όμως όταν οι γονείς συνειδητά ή ασυνείδητα, περάσουν στο παιδί μια αίσθηση αδυναμίας επιθυμίας; Πως λοιπόν να βρει ο έφηβος την αναγκαία ενέργεια για να περάσει στην ενηλικίωση, αν παράλληλα αγωνίζεται για να τον αναγνωρίσουν, να τον ακούσουν και να τον αποδεχθούν; Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία ο έφηβος νιώθει ότι δεν τον αγαπούν, δεν τον κατανοούν και ότι τον απορρίπτουν. Η μάχη σ' αυτή τη φάση είναι πολύ άنيση και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί.

Ο έφηβος που έχει υπερπροστατευτικούς γονείς, γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με τον έλεγχο σύμφωνα με μελέτη των McIntire & Angel μπορεί να παρουσιάσει κάποια μορφή κατάθλιψης. Αυτός ο γονεϊκός τύπος αντανακλά την άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί τους μεγαλώνει. Εμμένουν σε μια ξεπερασμένη ιεραρχική συμπεριφορά, ανίκανοι να συναινέσουν σε πιο δημοκρατικές αλλαγές, οι οποίες θα πρέπει να αποκαθίστανται προοδευτικά στην εφηβεία. Η κυρίαρχη στάση τους μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε υπερβολικά εξαρτημένη, παθητική και υποτακτική συμπεριφορά. Αυτή η γονεϊκή στάση περιορίζει την επικοινωνία και οι έφηβοι δεν μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματα τους και να προβάλλουν την αξία των θέσεων τους. Σε αυτές τις οικογένειες, οι συγκρούσεις δεν μπορούν να παίξουν τον θετικό ρόλο μιας μάχης επί της ουσίας, όπου ο νέος πρέπει να προσπαθήσει για να επιβεβαιώσει τον εαυτό του και να δυναμώσει την έννοια της ταυτότητας του. Η υπερβολική χρήση απαγορεύσεων και τιμωριών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή δημιουργικών κινήτρων και κατόπιν την παθητικότητα και την έλλειψη βούλησης, κατάσταση την οποία ο Seligman (1974) ονομάζει «επίκτητη θλίψη». Το συγκεκριμένο μοντέλο συμπεριφοράς σύμφωνα με τους μελετητές McIntire και Angel συνδέει τον υπερβολικό έλεγχο με την κατάθλιψη. Κατάθλιψη η οποία θεωρείται ως απόρροια του περιορισμού των θετικών ενθαρρύνσεων και ταυτόχρονα πιθανόν μια αύξηση των τιμωριών.

Σ' αυτόν τον γονεϊκό τύπο συμπεριφοράς οι τάσεις ανεξαρτησίας αναστέλλονται. Σύμφωνα με τον Hendil (1976) το βαθύτερο νόημα αυτής της συμπεριφοράς ίσως να βρίσκεται στην άρνηση του δικαιώματος της ζωής στον έφηβο, που αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των γονέων του και οδηγείται στην απώλεια της αυτοεκτίμησης, απώλεια που αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα στον καθορισμό των καταθλίψεων.

Αντίστροφα μια άλλη ομάδα οικογενειών εφήβων με τάσεις κατάθλιψης, χαρακτηρίζεται από στάσεις γονέων αδιάφορες, απουσίας ελέγχου και υπερβολικά φιλελεύθερες απέναντι στον έφηβο. Η ανεκτική αυτή στάση γονέων για μερικούς εφήβους σημαίνει απόρριψη, παραμέληση, αδιαφορία ή αναμφισβήτητη εχθρότητα εκ μέρους των γονέων. Στάσεις γονέων που δεν δείχνουν ή είναι φειδωλοί σε προσοχή και καθοδήγηση που καταργούν τους περιορισμούς, τα απαραίτητα σημεία αναφοράς και τα πρότυπα, προκαλούν ένα αίσθημα ανασφάλειας στον έφηβο. Οι έφηβοι αυτοί συναντούν μια αποδοχή και μια επιδοκμασία, ενώ θα ήθελαν να βρεθούν αντιμέτωποι με περιορισμούς και να αγωνισθούν εναντίον τους. Αυτή η συνηγορία τους σύμφωνα με τον Deutsch (1967) ωθεί στην αμφισβήτηση των αξιών των ενηλίκων.

Ο Lebonici (1976) αναφέρει ότι αυτός ο γονεϊκός τύπος συμπεριφοράς αντιπροσωπεύει ένα απογοητευτικό ιδανικό του εγώ και επαναλαμβάνοντας μια διάκριση του Pasche (1969), του αποδίδει την προέλευση ορισμένων καταθλίψεων του εφήβου, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως «καταθλίψεις λόγω κατωτερότητας», πραγματικές «ασθένειες της εξιδανίκευσης».

Οι δυο αυτοί αντίθετοι τύποι γονεϊκής συμπεριφοράς που ο πρώτος (υπερπροστατευτικός) συνδυάζει την αγάπη, με τον έλεγχο και ο δεύτερος την απόρριψη με την παραχωρητικότητα όπως περιγράφηκαν από τους McIntire και Angel (1973), έχουν ως κοινό στοιχείο ότι και στους δύο είναι αποτυπωμένη η έχθρα.

Από την μια μεριά ο υπερβολικός έλεγχος με την μορφή της υπερπροστασίας και της κτητικότητας στηρίζεται στην επιθετικότητα και από την άλλη η αδιαφορία αποτελεί επίσης μια μορφή παθητικής επιθετικότητας.

Ο ρόλος του κάθε γονέα απέναντι σε ένα έφηβο που μεγαλώνει είναι να τον βοηθήσει και όχι να προσπαθεί να τον καθυστερήσει, όπως κάνουν πολλοί γονείς. Θα πρέπει να αφήνουν τον έφηβο ελεύθερο να κάνει τα πράγματα όπως τα θέλει και να τον βοηθούν μόνο σε κατάλληλες στιγμές. Δεν σημαίνει βέβαια πως ο νέος είναι απόλυτα ικανός για πλήρη ανεξαρτησία. Αυτό που χρειάζεται είναι μόνο η συμβουλή την οποία κι αν ακόμα αρνηθεί να ακολουθήσει οι γονείς δεν θα πρέπει να ξαφνιάζονται. Είναι προτιμότερο ο έφηβος να απορρίψει μια γονεϊκή συμβουλή και να ανακαλύψει από μόνος του ότι ήταν σωστή, παρά να την δεχτεί ενάντια στην δική του κρίση.

Όσο ανεξάρτητος και να είναι ο έφηβος, θέλει πάντα να ενδιαφέρονται οι γονείς του γι' αυτόν και για τις πράξεις του και αυτό που περιμένει είναι να τον ενθαρρύνουν γι' αυτά που κάνει. Αρκετοί γονείς δεν αντέχουν να βλέπουν τα παιδιά τους να ξεφεύγουν από την προστατευτική τους φροντίδα ή από τον έλεγχο και την εξουσία τους, ξεχνώντας ότι ο ρόλος τους είναι να βοηθήσουν το παιδί να γίνει ανεξάρτητο και να πάρει μόνο του τις ευθύνες της ζωής στα χέρια του.

Οι γονείς που διατηρούν την αγάπη των παιδιών τους και ενθαρρύνουν την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας, μπορούν να έχουν πάνω τους μια επιρροή, που ούτε η υπερπροστατευτικότητα ούτε η δυναμική επιβολή μπορούν να επιτύχουν.

Η ανιδιοτελής αγάπη καθώς και η αφοσίωση από την πλευρά των γονέων απέναντι στον έφηβο δεν αρκεί, αλλά θα πρέπει να τον βοηθήσουν να αναγνωρίσει τα θετικά του στοιχεία.

Συχνά οι γονείς ξεχνάνε να υπογραμμίσουν τις επιτυχίες του, ένα καλό βαθμό στο σχολείο, μια ενδιαφέρουσα πρωτοβουλία, μια γενναϊόδωρη πράξη. Γεγονότα που βοηθούν ιδιαίτερα ένα καταθλιπτικό έφηβο να αυξήσει την χαμηλή αυτοεκτίμησή του μέσα από την βεβαιότητα ότι οι άλλοι τον εκτιμούν.

Ο καταθλιπτικός έφηβος έχει πριν απ' όλα ανάγκη να ανακατασκευάσει μια θετική εικόνα του εαυτού του, και οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν.

Προσπαθώντας να δουν μαζί του, ποιες είναι οι προτιμήσεις, οι ικανότητες του, οι κλίσεις του.

Αφήνοντας τον να παίρνει τις ευθύνες του σύμφωνα με το δικό του μέτρο.

Δεχόμενοι ότι δεν είναι πια παιδί. Έχει ανάγκη από μεγαλύτερη ελευθερία, από τη συντροφιά των νέων της ηλικίας του. Αυτή η καινούργια ελευθερία μπορεί να δοθεί μέσα σε πνεύμα εμπιστοσύνης.

Ακούγοντας τον χωρίς να κρίνουν γρήγορα τα μεγαλεπήβολα σχέδια του. Το όνειρο, η κατασκευή σχεδίων είναι ένα πολύ απαραίτητο κεφάλαιο γι' αυτόν.

Αναγνωρίζοντας με κατάλληλες λέξεις, την κατάσταση του. Είναι πολύ σημαντικό για τον ίδιο να του πούνε ότι ξέρουν τι περνά αυτή τη στιγμή. Έχει ανάγκη οι δικοί του άνθρωποι να του σταθούν δίπλα.

Όλοι οι γονείς έχουν το συναίσθημα πως θέλουν να κάνουν τα πάντα γι' αυτούς. Τους αγαπάνε, κερδίζουν χρήματα με κόπο από την δουλειά τους για να ζήσουν, ασχολούνται με την εκπαίδευση τους. Δίνουν αρκετά από τον εαυτό τους και καμιά φορά υποφέρουν με τη σκέψη πως αυτό δεν αναγνωρίζεται.

Κι όμως, οι γονείς και γενικότερα οι ενήλικες απασχολημένοι με τις δικές τους έγνοιες, δεν τους μένει και πολύ χρόνος για να ακούσουν τους νέους πραγματικά και να τους δώσουν προσοχή. Όμως αυτό είναι που περιμένουν οι έφηβοι από αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

1. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύμφωνα με την A.Freund κάθε βήμα προς την εξέλιξη και ωρίμανση κατά την διάρκεια της εφηβείας φέρνει όχι μόνο νέες κατακτήσεις αλλά και νέα προβλήματα. Κάθε δηλαδή αλλαγή στην ψυχική ζωή αναπτύσσει και νέες ισορροπίες, τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές. Αλλαγές οι οποίες αναφέρονται στις διαφορετικές απαιτήσεις που έχει ο έφηβος από τον εαυτό του ή ο κοινωνικός του περίγυρος από αυτόν.

Ο έφηβος που αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που του συμβαίνουν προχωρώντας ταυτόχρονα σε νέες κατακτήσεις και σχέσεις, παρόλα αυτά βλέπει με λύπη και θρηνεί τις παλιές εμπειρίες μαζί με τις χαρές της παιδικής ηλικίας του.

Χρειάζεται επίσης να τονισθεί ότι η αποδέσμευση του εφήβου ειδικότερα από εξιδανικευμένες γονεϊκές μορφές έχουν σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθούν πολύ επώδυνες συγκρούσεις στον έφηβο. Όλα αυτά είναι μια σειρά από γεγονότα, καταστάσεις, σχέσεις και συνθήκες που έχουν ως αποτέλεσμα την επώδυνη απογοήτευση στον έφηβο η οποία συχνά μπορεί να τον οδηγήσει σε μια καταθλιπτική αντίδραση. Ο βαθμός όμως της καταθλιπτικής αντίδρασης εξαρτάται από προηγούμενες εμπειρίες και όσο πιο υψηλός είναι ο βαθμός της εξιδανίκευσης στο παρελθόν, τόσο μεγαλύτερη είναι η απογοήτευση του εφήβου, που οδηγεί στην κατάθλιψη.

Μερικοί έφηβοι στην προσπάθεια τους να αποφύγουν την επώδυνη σύγκρουση με τους γονείς, ταυτίζονται μαζί τους και γίνονται παθολογικοί «κομφορμιστές» ενώ άλλοι αντίθετα δηλώνουν τέλεια απόρριψη της εξιδανίκευσης, με συμπεριφορά η οποία είναι τελείως «αντικομφορμιστική».

Γεγονός λοιπόν είναι ότι στην εφηβεία υπάρχουν αρκετές αιτίες καθώς και συνθήκες που κάνουν έναν έφηβο να εμφανίζει κατάθλιψη. Σ' αυτή τη φάση ζωής παρουσιάζονται μια σειρά από απώλειες αντικειμένων οι οποίες είναι ταυτόχρονες. Απώλεια των γονεϊκών εικόνων από την στιγμή που αντιλαμβάνονται ότι οι γονείς του δεν είναι τα θεϊκά οντά που πίστευαν

στην βρεφική και παιδική ηλικία. Απώλεια του οιδιποδειακού αντικειμένου. Απώλεια εικόνων μιας γνωστής μέχρι τώρα πραγματικότητας.

Η αποδέσμευση από τις γονεϊκές μορφές καθώς και η απομάκρυνση από την επιρροή της γονεϊκής εξουσίας, δεν βιώνεται από τον έφηβο σαν απελευθέρωση αλλά σαν εγκατάλειψη από αυτά τα αντικείμενα που μέχρι τώρα βασιζόταν για συμβουλές και υποστήριξη. Το αποτέλεσμα είναι η απροθυμία να απελευθερωθεί συνοδευόμενος από συναισθήματα αδυναμίας, μοναξιάς και ταυτόχρονα να αισθάνεται αγανακτισμένος με την ιδέα ότι θα εγκαταλείψει το παρελθόν.

Τέλος έφηβοι που δεν έζησαν μέσα σε μια οργανωμένη οικογενειακή ζωή, που δεν είχαν ικανοποιητικές εμπειρίες στην ζωή τους, φθάνουν να μην μπορούν να δημιουργήσουν καλά εσωτερικά αντικείμενα.

Αυτοί οι έφηβοι έχουν μεγάλη πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη ή άλλες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς. Το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο έντονο όταν ο έφηβος ζει σε μια κοινωνία με ανεπαρκείς ή ακόμα και προβληματικούς θεσμούς με συνέπεια ο έφηβος να μην είναι δυνατόν να βρει βοήθεια και ανταπόκριση στις ανάγκες του.

2. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Καθώς οι νέες ευθύνες της ενηλικίωσης πλησιάζουν, τα συνηθισμένα αισθήματα της δυστυχίας και της εσωτερικής αναστάτωσης εξελίσσονται για ορισμένους εφήβους σε πιο σοβαρές καταθλιπτικές διαθέσεις με μια αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας απέναντι σε γεγονότα που είναι έξω, και πέρα από τον έλεγχο τους.

Η ηπιότερη μορφή της κατάθλιψης μπορεί να φανεί ως μια έλλειψη ψυχικής ενέργειας και ευεξίας. Στις πιο σοβαρές εκδηλώσεις της, τείνουν οι έφηβοι να είναι ευέξαπτοι και κακοδιάθετοι.

Η κατάθλιψη στους εφήβους παρουσιάζεται βασικά με τα ίδια συμπτώματα, όπως στους ενήλικες, παρόλα αυτά όμως κάποια κλινική οξυδέρκεια μπορεί να απαιτηθεί για να «μεταφραστούν» τα συμπτώματα των εφήβων, στους όρους των ενηλίκων.

Η διαπεραστική λύση μπορεί να παραδειγματιστεί, φορώντας μαύρα ρούχα, γράφοντας ποίηση με νοσηρά θέματα ή κάποια προκατάληψη με τη μουσική η οποία καταπιάνεται με μηδενιστικά θέματα. Διαταραχές στον ύπνο μπορούν να εκδηλωθούν, βλέποντας τηλεόραση όλη νύχτα, δυσκολία με το πρωινό ξύπνημα για το σχολείο ή το να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η έλλειψη κινήτρου και το επίπεδο μειωμένης ενέργειας, αντανακλάται στις χαμένες διδασκαλικές ώρες (σκασιαρχείο). Η πτώση των βαθμών μπορεί να εξισωθεί με την απώλεια αυτοσυγκέντρωσης και την επιβράδυνση της σκέψης. Η ανία μπορεί να αποτελεί συνώνυμο της κατάθλιψης. Η έλλειψη όρεξης μπορεί να μετατραπεί σε ανορεξία ή βουλιμία. Η εφηβική κατάθλιψη μπορεί επίσης να παρουσιαστεί πρωταρχικά σαν διαταραχή στην συμπεριφορά και στην επικοινωνία, κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ ή οικογενειακών διαταραχών και επανάστασης χωρίς εμφανή συμπτώματα που να θυμίζουν κατάθλιψη.

Ο έφηβος επειδή κρύβει συχνά τα συναισθήματα του, φορώντας μια μάσκα, για να μεταμορφώσει την απόγνωση του, δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν κάποια σημάδια στην συμπεριφορά του που να δηλώνουν εύκολα την κατάθλιψη. Σημάδια που μπορεί να κυμαίνονται από την επιθετικότητα ως το κλείσιμο στον εαυτό του.

Ωστόσο είναι σημαντικό τα σημάδια αυτά να αποτελέσουν μηνύματα για πιθανές ερμηνείες συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Οποιαδήποτε καθυστέρηση διάγνωσης αφήνει τον έφηβο αβοήθητο μέσα στην κακή του διάθεση.

Ως τέτοια σημάδια είναι το σκασιαρχείο, το «κλέψιμο» που συνήθως επικεντρώνεται στη μητέρα ανεξαρτήτου κοινωνικής τάξης. Το «κλέψιμο» συνήθως είναι αποτέλεσμα αποστέρησης και προβάλλεται ως αίτημα για αγάπη στους γονείς, συνοδευόμενο από ψέμα που εάν ανακαλυφθεί κατά λάθος και τιμωρείται παρόμοια συμπεριφορά, τότε αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερο κλέψιμο και ψέματα.

Σε άλλες περιπτώσεις η κατάθλιψη και η ενοχή πιθανόν να είναι αποτέλεσμα συγκρούσεων γύρω από τον αυνανισμό. Συχνά η σύγκρουση γύρω από τον αυνανισμό συσχετίζεται με οιδιποδειακές συγκρούσεις που δεν έχουν περατωθεί στον έφηβο σε μη οιδιποδειακά αντικείμενα.

Σε μεγαλύτερους εφήβους η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί σαν ανία και απογοήτευση με οτιδήποτε στη ζωή με κύρια αρχή την

αίσθηση ότι τίποτα δεν έχει αξία. Στη συμπεριφορά αυτών των εφήβων διακρίνεται η απάθεια και η αδιαφορία χωρίς κίνητρα για τον εαυτό τους και την ζωή.

Εφόσον αυτή η ατομική κρίση είναι σύμφωνη με την ίδια απάθεια και αδιαφορία που επικρατεί στην κοινότητα που βιώνει ο έφηβος τότε αρκετά συχνά η κατάληξη είναι ακραίες καταστάσεις, όπως αποξένωση του εφήβου, φυγή, τοξικομανία, αυτοκτονία ή άλλες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς.

3.ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΦΗΒΟ.

Η συχνότητα της κατάθλιψης στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας έχει εκτιμηθεί ποικιλοτρόπως.

Σύμφωνα με τον Goldberg (1981), οι ιδέες αυτοκτονίας, συνοδεύονται από μια σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Και άλλοι συγγραφείς όπως ο Haim (1969) και ο Moron (1975) υποστήριξαν τη σταθερότητα της καταθλιπτικής κατάστασης στις τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου. Αυτή τη θέση επιβεβαιώνει και ο Stock (1977) αναφορικά με το προφίλ της εφηβικής καταθλιπτικής προσωπικότητας.

Πραγματικά, η κατάθλιψη και η αυτοκτονία εγκαθιδρύουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις. Στην ουσία διαπλέκονται τρεις βασικές αντιλήψεις παρά την ύπαρξη μιας επιφανειακής αντινομίας, οι οποίες μάλλον αλληλοσυμπληρώνονται παρά αντιτίθενται.

Η πιο κοινή αντίληψη θεωρεί ότι η κατάθλιψη είναι άμεσα υπεύθυνη με την

αυτοκτονία. Αυτό αποδεικνύεται από την αποτελεσματικότητα που έχουν τα τρικυκλικά και τα ηλεκτροσόκ στις θεραπείες της κατάθλιψης, τα οποία ελαττώνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τους (Cuche και Moussaoui , 1977) «Η διάγνωση και η θεραπεία της αποτελούν την καλύτερη προφύλαξη από μελλοντικές απόπειρες».

Μια δεύτερη θέση οδηγεί στο να καταλάβουμε την κατάθλιψη και την αυτοκτονία ως ανεξάρτητες μεταξύ τους συνέπειες του ίδιου αιτιολογικού παράγοντα. Η κλασική αντίληψη του Freund , η οποία εκτίθεται στο

«Πένθος και Μελαγχολία» (1916), θεωρεί ότι η αυτοκτονία και η κατάθλιψη απορρέουν από μια επιθετικότητα, η οποία στρέφεται εναντίον του ατόμου.

Οι δύο αυτές αρχικές αντιλήψεις συγκλίνουν στους θεραπευτικούς στόχους που ελαττώνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, είτε θεραπεύοντας άμεσα την κατάθλιψη, είτε ελαττώνοντας τον αιτιολογικό παράγοντα, κατευθύνοντας αλλού την επιθετικότητα.

Τέλος σύμφωνα με μια τρίτη αντίληψη, η κατάθλιψη, τόσο με την ψυχαναλυτική όσο και την προσέγγιση της θεωρίας και συμπεριφοράς, επιβάλλεται ως άμυνα απέναντι στην αυτοκτονία.

Με βάση αυτή τη θεωρία η κατάθλιψη αντιστοιχεί μ' ένα καινούργιο τρόπο ελέγχου του περιβάλλοντος, ο οποίος επιτρέπει να απομακρύνουμε το ενδεχόμενο της αυτοκαταστροφής.

Και στις τρεις παραπάνω αντιλήψεις, η κατάθλιψη φαίνεται ότι είναι ένας συμβιβασμός ανάμεσα στο ένστικτο της ζωής και στο ένστικτο του θανάτου, παίζοντας τον διαφορούμενο ρόλο μιας αιτίας αυτοκτονίας και μιας άμυνας απέναντι στην αυτοκτονία.

Σύμφωνα με τους (Carlson και Cantwell, 1992. Kienhorst 1992) μέρος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι ο αυτοκαταστροφικός ιδεασμός ο οποίος, όχι σπάνια, οδηγεί τον έφηβο στην απόπειρα.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θεωρείται στην εφηβεία σοβαρό πρόβλημα. Μια από τις κυριότερες αιτίες προσέλευσης στις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών, αποτελούν οι απόπειρες αυτοκτονίας και στην πλειοψηφία των εφήβων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είχε διαγνωστεί «κατάθλιψη».

Επιστρέφοντας στην ψυχοδυναμική και σύμφωνα με την κλασική άποψη, όπως στους ενήλικες, έτσι και στους εφήβους, τα δυναμικά της κατάθλιψης χαρακτηρίζονται από την επιθετικότητα που δεν μπορεί να εκφρασθεί στην εξωτερική πραγματικότητα με συνέπεια να στρέφεται εναντίον του εαυτού. Η απόπειρα της αυτοκτονίας είναι ένας ειδικός τρόπος με τον οποίο ο έφηβος διαπραγματεύεται την επιθετικότητα του.

Πολύ συχνά οι απόπειρες είναι μια κραυγή αγωνίας για βοήθεια που μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να απευθυνθούν στους γονείς τους και φαίνεται ότι βάζουν τη σφραγίδα στους γονείς τους για την αποτυχία τους στον γονεϊκό ρόλο.

Δεν είναι ασυνήθιστο για τους εφήβους η προκατάληψη με θέμα την θνησιμότητα, σκεπτόμενοι τι επιρροή θα είχε ο θάνατος τους στην οικογένεια τους και στους στενούς φίλους. Ευτυχώς αυτές οι ιδέες συνήθως δεν γίνονται πράξη. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι γενικώς συνδεδεμένες με μια σημαντική οξεία κρίση στη ζωή των εφήβων και μπορεί επίσης να περιέχει κατάθλιψη. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κρίση αυτή μπορεί να είναι ασήμαντη για τους γύρω ενήλικες, αλλά τεράστιας σημασίας για τον έφηβο. Η απώλεια ενός φίλου ή φίλης, η πτώση των βαθμών στο σχολείο, η αρνητική επίπληξη ενός σημαντικού ενήλικα κυρίως των γονιών ή ενός δασκάλου, μπορεί απροσδόκητα να οδηγήσει σε μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι έφηβοι έχουν μερικές φορές φαντασιώσεις σχετικά με τον θάνατο τους. Π ταυτόχρονα όμως, θέλουν να επιζήσουν και να είναι παρόντες στη δική τους κηδεία, ώστε να μπορέσουν να απολαύσουν την στεναχώρια και την ενοχή των γονέων και των φίλων που τα έχουν χαμένα.

Στην απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου, ενδιαφέρουσα είναι η συχνή απουσία ιδεασμού θανάτου, με την έννοια του οριστικού και αμετάκλητου τέλους της ζωής. Συχνά εκείνο που φαίνεται σημαντικότερο, είναι να δοθεί μια διέξοδος σε μια κατάσταση ανυπόφορη.

Η πράξη της αυτοκτονίας επομένως αποτελεί κάλεσμα για βοήθεια, μήνυμα διαταραχής και θυμού, μαρτυρώντας την ανικανότητα του εφήβου να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του.

Η συμπεριφορά αυτοκτονίας του εφήβου συχνά είναι απρόβλεπτη, αφού οι περισσότερες ενδείξεις των τάσεων αυτοκτονίας δεν προκαλούν ανησυχία στο περιβάλλον, ώστε να προλάβει το τραγικό γεγονός.

Σύμφωνα με την παραδοσιακή αντίληψη του Freund (1916) η αυτοκτονία και η κατάθλιψη υπάγονται στην επιθετικότητα η οποία στρέφεται ενάντια στο υποκείμενο.

Στον έφηβο, η επιθετικότητα, μεταφράζει την αναβίωση ανεπαρκώς επεξεργασμένων παιδικών συγκρούσεων, η οποία απευθύνεται κατά κύριο λόγο στους γονείς.

Αν και δεν υπάρχουν συστηματικές μελέτες που να καθορίζουν την συχνότητα των επιθετικών τάσεων στους εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας, ωστόσο η έχθρα θεωρείται ως βασική ψυχολογική συνιστώσα παιδιών, εφήβων, ενηλίκων, με τάσεις αυτοκτονίας. Η Despert (1952) έκρινε ως θυμώδη και άβουλα τα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Επίσης οι Weissman (1973) θεωρούν ύστερα από μελέτες αξιοσημείωτη την παρουσία των εχθρικών συμπεριφορών στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών, σε ένα καταθλιπτικό άτομο, συχνά δεν μεταφράζει μια βελτίωση, αλλά αποτελεί ένδειξη ενός κινδύνου αυτοκτονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

1. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψη της. Ειδικά όμως η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών.

Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης είναι η αποφυγή της χρόνιας μορφής της και των παγίδων που μπορεί να στήσει σε έναν καταθλιπτικό. Σημαίνει να νιώσει την κατάθλιψη παρά να την αρνείται και να την διοχετεύσει σε ψυχολογικούς, σωματικούς ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του.

Οι στόχοι αυτοί απαιτούν μια αλλαγή στη στάση της κοινωνίας ώστε ο καταθλιπτικός να ξέρει πως και πού να βρίσκει επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζεται, χωρίς καθυστέρηση και αίσθημα ντροπής. Βασικά η πρόληψη συνεπάγεται τη δημιουργία διαφόρων τύπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα ενισχύουν τις ικανότητες για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των εντάσεων της ζωής.

Δεδομένου ότι η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας η πρόληψη της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς : τρίτο, δεύτερο και πρώτο.

Η πρόληψη τρίτου βαθμού συνεπάγεται λήψη μέτρων προστασίας του ατόμου που γιατρεύτηκε ώστε να μην υποτροπιάσει. Ένας βασικότατος στόχος της θεραπείας είναι η τροποποίηση του συστήματος αξιών και των μεθόδων αντιμετώπισης της έντασης ώστε να απομακρύνονται συμπεριφορές που οδηγούν στην κατάθλιψη, όπως, η αναβλητικότητα και η άρνηση. Τις περισσότερες φορές ο καταθλιπτικός αναβάλλει να αντιμετωπίσει καταστάσεις που είναι δύσκολες ή δυσάρεστες.

Για να αποφύγει την υποτροπή ένα τέτοιο άτομο πρέπει να συνηθίσει στην έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων και την άμεση αντιμετώπιση τους.

Η προθυμία των μελών της οικογένειας του καταθλιπτικού εφήβου να συνεργαστούν για την θεραπεία είναι ουσιαστικός παράγοντας πρόγνωσης για την πιθανή εξέλιξη της κατάθλιψης καθώς και των οικογενειακών σχέσεων. Όσο πιο συνεργάσιμα και ειλικρινή είναι τα μέλη της οικογένειας,

τόσο πιο εύκολα είναι για το καταθλιπτικό άτομο να αναρρώσει και να κρατηθεί μακριά από την κατάθλιψη.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει σχέση με την συνεχή επιμόρφωση των επιστημών που ασχολούνται με καταθλιπτικούς. Συνδέεται επίσης με την αφύπνιση της κοινωνίας για τη φύση της κατάθλιψης, ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια να την αναζητούν το συντομότερο.

Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε κέντρα ψυχικής υγιεινής και ψυχιατρικές μονάδες νοσοκομείων καθώς και στον ιδιωτικό τομέα εκτεταμένα, συχνά χρειάζονται επιπρόσθετη εκπαίδευση στις μεθόδους της σύντομης ψυχοθεραπείας και στην γνώση των κριτηρίων για χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει δύο σημαντικούς στόχους : πρώτα να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον να διδάξει το άτομο πως να αποφεύγει την παγίδευση στη χρόνια μορφή της.

Αν λάβουμε υπ' όψη μερικές από τις βασικές αιτίες της κατάθλιψης (ευαισθησία στην απώλεια, στην απόρριψη, έλλειψη αυτοσεβασμού, δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων, πολλαπλές εντάσεις) είναι δυνατόν να αρχίσουμε να καθορίζουμε τα είδη προσεγγίσεων που απαιτούνται για την πρωτοβάθμια πρόληψη.

Δεν μπορούμε να μιλάμε για κατάθλιψη παρά μόνο εάν υπάρχει μια ανικανότητα για δράση, συνοδευόμενη από μια απαισιόδοξη θεώρηση του παρόντος και του μέλλοντος.

Στην προσπάθεια μας να αναγνωρίσουμε τα σημάδια απόγνωσης μπροστά στις δυσκολίες που παρουσιάζονται στους εφήβους, διαπιστώνουμε ότι όλοι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο.

Πολλές φορές πρέπει να μαντεύουμε μέσα από διάφορα σημάδια πως κάτι «δεν πηγαίνει καλά». Αυτά τα σημάδια που υπάρχουν στην συμπεριφορά, μπορεί να κυμαίνονται από την επιθετικότητα ως το κλείσιμο στον εαυτό. Η εσωστρεφής ανία και η επίμονη απομόνωση μπορεί να είναι πραγματικά σήματα κινδύνου κατάθλιψης.

Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να είμαστε σε εγρήγορση, γιατί τα μηνύματα που στέλνει πρέπει να ερμηνευθούν ως κλήση βοήθειας. Αυτά τα

σημάδια, αν δεν τα προσέξουμε, καθυστερούν την διάγνωση και αφήνουν τον έφηβο αβοήθητο μέσα στην κακή του διάθεση.

Οι στιγμές καταθλιπτικότητας και πλήξης είναι συχνές στους νέους. Όταν είναι περαστικές δεν πρέπει να δραματοποιούνται και απαιτούν πριν απ' όλα ένα προσεκτικό άκουσμα από το περιβάλλον. Εάν όμως αυτή η κατάσταση ξεπερνά τις πρώτες εβδομάδες δεν θα πρέπει να αφήσουμε να εγκατασταθεί η κατάθλιψη στον έφηβο διότι θα τον εμποδίσουμε να αναπτύξει κάποια άμυνα εναντίον της.

Οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν τον έφηβο να μιλήσει. Να μην του δώσουν ψεύτικες διαβεβαιώσεις ότι «όλα είναι εντάξει» και μην του πουν να «φτιάξει το κέφι του και να συνέλθει». Θα πρέπει να ακούσουν και να δείξουν κατανόηση σ' αυτά που λέει ο νέος. Να δείξουν ότι νοιάζονται και ότι θέλουν να βοηθήσουν. Η συμβουλευτική γονέων και εφήβων, καθώς και η βοήθεια ενός ειδικού ιατρού είναι πολύ σημαντική στις περιπτώσεις εφηβικής κατάθλιψης.

Αρμόδιος επαγγελματίας, για να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει φαρμακευτικά την κατάθλιψη, είναι ο επιστήμονας γιατρός και μάλιστα είναι ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος. Όμως, όσο πάει, όλο και περισσότερο οι γενικοί γιατροί (οι οικογενειακοί γιατροί) ειδικεύονται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο για να κάνουν μια σωστή διάγνωση. Έτσι, σήμερα, ο ψυχίατρος δεν είναι ο μόνος γιατρός που μπορεί με επιτυχία να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη.

Λόγω του ότι είναι δυνατόν και άλλες σωματικές αρρώστιες να έχουν τα ίδια συμπτώματα με την κατάθλιψη, ή να αποτελούν την αιτία που προκάλεσε την ίδια την κατάθλιψη, ένας από τους πρωταρχικούς στόχους του ειδικού γιατρού είναι να αποκλείσει αυτές τις (άλλες) αρρώστιες, όταν είναι αντιμετώπος με τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Η πρόκληση του ειδικού γιατρού είναι να αναγνωρίσει την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία μπορεί να επιβληθεί, μιας παροδικής μεν, αλλά αναμενόμενης και σταδιακά εξελισσόμενης καταϊγίδας. Γι' αυτό η διάγνωση δεν θα πρέπει να στηρίζεται μόνο σε μια τυπική κλινική εξέταση αλλά και σε πληροφορίες των γονέων και των δασκάλων του εφήβου. Η όποια τάση νοσηρότητας στην προσωπικότητα του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν, καθώς επίσης και κάθε είδος εμφανούς ή δυσδιάκριτου άγχους ή τραύματος, τα οποία ίσως προηγήθηκαν

της κλινικής κατάστασης. Η θεραπευτική συνεργασία είναι πολύ σημαντική αφού ο έφηβος δεν θα μοιραστεί αμέσως πρόθυμα τα συναισθήματα του με έναν ξένο ενήλικα, εκτός και αν επέλθει μια αμοιβαία αρμονική σχέση εμπιστοσύνης. Η εμπιστευτικότητα πρέπει να επιβεβαιωθεί, αλλά όχι σε σημείο όπου οι γονείς, οι οποίοι είναι συνήθως απαραίτητοι «σύμμαχοι» στη θεραπεία, να αποκλειστούν τελείως. Η διάγνωση μπορεί να απαιτήσει πάνω από μια «συνέντευξη» και δεν είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να βεβαιωθεί.

Το πέρασμα στη χρόνια μορφή είναι ένας από τους μείζονες εξελικτικούς κινδύνους της κατάθλιψης. Πολλοί ειδικοί γιατροί διστάζουν να θέσουν τη διάγνωση της χρόνιας κατάθλιψης, τόσο πολύ η έννοια της ιασιμότητας ενυπάρχει στη διάγνωση της κατάθλιψης. Οι χρόνιες μορφές που ορίζονται από μια ελάχιστη διάρκεια εξέλιξης δύο ετών, αντιπροσωπεύουν, ωστόσο το 20% του συνόλου των καταθλίψεων. Μετά από δύο χρόνια συνεχούς εξέλιξης, ο ψυχικός πόνος του καταθλιπτικού γίνεται λιγότερο έκδηλος. Οι διαταραχές του χαρακτήρα (ευερεθιστικότητα, εκνευρισμός, εγωκεντρισμός ...) ή της συμπεριφοράς (κατάχρηση τοξικών ουσιών, αποφυγή επαφών) εγκαθίστανται συχνά στο πρώτο επίπεδο της συμπτωματολογίας. Οι ενδείξεις της κατάθλιψης μοιάζουν να έχουν διεισδύσει στην προσωπικότητα. Αυτές οι τροποποιήσεις των συμπτωμάτων κάνουν τη διάγνωση της κατάθλιψης, δύσκολη κυρίως αν τα παθολογικά στοιχεία του χαρακτήρα υπήρξαν και πριν από την κατάθλιψη. Είναι πολύτιμη, τότε η μαρτύρια του περιβάλλοντος.

2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η αυθόρμητη εξέλιξη ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι γνωστή πριν από την εισαγωγή του ηλεκτροσόκ (ηλεκτροσπασμοθεραπεία) και των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων χάρη στις παρατηρήσεις των ψυχιάτρων κατά την «προθεραπευτική περίοδο». Οι γιατροί τότε διέθεταν μόνο κατασταλτικές ή διεγερτικές θεραπευτικές που δεν ήταν εξειδικευμένες και στόχο είχαν να καταπραΰνουν τον ψυχικό πόνο του ασθενούς, να βελτιώσουν τον ύπνο του, να ελέγξουν τις αυτοκτονικές του προθέσεις ή αντίθετα να άρουν την αναστολή, με την χορήγηση ορισμένων παραγώγων του οπίου, αμφεταμινών ή αντιεπιληπτικών, ανάλογα με την περίπτωση, ουσίες οι οποίες συνήθως έδιναν εφήμερη και ασταθή ανακούφιση.

Η ανακάλυψη, περί τα τέλη της δεκαετίας του '50, φαρμάκων που είχαν τη δυνατότητα να βελτιώνουν για μεγάλο διάστημα την καταθλιπτική

διάθεση (αντικαταθλιπτικά), ενώ γινόταν ευκολότερα ανεκτά και ήταν πιο εύχρηστα από τα οπιούχα ή τα αντιεπιληπτικά (όπως τα βαρβιτουρικά), ήταν ένα ακόμα αποφασιστικό βήμα στην ελπίδα για αποθεραπεία των καταθλιπτικών.

Μετά από σαράντα χρόνια χρήσης, ο καθένας, ανεξάρτητα από την ιδεολογία του, αναγνωρίζει πως αυτές οι βιολογικές θεραπευτικές σήμαναν μια μεγάλη πρόοδο στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Πρακτικά, καταφεύγουν στη θεραπεία με ηλεκτροσόκ σε επείγοντες καταστάσεις, ιδιαίτερα αν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας, αν τα φάρμακα αποδεικνύονται αναποτελεσματικά ή αν αντενδείκνυνται, όπως για παράδειγμα στις έγκυες ή στα ηλικιωμένα άτομα. Τα ηλεκτροσόκ συνιστούν τη θεραπεία επιλογής για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης, που συνοδεύονται από παραληρηματικές εκδηλώσεις καθώς και για ψευδο-ανοιακές μορφές, που θυμίζουν άνοια εξαιτίας της φαινομενικής απώλειας των διανοητικών ικανοτήτων, αλλά θεραπεύονται τελείως με την αντικαταθλιπτική θεραπεία.

Κάθε καταθλιπτική εμπειρία είναι μοναδική και εγγράφεται στο ιστορικό του ατόμου. Κάθε καταθλιπτικός δικαιούται μια ξεχωριστή θεραπευτική στρατηγική, που θα επεξεργάζεται σε συνεργασία με τον ειδικό γιατρό.

Η θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων συνδυάζει, τις περισσότερες φορές, δύο συμπληρωματικές διαστάσεις: χημειοθεραπεία και / ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Πολύ συχνά είναι απαιτούμενες και οι δύο. Η πρόληψη των υποτροπών απαιτεί, ανάλογα με την περίπτωση, τη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας για αρκετό καιρό (έξι ως δώδεκα μήνες) ή τη χορήγηση ενός φαρμάκου ρυθμιστικού της διάθεσης. Οι αντικαταθλιπτικές θεραπευτικές είναι πολύ αποτελεσματικές και όλο και καλύτερα ανεκτές, αλλά οι μηχανισμοί δράσης των θεραπειών που χορηγούνται παραμένουν άγνωστοι.

Η πλειοψηφία των ήπιων καταθλίψεων στους εφήβους, ανταποκρίνεται στην «υποστηρικτική» ψυχοθεραπεία, με την ενεργητική ακρόαση, συμβουλές και ενθάρρυνσης.

Η θεραπεία ενός καταθλιπτικού εφήβου, αρχίζει με την πρώτη επίσκεψη στον ειδικό γιατρό και τη δημιουργία μιας θεραπευτικής «συμμαχίας». Είναι σημαντικό η συνέντευξη να διεξαχθεί σε χαλαρωτικό

τόνο και κατά προτίμηση σε ένα δωμάτιο εκτός εκείνου ενός τυπικού ιατρείου.

Στην διάρκεια της πρώτης συνάντησης, ο ειδικός θα δεχθεί τον έφηβο μαζί με τους γονείς του, ύστερα θα τον δει μόνο και τέλος θα συζητήσει για την κατάσταση και με τους τρεις. Ο έφηβος ίσως χρειαστεί να επισκεφθεί το γιατρό ξανά, για ένα ορισμένο αριθμό συνεχόμενων συναντήσεων για να «απευθύνει» επαρκώς τα προβλήματα. Ο ειδικός θα πρέπει να εμπνέει εχεμύθεια και εμπιστοσύνη καθώς επίσης και να είναι ενημερωμένος για τις προκαταλήψεις του εφήβου. Ο έφηβος μπορεί να αντιτίθεται ή να είναι αρνητικός όταν έχει κατάθλιψη. Μπορεί να έχει πολύ εύθραυστο αυτοσεβασμό για να προβάλλει τα συναισθήματα του στον ειδικό. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί αυτή η συμπεριφορά ως «κομμάτι» (παρεπόμενο) της κατάθλιψης και να αντιμετωπιστεί όπως αρμόζει.

Για τον έφηβο που συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική διαδικασία ο ειδικός θα πρέπει να τονίζει (επιδεικνύει) το πρόβλημα στον ασθενή και στους γονείς, να προσφέρει ελπίδα και επιβεβαίωση, να υπογραμμίζει εναλλακτικές προτάσεις - λύσεις θεραπείας και μαζί να καταλήγουν - συμφωνούν αμοιβαία στη μέθοδο θεραπείας. Ένα οικογενειακό συμβούλιο θα πρέπει να διεξαχθεί για να εκτιμηθεί η διατιθέμενη υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας, καθώς και οι διατιθέμενες πηγές υποστήριξης, σε κάποια πιθανή κρίση.

Η παραπομπή ενός καταθλιπτικού εφήβου από τον ειδικό ιατρό για εφήβους στον ψυχοθεραπευτή (ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχαναλυτή) θα πρέπει να τίθεται υπό σκέψιν κάτω από ένα αριθμό συνθηκών. Αν ο ιατρός δεν μπορεί να έρθει σε συζήτηση με τον έφηβο εξ' αιτίας της αντίστασης του ασθενούς ή της ίδιας της ανασφάλειας του γιατρού σχετικά με την ενασχόληση, με αυτήν την ηλικιακή ομάδα τότε η παραπομπή είναι προτεινόμενη. Αυτή είναι πολύ σημαντικό, ειδικά αν η κατάθλιψη έχει κριθεί ότι είναι «βαριά» ή όταν υπάρχουν προβληματισμοί - σκέψεις αυτοκτονίας. Η παραπομπή θα πρέπει επίσης να τίθεται υπό σκέψιν όταν η κατάσταση του ασθενή δεν καλυτερεύει στον αναμενόμενο χρόνο ή όταν υπάρχει χειροτέρευση της κατάθλιψης παρά την επαρκή θεραπεία.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι να βοηθήσει τον έφηβο να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις που τον προβληματίζουν, να ξαναβρεί την αυτοεκτίμησή του, να ξανατοποθετηθεί απέναντι στους γονείς του. Ο αριθμός των απαραίτητων συνεδρίων μπορεί

να διαφέρει μέχρι να καταφέρει ο έφηβος να αποκτήσει την αυτονομία του. Η ψυχοθεραπεία βασίζεται σε ένα σύνολο κανόνων που συμβάλουν στην θεραπεία. Ο έφηβος πρέπει να έρθει με την δική του θέληση και να δεχθεί να δεσμευθεί.

Ότι ειπωθεί ανάμεσα σ' αυτόν και το θεραπευτή θα μείνει μυστικό. Οι γονείς από τη δική τους πλευρά οφείλουν να πειστούν πως δεν χρειάζεται να μάθουν τι συμβαίνει κατά την διάρκεια των συνεδρίων, αυτό αφορά τον θεραπευτή και τον έφηβο.

Πριν τοποθετηθεί ο έφηβος ξανά απέναντι στους άλλους κρίνεται απαραίτητος ένας αριθμός συναντήσεων με τον θεραπευτή και ορίζεται με κοινή συμφωνία.

Ο θεραπευτής πραγματοποιεί μια υποκειμενική εκτίμηση των συμπτωμάτων που διαπιστώνει στον ασθενή, πριν και μετά την έναρξη της αντικαταθλιπτικής θεραπείας.

Κάθε ειδικός αποφασίζει για τις κλινικές μεταβλητές που θα λάβει υπόψη του, για να αντικειμενικοποιήσει την αλλαγή, και για το βάρος που θα αποδώσει στην καθεμιά απομάκρυνση των ιδεών αυτοκτονίας, μείωση του ψυχικού πόνου, βελτίωση της ποιότητας του ύπνου, ανάκαμψη των διανοητικών ικανοτήτων. Γενικά η αποθεραπεία στηρίζεται σε ένα σύνολο επιχειρημάτων : συνυπολογίζονται ο αριθμός και η ένταση των συμπτωμάτων σε σχέση με την αρχική εικόνα' το υποκειμενικό βίωμα του ασθενούς, που πρέπει να νιώθει αποθεραπευόμενος και ικανός να αφομοιώσει αυτή την καταθλιπτική εμπειρία στην υπαρξιακή του διαδρομή η ποιότητα της οικογενειακής και κοινωνικοεπαγγελματικής επανένταξης η άποψη του περιβάλλοντος, που πρέπει να δίνεται με προσεκτικό και κριτικό τρόπο και η οποία είναι συμπληρωματική των παρατηρήσεων του ειδικού, ή της αυτοεκτίμησης του ασθενούς.

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι η πλειοψηφία των καταθλιπτικών εφήβων μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς από τον γιατρό πρωταρχικής φροντίδας και την υποστήριξη της οικογένειας.

2.1. ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης, είναι χημικές ουσίες που δρουν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες και τη συμπεριφορά του ατόμου.

Σύμφωνα με συγγραφείς ψυχιατρικών συγγραμμάτων, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θεωρούνται πρώτη επιλογή στην θεραπεία της κατάθλιψης, ωστόσο δεν θεραπεύουν πλήρως αυτήν. Στόχος τους είναι να κατευνάσουν την συμπτωματολογία της και να προλάβουν τυχόν υποτροπές. Οι επιστήμονες τονίζουν ότι η φαρμακοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες ψυχοθεραπείες.

Αναφορικά για τούς εφήβους τα παραδοσιακά αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν είναι πολύ ανεκτά εξ' αιτίας των γνωστών παρενεργειών τους. Η άφιξη της επιλεκτικής, αναχαιτιστικής, επαναληπτικής σεροτονίνης (εξειδικευμένοι αναστολείς της σεροτονίνης I.S.R.S) έθεσε, σε μεγάλο βαθμό, αυτούς τους φόβους στην άκρη.

Η εμφάνιση των αντικαταθλιπτικών της δεύτερης γενιάς, αυτών των μορίων με επιλεκτική σεροτονινενεργική επίδραση, που είναι πολύ καλύτερα ανεκτά από τα τρικυκλικά και πολύ ευκολότερα στη χρήση, τροποποίησε σημαντικά το τοπίο των χορηγήσεων και συνέβαλε ευρύτατα σε μια εξέλιξη της πρακτικής των θεραπειών.

Τα SSRI'S είναι αρκετά ανεκτά από τους εφήβους εξ' αιτίας της εξαιρετικής γρήγορης δράσης τους και της χαμηλής τάσης τους να προκαλούν παρενέργειες. Η χαμηλή τοξικότητά τους, τα καθιστά εξαιρετικά βοηθητικά, ειδικά για τον παρορμητικό πληθυσμό των ασθενών. Είναι πολύ σημαντικό να δοθεί επαρκής χρόνος έτσι ώστε να δράσει το φάρμακο (4-6 εβδομάδες) και φυσικά να χρησιμοποιηθούν επαρκείς δόσεις.

Υπάρχουν αρκετές επιλογές φαρμάκων SSRI'S ώστε να βρεθεί το κατάλληλο φάρμακο για τις περισσότερες συμπτωματολογικές ομάδες. Οι περισσότεροι έφηβοι μπορούν να ανεχτούν τη δοσολογία των ενηλίκων' η έλλειψη ανταπόκρισης στο φάρμακο, πιθανότατα να αντανakλά πρόβλημα με τη δοσολογία και όχι με την επιλογή του φαρμάκου. Θα πρέπει να γίνεται κάποια προσπάθεια για να εξηγηθεί η δράση των φαρμάκων στον ασθενή και στην οικογένεια του, καθώς επίσης και οι πιθανές παρενέργειες του. Μπορεί να είναι επίσης απαραίτητα φάρμακα κατά του άγχους και φάρμακα για τον ύπνο.

Είναι γεγονός ότι κανένα από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλεί εθισμό. Συνήθως είναι ασφαλή, με την προϋπόθεση ότι θα λαμβάνονται σύμφωνα με τη συνταγή του γιατρού.

Οι περισσότεροι άνθρωποι, που παίρνουν αντικαταθλιπτικά, βιώνουν λίγες έως καθόλου παρενέργειες. Αυτό επαληθεύεται κυρίως με τα τελευταία αντικαταθλιπτικά.

Οι παρενέργειες επί το πλείστον εξαφανίζονται μέσα σε δυο έως τρεις εβδομάδες, κι αν τις συγκρίνουμε με τα θετικά αποτελέσματα των φαρμάκων, καταλήγουμε να τις θεωρήσουμε ως μηδαμινές. Σπάνια οι παρενέργειες είναι τόσο σοβαρές που να κριθεί απαραίτητο να αλλαχθεί το φάρμακο.

Όποιες κι αν είναι πάντως οι παρενέργειες, μάλλον είναι πιο βλαβερό να έχει κανείς κατάθλιψη από το να πάρει αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

2.2. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ψυχοθεραπεία στην κυριολεξία σημαίνει θεραπεία της ψυχής. Στο «Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης» ο Ζαν Λαπλάνς και ο Ζαν - Μπατίστ Πονταλί ορίζουν την ψυχοθεραπεία ως «κάθε μέθοδο θεραπείας των ψυχικών ή σωματικών διαταραχών, που χρησιμοποιεί ψυχολογικά μέσα και, ακριβέστερα, τη σχέση του θεραπευτή και του αρρώστου». Κάθε ιατρική πράξη, λοιπόν, περιλαμβάνει κατά ένα μέρος της ψυχοθεραπεία.

Το πρόβλημα με τον καταθλιπτικό δεν είναι αυτό της ψυχοθεραπείας, αλλά της διαπίστωσης ποιος τύπος ψυχοθεραπείας πρέπει να προταθεί, ποια στιγμή και με ποιες συνθήκες.

Μέχρι πρόσφατα, ο καταθλιπτικός δεν είχε άλλη εναλλακτική λύση παρά να διαλέξει ανάμεσα στην ψυχανάλυση και στις υποστηρικτικές ψυχοθεραπείες. Αυτές οι τελευταίες, μάλιστα, δεν είχαν και πολύ εξειδικευμένο χαρακτήρα και για πολλούς ψυχοθεραπεία σήμαινε αποκλειστικά ψυχανάλυση.

Όμως τα τελευταία χρόνια, στο ψυχοθεραπευτικό τοπίο κάνουν την εμφάνιση τους καινούργιες μορφές ψυχοθεραπείας, ιδιαίτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες του καταθλιπτικού. Οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι είναι πάρα πολλές και η ταξινόμηση τους δύσκολη. Εντούτοις, μπορούμε να διακρίνουμε δύο μεγάλες οικογένειες : τις ψυχοθεραπείες αναλυτικής έμπνευσης και τις βραχείες δομικές θεραπείες.

Οι θεραπείες αναλυτικής έμπνευσης περιλαμβάνουν την τυπική ψυχανάλυση και τις ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικής έμπνευσης ή προσανατολισμού. Η βασική αρχή των μεθόδων αναλυτικής έμπνευσης βασίζεται στην αναβίωση και την κατανόηση από τον καταθλιπτικό των άλυτων βρεφικών ψυχικών συγκρούσεων, που αναβιώνουν κατά την καταθλιπτική κρίση, με την ευκαιρία ενός τραυματικού γεγονότος. Η συνειδητοποίηση, αυτών των βρεφικών τραυματικών εμπειριών, επιτρέπει στον καταθλιπτικό να περιορίσει την επίδραση τους στα σχήματα της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Οι βραχείες δομικές θεραπείες από την άλλη, εκπροσωπούνται κυρίως από τις γνωστικό-συμπεριφορικές θεραπείες και από τις διαπροσωπικές θεραπείες. Είναι θεραπείες που περιλαμβάνουν ένα ισχυρό παιδαγωγικό στοιχείο, οι οποίες προσανατολίζονται προς την εκμάθηση εξειδικευμένων ικανοτήτων (γνωστικών ή σχέσεων) που επικεντρώνονται στην περιοχή των σημερινών προβλημάτων του καταθλιπτικού, στο «εδώ και τώρα».

Για τι θεραπεία λοιπόν ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, καταλήγουμε ότι η φαρμακευτική βοήθεια με την χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού, αποτελεί βέβαια ένα μέσο απαραίτητο, θα πρέπει όμως, να γίνεται στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής σχέσης και να συνοδεύεται από ψυχολογική υποστήριξη, που ανάλογα με την εξέλιξη του καταθλιπτικού επεισοδίου θα ορίζεται μια δομημένη ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση (αναλυτική, γνωστική, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία).

Η επίδραση των αντικαταθλιπτικών και της ψυχοθεραπείας δεν ασκείται στο ίδιο επίπεδο : πράγματι, η συμπτωματική επίδραση των αντικαταθλιπτικών χημειοθεραπειών τεκμηριώθηκε σε πολύ μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών, αντίθετα ψυχοθεραπευτικές μελέτες υπήρξαν μέχρι σήμερα αντικείμενο ελάχιστων εργασιών.

Για τους οπαδούς μιας καθαρά ψυχογενούς προέλευσης της κατάθλιψης, τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν χημικά δεκανίκια που βοηθούν πρόσκαιρα τον καταθλιπτικό να απαλλαγεί από τα συμπτώματα με έμμεσο και μη εξειδικευμένο τρόπο. Αντίθετα η ψυχοθεραπεία μπορεί να επιτρέψει μια πιο σε βάθος ανάλυση των συμπτωμάτων της αρρώστιας και κατά συνέπεια θεραπευτική επίδραση.

Αντίθετα με αυτήν την άποψη που είναι ακόμα πλατιά διαδεδομένη, τα αντικαταθλιπτικά δεν ενοχλούν κατά κανένα τρόπο την ψυχοθεραπευτική εργασία. Τα δύο αυτά θεραπευτικά μέσα είναι απόλυτα συμπληρωματικά.

Η ψυχαναλυτική άποψη αναφορικά με την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, τόσο του Freud (του πατέρα της ψυχανάλυσης) όσο και άλλων ειδικών και επιστημόνων για την πρόκληση της κατάθλιψης, είναι η προσκόλληση του ατόμου σε κάποιο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής του εξέλιξης και συγκεκριμένα η σχέση του ατόμου με το πρωτογενές αντικείμενο αγάπης (μητέρα), ο αποχωρισμός του οποίου φέρνει το άτομο σε κατάσταση διαρκούς πένθους. Έτσι κάθε απώλεια στη μελλοντική του ζωή θα τον φέρνει σε κατάσταση μελαγχολίας θυμίζοντας του τον πρώτο αποχωρισμό.

Με την κλασική της μορφή, η τυπική ψυχανάλυση φαίνεται ελάχιστα κατάλληλη για την θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων.

Στην οξεία φάση, ο καταθλιπτικός έχει χάσει κάθε επιθυμία και κάθε πρωτοβουλία. Η έλλειψη κινήτρων και η διανοητική επιβράδυνση τον κάνουν ανίκανο να συνδιαλλαγεί, πράγμα που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ψυχοθεραπεία.

Όταν έχει απομακρυνθεί η καταθλιπτική κρίση, αυτή η τεχνική μπορεί να ενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις αλλά με μεγάλη επιφύλαξη και με έναν έμπειρο ψυχοθεραπευτή.

Ο Freud είχε θέσει ορισμένα κριτήρια για ένδειξη ψυχανάλυσης ως θεραπευτικής μεθόδου γενικά. Αυτά ήταν ύπαρξη ισχυρού εγώ, η ανοχή του ατόμου σε απογοητεύσεις και σε έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, που θα επιφέρει η ψυχαναλυτική διαδικασία, η νεαρή ηλικία, η κινητικότητα και η ύπαρξη ενός περιβάλλοντος του ατόμου που να μπορεί ρεαλιστικά να αλλάξει.

Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι επίσης μια τροποποιημένη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία όπου η θεωρητική βάση της, σύμφωνα με τον Freud και άλλων μεταγενέστερων επιστημόνων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από την κλασική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή δίνει περισσότερο έμφαση στις τρέχουσες συγκρούσεις του ατόμου, ενώ η κλασική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχει στόχο να αποκαλυφθούν και να επεξεργαστούν συγκρούσεις που αφορούν την πρώιμη ηλικία του ατόμου.

Στόχος της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας αναφορικά με την κατάθλιψη είναι να τροποποιήσει την παθολογική συμπεριφορά του ατόμου μεταβάλλοντας τις συνθήκες του περιβάλλοντος του. Δίνει έμφαση στις παρελθούσες και στις τρέχουσες εμπειρίες του ατόμου. Επικεντρώνεται στην αναγνώριση των συνθηκών που οδήγησαν το άτομο στο πρόβλημα αλλά και των υγιών στοιχείων αυτού.

Αυτό έγκειται στην ικανότητα του θεραπευτή να δει τα νοσογόνα στοιχεία και τα υγιή του ατόμου.

Παράλληλα ο καταθλιπτικός βοηθείται από τον θεραπευτή να κατανοήσει τους λόγους που τον έφεραν σ' αυτή την κατάσταση και να προσπαθήσει από μόνος του να ξεπεράσει το πρόβλημα που τον οδήγησε στην κατάθλιψη.

Άλλωστε αυτή η ψυχοθεραπευτική μέθοδος δεν δίνει λύσεις αλλά βοηθά το άτομο να τις βρει μόνο του.

Τόσο η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία του Freud όσο και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τους συγγραφείς ψυχιατρικών συγγραμμάτων στην πράξη σε σχέση με την κατάθλιψη δεν είναι τόσο αποτελεσματικές. Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν δύο καινούργιες θεραπευτικές μέθοδοι πιο αποτελεσματικές από τις προηγούμενες και είναι οι βραχείες δομικές θεραπείες οι οποίες εκπροσωπούνται κυρίως από τις γνωστικές και διαπροσωπικές θεραπείες.

Εμπνευστής της γνωστικής (γνωσιακής) ψυχοθεραπείας είναι ο αμερικανός ψυχίατρος με ειδικότητα αναλυτή Aaron Beck.

Σύμφωνα μ' αυτή την ψυχοθεραπεία ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, είναι ο τρόπος που ανταποκρινόμαστε σ' αυτόν. Αν η γνώση που έχουμε για τη ζωή είναι αρνητική, οι σκέψεις, τα συναισθήματα μας και οι πράξεις μας θα είναι αρνητικές.

Η γνωσιακή θεραπεία αναζητά αυτό που είναι γνήσιο και πραγματικό στη ζωή του ανθρώπου, εντοπίζει τις διαστρεβλωμένες γνώσεις ενός ανθρώπου (αντιλήψεις και εκτιμήσεις) και «τους δίνει νέο πλαίσιο, μ' ένα ακριβέστερο και πλέον τεκμηριωμένο πρίσμα».

Κατά τους γνωστικιστές θεραπευτές των καταθλιπτικών επεισοδίων προϋπάρχουν ασυνείδητα «καταθλιψιογόνα» σχήματα σκέψης, τα οποία

ενέχονται ταυτόχρονα στην έναρξη και στη διατήρηση των επεισοδίων. Η παρέμβαση του θεραπευτή μετά από αρκετές συνεδρίες πρέπει να οδηγήσει τον καταθλιπτικό στην συνειδητοποίηση και στην κριτική αντιμετώπιση των αρνητικών σκέψεων και πεποιθήσεων του. Πρόκειται για μια καθοδηγητική θεραπεία όπου ο θεραπευτής είναι ενεργός και ρίχνει το βάρος στα συγκεκριμένα και σημερινά προβλήματα του ασθενή.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μια ευέλικτη, δομημένη, ενεργητική θεραπευτική μέθοδος. Καταρχάς ενδείκνυνται για όλα τα είδη κατάθλιψης, ανεξαρτήτων ανεξαρτήτως χρονιότητας και βαρύτητας, χωρίς να υπογραμμίζουμε ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε καταθλίψεις ελαφριάς ή μέσης βαρύτητας.

Εφαρμόζεται σε νοσηλευόμενους και μη νοσηλευόμενους ασθενείς, επίσης εφαρμόζεται χωρίς δυσκολία σε άτομα κάθε ηλικίας και οποιουδήποτε κοινωνικο-πολιτισμικού επιπέδου.

Δομημένη γιατί η θεραπευτική διαδικασία, οι συνεδρίες, η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου είναι οργανωμένες πάνω σε καθορισμένο σχήμα που έχει συμφωνηθεί και από την πλευρά του θεραπευτή και από την πλευρά του θεραπευόμενου.

Ενεργητική γιατί σ' αυτή συμμετέχουν ενεργά και ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος.

Η γνωσιακή θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να αποτελεί μια λύση αντικατάστασης των αντικαταθλιπτικών όταν για διάφορους λόγους, οι ασθενείς δίνουν προτεραιότητα στο ψυχολογικό πεδίο της κατάθλιψης ή σε περιπτώσεις που τα φάρμακα αντενδείκνυνται, δεν είναι ανεκτά, ή είναι αναποτελεσματικά.

Οι συγγραφείς ψυχιατρικών συγγραμμάτων συμφωνούν ότι η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική ως θεραπεία συγκρινόμενη μάλιστα με την φαρμακοθεραπεία.

Η Διαπροσωπική θεραπεία αναπτύχθηκε από τον ψυχίατρο Gerald Klerman, M.D., του πανεπιστημίου του Harvard, και την Myrna Weissman, Ph.D, του πανεπιστημίου του Yale. Είναι μια βραχεία ψυχοθεραπεία που βοηθάει τους ανθρώπους να αναγνωρίζουν και να λύνουν τα προβλήματα που έχουν με τους άλλους. Εφαρμόζεται αποτελεσματικά σε καταθλιπτικά άτομα χωρίς διάκριση φύλου ή κοινωνικοπολιτισμικού επιπέδου. Η

θεραπευτική αυτή μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί μόνη της ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Το θεωρητικό υπόβαθρο της διαπροσωπικής θεραπείας είναι ένας αριθμός θεωρητικών, εμπειρικών και κλινικών μελετών.

Η φιλοσοφία της άνω θεραπείας είναι ότι τα ψυχικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα διαπροσωπικών συγκρούσεων του ατόμου και μη σωστής προσαρμογής του στο κοινωνικό - οικογενειακό περιβάλλον.

Η βασική λοιπόν θεωρία είναι ότι η δυσλειτουργία των διαπροσωπικών σχέσεων (μη ικανοποίηση στις σχέσεις, μνησικακία, συγκρούσεις, ματαιώσεις, απομόνωση ...) ενέχεται ουσιαστικά στην έναρξη ή στη διατήρηση των καταθλιπτικών διαταραχών. Η διαπροσωπική θεραπεία υπογραμμίζει το θεμελιακό ρόλο της προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του και έχει στόχο τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων του καταθλιπτικού ατόμου, της λειτουργικότητας του και την κατανόηση του προβλήματος από αυτό .

Ο κοινωνικός ιστός συνιστά ένα προστατευτικό υποστήριγμα ενάντια σε μια καταθλιπτική ανταπόκριση. Ένα απομονωμένο άτομο, με μικρές δυνατότητες αλληλεπίδρασης με τον οικογενειακό του περίγυρο ή με φίλους, εμφανίζεται λοιπόν ως άτομο με ιδιαίτερα μεγάλο κίνδυνο κατάθλιψης.

Η διαπροσωπική προσέγγιση της κατάθλιψης επικεντρώνεται στους εξής τομείς : 1) τη συμπτωματολογία, 2) την πιθανή αιτιολογία της κατάθλιψης (ψυχολογικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί παράγοντες), 3) Στο κοινωνικό - οικογενειακό περιβάλλον του καταθλιπτικού ατόμου (βιώματα παιδικής και μη ηλικίας, φιλικές σχέσεις, οικογενειακές σχέσεις κ.τ.λ.) και 4) στην προσωπικότητα του καταθλιπτικού ατόμου (συμπεριφορά, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά).

Ο σφαιρικός στόχος αυτών των θεραπειών είναι η βελτίωση των ικανοτήτων του υποκειμένου για σύναψη σχέσεων, μέσω συνεδρίων εξάσκησης στην επικοινωνία ή στις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων.

Δεδομένου ότι η Διαπροσωπική θεραπεία επικεντρώνει την προσοχή της στην αντίληψη και την αντίδραση σ' αυτές τις αντιλήψεις που έχουμε διαμορφώσει, δίνει μια επιπλέον έμφαση στην τεχνική της επικοινωνίας. Η διαπροσωπική και η γνωστική θεραπεία έχουν τόσες πολλές κοινές αρχές

και συνεργάζονται τόσο καλά μαζί που πολλοί θεραπευτές τις έχουν ενώσει με τη διατύπωση Γνωστική / Διαπροσωπική θεραπεία.

Αμφότερες (Γνωστική και Διαπροσωπική θεραπεία) ασχολούνται με τον τρόπο σκεφτόμαστε, αισθανόμαστε και συμπεριφερόμαστε τώρα, και όχι με ό,τι συνέβη κάπου, κάποτε, στην παιδική μας ηλικία.

Η προληπτική αποτελεσματικότητα των διάφορων μορφών ψυχοθεραπείας, είτε αυτή είναι υποστηρικτική, γνωστική, διαπροσωπική, είτε αναλυτικής έμπνευσης, είναι αντικείμενο όλο και περισσότερων εργασιών : κατά την εξέλιξη του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι απαραίτητα στοιχεία για μια σωστή σταθεροποίηση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου.

Κάθε καταθλιπτική ρήξη πρέπει να ακολουθείται από λεπτομερειακή ανάλυση του πλαισίου της έναρξης του: οι επαγγελματικές και οικονομικές δυσκολίες, οι συναισθηματικές διενέξεις, η μοναξιά και η απομόνωση είναι παράγοντες προδιάθεσης ή «εκλυτικοί» παράγοντες, που πρέπει να αναζητηθούν προσεκτικά. Τον περισσότερο καιρό είναι προτιμότερο να αναβάλλεται κάθε σημαντική απόφαση για μελλοντικές δεσμεύσεις, στη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Ωστόσο, πρέπει να αντιμετωπίζεται η δυνατότητα αλλαγής των συνθηκών ζωής, με την υποστήριξη του περίγυρου και της οικογένειας.

Τελειώνοντας αυτό το κεφαλαίο με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης είναι σκόπιμο να λεχθεί ότι καμιά από τις άνω θεραπευτικές προσεγγίσεις δεν αποτελεί από μόνη της την απόλυτη θεραπευτική λύση για κατάθλιψη. Η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης σύμφωνα με τους συγγραφείς ψυχιατρικών συγγραμμάτων είναι ο συνδυασμός ψυχολογικών ψυχοθεραπειών και βιολογικών. Μια δηλαδή βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη θεραπεία εναρμονισμένη με την αιτιολογία της που επίσης είναι βιοψυχοκοινωνική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα του εφήβου με κατάθλιψη δεν έχει έντονες διαφορές με την νοσηλευτική φροντίδα του ενήλικα καταθλιπτικού αρρώστου. Φυσικά χρειάζεται ιδιαίτερη ευαισθησία, προσοχή και εκπαίδευση από τους νοσηλευτές για μια καλύτερη αντιμετώπιση στα προβλήματα των εφήβων με κατάθλιψη.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

Α) άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του

αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας

Β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και

προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο

Γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Νοσηλευτικές διαγνώσεις για τη μείζονα κατάθλιψη

- Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
- Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
- Απελπισία
- Αίσθημα αδυναμίας
- Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

Νοσηλευτική διάγνωση : μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον του εαυτού.

Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτό - τραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού)
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του : «δεν θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή : «τίποτε δεν μου δίνει καμιά χαρά», «η ζωή δεν αξίζει πλέον να τη ζω», «Όλα είναι απελπισία».
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα. Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.
- Απώλεια αυτό - εκτίμησης, αισθήματος, προσωπικής αξίας (Υποκειμενικά : «Δεν αξίζω τίποτα. Δεν αξίζει να ζω». Αντικειμενικά : ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνομία (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα)
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε :

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την κατάσταση
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου, δηλαδή κινήσεις, απειλές, μοίρασμα ατομικών πραγμάτων, παρουσία ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών και ιστορικό προηγούμενης απόπειρας.

Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά, ιδιαίτερος σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας

εξόδου πριν να προγραμματισθεί. Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.

Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί η διακοπή ή βλαπτική συμπεριφορά.

Προσοχή να μη χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες,

ξυράφια, ψαλίδια). Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου και με πολλή ευγένεια και σεβασμό.

Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει ο άρρωστος και να μη τα κρύβει για απόπειρα αυτοκτονίας ή να τα πετάει στα άχρηστα.

Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμα και όταν χρησιμοποιεί τους

βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.

Νοσηλευτικοί γύρω στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύχτα, τα ξημερώματα, στις αλλαγές βάρδιας των νοσηλευτών και σε άλλες ώρες που προβλέπεται ότι το προσωπικό είναι πολύ

απασχολημένο). Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο του αρρώστου. Βοηθάει τον νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή που είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό.

Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία π.χ. ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου.

Διατύπωση ενός συμφωνητικού πρωτοκόλλου με τον άρρωστο που να περιλαμβάνει τι θα κάνει ο άρρωστος και τι ο νοσηλευτής για την ασφάλεια του πρώτου. Αυτό τεκμηριώνει τα μέτρα που θα ληφθούν για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ανταπόκριση του αρρώστου. Ακόμη προωθεί την επικοινωνία και μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αξιολογήσει τη νοσηλεία του. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν ότι θέλουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες.

Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμηση του (γνωστική θεραπεία). Ενίσχυση του αρρώστου στη

διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.

Παρότρυνση του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική

υγιεινή, και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.

Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτό - αξιολόγησης

αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα

της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

Χορήγηση των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.

Συνεργασία με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν.

Νοσηλευτική διάγνωση. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας

Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες

- Διαταραχή της αυτό -ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμηση και εικόνα του εαυτού)
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοσύνης

- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνωμία, παραληρητικές ιδέες δίωξης)
 - Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων
 - Ιστορικό ψυχοτραυματιών και μη ικανοποιητικών σχέσεων
 - Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων .
 - Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος /σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.α.)
 - Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής)
 - Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομήλικων
 - Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση
 - Κοινωνική απομόνωση.

Αποδεικτικά - χαρακτηριστικά στοιχεία

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.
 - Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
 - Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
 - Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις. «Καλύτερα να παραμείνω στο δωμάτιο μου παρά να πάω στην ομαδική συνάντηση», «Μη με ενοχλείτε, θέλω να μείνω μόνος»
 - Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
 - Άρνηση /απόθεση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
 - Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.
 - Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους.
 - Λεκτική αναφορά ότι είναι άξονας για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
 - Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν : «Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες...Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα...Εγώ είμαι διαφορετικός».
 - Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα

αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών. «Δεν τα πήγα καθόλου καλά... Δεν υπήρχε κατανόηση μεταξύ μας... Η συνομιλία μας ήταν χαμένος χρόνος».

- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

Νοσηλευτικοί σκοποί /κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής :

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις)
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'- 10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.

Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.

Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο

νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (σιωπηλότητα, βωβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, π.χ. τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

Χρήση απλώς, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων για να συντελεσθεί η θεραπεία.

Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

Αποφυγή εκφράσεων όπως :τα πράγματα θα διορθωθούν...Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε -κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη

σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτό -υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύει λεκτικά το θύμα του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος Π.χ. Μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής :Δεν ήμουν καλός χθες. Αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής : φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμα σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του.

Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. Όλα αυτά ενεργούν ως θετικοί ενισχυτές του αισθήματος της προσωπικής αξίας του αρρώστου και της ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές. Μέσα στην ομάδα ο άρρωστος θα δοκιμάσει την υποστήριξη από τους άλλους, θα μάθει κοινωνικούς τρόπους και θα ανακαλύψει ότι τα προβλήματα και οι ανησυχίες του είναι παρόμοια με εκείνα των άλλων.

Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.

Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΩΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να έχει υπόψη του τις παρακάτω αρχές που ισχύουν για τη χορήγηση των ψυχοφαρμάκων γενικότερα.

Θα πρέπει να γνωρίζει:

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να ανυψώνεται / βελτιώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα. Τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Παρενέργειες των φαρμάκων και νοσηλευτικές ευθύνες.

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις
- Ξηροστομία : Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών με μερικές σταγόνες λεμόνι και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση :το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.

- Δυσκοιλιότητα :λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.

- Κατακράτηση ούρων :διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στο νοσηλευτή.

- Καταστολή : ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με το γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.

- Ορθοστατική υπόταση :ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και σε όρθια θέση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.

- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών :ιδιαιτέρη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.

- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες : Συστηματική μέτρηση της ΑΠ και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με το γιατρό.

- Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της ΜΑΟ) :Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με ΑΜΑΟ, χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οινοπνευματώδη ποτέ, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες κ. α. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία /εμετούς, αυχενική δυσκαμψία, αύξηση της ΑΠ, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα αμέσως κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά τη διάρκεια θεραπείας με αναστολές της ΜΑΟ.

Αντενδείξεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων
:Υπερευαισθησία, καρδιαγγειακό νόσημα, διαταραχή νεφρικής ή υπατικής λειτουργίας, ταυτόχρονη λήψη περισσότερων από ένα αντικαταθλιπτικών φάρμακων.

Θα πρέπει να το τονίσουμε ότι η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για τη συνέχιση της αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτή.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Σπασμοθεραπεία (convulsive therapy), ονομάζουμε την πρόκληση γενικευμένης νευρωνικής εκφόρτισης (επιληπτικού τύπου) για θεραπευτικούς σκοπούς σε ορισμένες μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Παρότι αυτή μπορεί να προκληθεί και με χημικά μέσα (π.χ. καμφορά, πεντυλενοτετραζόλη, εισπνοή φλουραιθυλίου, κλπ), η χρήση ηλεκτρικού ερεθίσματος έχει επικρατήσει σαν η πλέον ασφαλής αξιόπιστη και καλά ανεκτή από τον ασθενή μέθοδος εκφόρτισης των εγκεφαλικών νευρώνων. Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται και τον τονικοκλονικό σπασμό (convulsion) που αποτελεί την περιφερική έκφραση της εκφόρτισης (seizure), προέρχεται και η ονομασία Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) πιο γνωστή με την αγγλική συντομογραφία της «ECT» (Electroconvulsive therapy). Ο όρος «ηλεκτροσόκ» (electroshock, ECS) χρησιμοποιείται μόνο όταν αναφέρεται κανείς σε πρόκληση σπασμών σε πειραματόζωα για ερευνητικούς σκοπούς.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε E.C.T.

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου, αν είναι σε θέση, και των συνοδών πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο άρρωστος προ της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός για 12 περίπου ώρες, να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα, και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θεϊκής ατροπίνης 30' πριν από τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η E.C.T.
- Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην IV

χορήγηση αναισθητικού μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό. Μερικά πρωτόκολλα προβλέπουν και χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί αμνησία, ώστε να μη θυμάται ο άρρωστος την εμπειρία.

- Χορήγηση O₂ και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειαστεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος (1-2 δευτερόλεπτα) ικανού να προκαλέσει μια γενικευμένη νευρωνική εκφόρτιση διάρκειας 30-60 δευτερολέπτων που μετράται περιφερικά από τους σπασμούς ενός μέλους (π.χ. χεριού) στο οποίο δεν έχει περάσει μυοχαλαρωτικό δεδομένου ότι έχει αποκλεισθεί με σφυγμομανόμετρο πριν χορηγηθεί το μυοχαλαρωτικό.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονής δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο κ.α. τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.

Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες.

Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του αρρώστου, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της ECT και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΛΙΘΙΟ.

Το ανθρακικό λίθιο χρησιμοποιείται στην πρόληψη και θεραπεία της μανίας, υπομανίας και γενικά των διπολικών διαταραχών. Από την έναρξη της θεραπείας με λίθιο μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων της μανίας

μεσολαβούν 1-2 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα χορηγούνται αντιψυχωτικά για την ελάττωση του επιπέδου της υπερκινητικότητας.

Παρενέργειες του λιθίου και νοσηλευτικές ευθύνες

- Ξηροστομία, δίψα : Ανακουφίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, συχνά μικρά πόματα υγρών.

- Γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία : Συνίσταται η λήψη του φαρμάκου με τα γεύματα.

- Λεπτό τρόμος χεριών : Σταματά με την ελάττωση της δόσης του φαρμάκου μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

- Καρδιακές αρρυθμίες : Παρακολουθούνται με λήψη των ζωτικών σημείων σε τακτά διαστήματα και συνεννόηση με το γιατρό για δυνατή ελάττωση της όσης.

- Πολυουρία : Συνήθως δεν αποτελεί σοβαρό ενόχλημα για τον άρρωστο. Μπορεί να υποχωρήσει μετά την πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα. Δε χορηγείται κανένα αντίδοτο.

- Αύξηση βάρους του σώματος :Ο άρρωστος διδάσκεται να εφαρμόσει υποθερμιδική δίαιτα και να χρησιμοποιεί επαρκή ποσότητα νατρίου (αλάτι).

- Τοξικότητα : Μικρό είναι το περιθώριο μεταξύ των θεραπευτικών και τοξικών επιπέδων του ανθρακικού λιθίου. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον όρο του αίματος είναι 0,5 - 1,5 mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια -δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρις ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθεράς. Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1,5 mEq/L> Είναι:

- Θαμπή όραση
- Αταξικό βάδισμα
- Εμβοές αυτιών
- Επίμονη ναυτία
- Εμετοί
- Έντονη διάρροια

Η επόμενη δόση δεν πρέπει να χορηγηθεί και να συζητηθεί με το γιατρό αν κάποιος από τα παραπάνω συμπτώματα διαπιστωθεί κατά την εξέταση και την παρατήρηση ή αναφερθεί απ' τον άρρωστο. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο

άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.

Το λίθιο, στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο -π.χ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης - τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματα του και να πίνει 2500-3000 ιτl ημερησίως. Συνιστάται ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και μέτρηση του βάρους του σώματος του αρρώστου κάθε μέρα για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν σημείων τοξικής κατάστασης.

Αντενδείξεις χορήγησης λιθίου : Λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα με καρδιαγγειακό ή νεφρικό νόσημα, αφυδάτωση, σύγχρονη λήψη διουρητικών, εγκυμοσύνη, καθώς και σε παιδιά κάτω των 12 ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

1.ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η αυτοκτονία συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο και μπορεί να οριστεί ως ο θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του του εαυτού.

Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στην ψυχιατρική και σχεδόν ο μόνος κίνδυνος για τη ζωή που δημιουργείται εξαιτίας μιας ψυχικής πάθησης. Είναι σαφής η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονία και ψυχιατρικές παθήσεις. Πολυάριθμες αναδρομικές έρευνες, καταλήγουν στη διαπίστωση ότι τουλάχιστον 40% των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από ψυχωσικούς ασθενείς, ότι 30 ως 40% των περιπτώσεων συνδέονται με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας και ότι μονάχα 10-15 % των αυτοκτονιών δεν έχουν σχέση με κάποιο σοβαρό ψυχοπαθολογικό αίτιο.

Εξάλλου, τα ποσοστά αυτοκτονιών σε ιδρυματικούς ψυχιατρικούς αρρώστους είναι διπλάσια ως τριπλάσια σε σύγκριση με εκείνα του γενικού πληθυσμού. Η αυτονόητη σχέση αυτοκτονίας -κατάθλιψης φαίνεται καθαρά στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο κίνδυνος είναι σημαντικός, ιδιαίτερα κατά το χρόνο της εναλλαγής κατάθλιψης -μανίας.

Η πρόληψη των υποτροπών με λίθιο μετριάζει το μέγεθος του κινδύνου.

2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η αυτοκτονία ως πρόωρη έξοδος απ' τη ζωή προκαλεί σύγχυση όχι μόνο στην οικογένεια και τους φίλους του ατόμου που την δοκιμάζει, αλλά και σε πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές.

Η αυτοκτονία, με την απειλή της στο περιβάλλον του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται ως η «καρδιακή ανακοπή του ψυχιατρικού τμήματος».

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις συναντά ο νοσηλευτής καθημερινά στην επικοινωνία του με αρρώστους των ψυχιατρικών

τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος πρόβλεψης ποιοι άρρωστοι πράγματι θ' αυτοκτονήσουν.

Υπάρχουν βέβαια στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα που δίνουν ένα πλαίσιο για την αναγνώριση των επιρρεπών ατόμων. Αποτελεσματική όμως πρόληψη και θεραπεία αρχίζει μόνο με την κατανόηση του νοήματος και της αξίας που δίνει ο αυτοκτονικός άρρωστος στη ζωή και τις εμπειρίες του. Και η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική γνωριμία νοσηλευτή και αρρώστου, με την μεταβίβαση ενδιαφέροντος και σεβασμού, με την ουσιαστική υποστήριξη του.

Ο νοσηλευτής κατά την εκτίμηση του αρρώστου εξετάζει τους εξής παράγοντες :

Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια, το αυτοκτονικό σχέδιο, την ψυχική του κατάσταση, τα υποστηρικτικά του πρόσωπα και τον τρόπο ζωής του. Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το προσωπικό του ψυχιατρικού τμήματος και τα σημαντικά πρόσωπα που ενδιαφέρονται. Η φροντίδα επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, την ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών, την αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος, την ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και την εκπαίδευση του αρρώστου.

Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου.

- Λαμβάνετε κάθε απειλή στα σοβαρά. Αξιολογείτε την απειλή πριν την παραμερίσετε.
- Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση γι' αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του αρρώστου.
- Εφαρμόζετε τα προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας που μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15' ή ζήτηση απ' αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.

- Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο άρρωστος χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο?

- Βρείτε ποια είναι η πιο πειστική ανάγκη του αρρώστου κατά τη γνώμη του. Ίσως είναι να δει κάποιο φιλικό πρόσωπο ή μέλος της οικογενείας του ή να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά του απ' το σχολείο.

- Κρατήστε στάση όχι κατάκρισης αλλά ενδιαφέροντος, που δεν προκαλεί τον άρρωστο να οικτίρει τον εαυτό του.

- Ρωτήστε γιατί ο άρρωστος διάλεξε να αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα χύσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον άρρωστο και ίσως δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.

- Φροντίζετε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.

- Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος.

- Ερευνάτε το δωμάτιο του αρρώστου, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

- Έχετε υπόψη ότι σε καμιά περίπτωση δεν απαλλάσσετε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεστε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο ως πρόσωπο και να ζητάτε την άδεια του για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.

- Αποφασίστε με τους συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.

- Τοποθετήστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και μαζί με ένα ακόμη άρρωστο.

- Προσέχετε να μην ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής.

- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητήστε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Ιεραρχήστε τα και κάνετε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο σημειώνοντας ποιος είναι υπεύθυνος και για ποιες ενέργειες.

- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις. Π.χ. «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας. Να είστε ειλικρινής αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή

- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο πιο πολύ μπορεί. Αναθέτετε σ' αυτόν εργασίες που αποσπών την προσοχή χωρίς να τον κουράζουν.

- Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο, με ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμασθείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μη κάνετε υποθέσεις για την συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργάζεστε γι' αυτό με τον γιατρό.
- Συζητάτε το σχέδιο φροντίδας που καταστρώσατε μαζί με τον άρρωστο και προγραμματίζετε τη συνέχιση της παρακολούθησης.
- Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πώς επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.
- Συνεργάζεστε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.
- Κάνετε σωματική εξέταση του αρρώστου. Μια άρρωστη είχε τραυματίσει το σώμα της σοβαρά πριν έλθει στο νοσοκομείο, αλλ' αυτό δεν ανακαλύφθηκε μέχρι την ημέρα που της έγινε σωματική εξέταση.
- Φαντασθείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία.
- Οι άρρωστοι ενδέχεται να πνιγούν στη μπανιέρα, να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους ή να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντας την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα όχι με σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνον ή κοντά σε βλαβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σ' ένα πολυάσχολο τμήμα.

Η νοσηλευτική, δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση, όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί

την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο άνθρωπος έχει τόσο φυσικές όσο και συναισθηματικές ανάγκες. Παρόλο που για την κάλυψη των φυσικών αναγκών ξοδεύει περισσότερο χρόνο είναι πιο απλές για να ικανοποιηθούν. Έτσι χρειάζεται λίγη τροφή και ρούχα κι ένα καταφύγιο ενάντια στα στοιχεία της φύσης.

Το καθετί πέρα από αυτά είναι πολυτέλεια που δεν είναι αναγκαία για την επιβίωση μας, ενώ είναι πολύ καλή για την άνεση μας.

Η μη κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών μπορεί να επιφέρει τον θάνατο ή να οδηγήσουν το άτομο στην νεύρωση και στην ψύχωση. Όσο υπερβολικός κι αν ακούγεται αυτό το συμπέρασμα δείχνει να είναι πραγματικά αληθινό.

Ο καταθλιπτικός νέος περιμένει την επαφή για να << γεφυρώσει >> το χάσμα που υπάρχει στον ψυχικό του κόσμο και τον σπρώχνει στην αναξιοσύνη. Έτσι όσο κι αν δείχνει πως απομονώνεται, εκφράζει έμμεσα την ανάγκη του για συντροφιά και προσοχή από την πλευρά των συνανθρώπων του.

Το καλύτερο στην περίπτωση του καταθλιπτικού ατόμου, είναι να βάζεις τον εαυτό σου, στη θέση του. Να τον κατανοείς. Αυτό που δεν γίνεται ίσως σωστά είναι η ενημέρωση γύρω από τη φύση της κατάθλιψης.

Οι περισσότεροι άνθρωποι αρνούνται να αναγνωρίσουν τα σωματικά συμπτώματα σαν αποτέλεσμα μιας κατάθλιψης, ενώ προτιμούν να τ' αποδίδουν σ' ένα έλκος στομάχου π.χ. Εδώ φαίνεται καθαρά ο φόβος του ανθρώπου μπροστά σ'ένα ψυχιατρικό νόσημα, το οποίο πιστεύει πως του ανοίγει την πόρτα ενός ψυχιατρείου, δίχως να του δίνει ελπίδες για την έξοδο του από αυτό.

Η λανθασμένη αντίληψη για τις ψυχιατρικές νόσους είναι πανάρχαιο φαινόμενο που δυστυχώς διατηρείται ακόμη. Ο χώρος της ψυχιατρικής επιστήμης καλύπτεται με σύννεφα, που δυσκολεύουν την κατανόηση των νοσημάτων που περιλαμβάνει. Η συμπάθεια που δείχνει ο κοινωνικός περίγυρος στους ψυχιατρικά νοσούντες, είναι μια τακτική που τους μεταφέρει το μήνυμα ότι είναι κατώτεροι, αδύναμοι, αχρείαστοι. Αυτό με τη σειρά του αυξάνει το αίσθημα, της αναξιοσύνης, που στον καταθλιπτικό δρα ανασταλτικά όσον αφορά την θεραπεία του.

Ο φόβος, συγκεκριμένα προς την κατάθλιψη, από τους ανθρώπους αποδεικνύει την ακραία άποψη του για τη φύση της. Έτσι ή πιστεύουν πως είναι ένα ψυχικό φαινόμενο, πολύ συνηθισμένο σ' όλους τους ανθρώπους, (μια παροδική μελαγχολία), ή πως είναι μια τόσο σοβαρή ψυχική νόσος που σε αποτραβά από την πραγματικότητα ενώ εσύ δεν μπορείς να κάνεις τίποτα γι' αυτό.

Είναι καιρός όμως να κατανοήσουμε την υπερβολική συχνότητα και μεταδοτικότητα της κατάθλιψης. Αποτελεί πρόβλημα υγείας με τις ίδιες διαστάσεις που είχε κάποτε ο κίτρινος πυρετός.

Ν' αντιληφθούμε όχι μόνο πως η κατάθλιψη είναι ένας συνηθισμένος τρόπος αντίδρασης στην ένταση, αντίδρασης που κάποτε χρειάζεται ιατρική βοήθεια, αλλά και ότι όταν ακόμα αναγνωρισθεί προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία στους ανθρώπους να αναθεωρήσουν τον εαυτό τους και να επιλύσουν μακροχρόνιες συγκρούσεις με το περιβάλλον τους και τον εαυτό τους.

Είναι αναγκαία η εξειδίκευση των ψυχιατρικών νοσηλευτών στην νόσο της κατάθλιψης και η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των ιατρών στις καινούριες ιατρικές μεθόδους γύρω από την ψυχιατρική αυτή νόσο.

Απαραίτητο συμπλήρωμα μα και αρχή της φροντίδας των ασθενών αυτών, είναι η συνεργασία προσωπικού και καταθλιπτικού. Όλα τα άτομα που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα να είναι σε συνεχή αλληλοστήριξη και ενημέρωση.

Ο καταθλιπτικός ασθενής έχει ανάγκη την συνεχή στήριξη της ψυχικής του κατάστασης, και αυτό απαιτεί ένα προσωπικό με δυνατό ψυχισμό και θέληση.

Αν και η σταθερότητα και ολοκλήρωση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου στηρίζεται στις βάσεις που του δίνονται μέσα από τις σχέσεις μητέρας - πατέρα - παιδιού, δεν είναι ποτέ αργά οι πλευρές της προσωπικότητας που νοσούν να προχωρήσουν στην θεραπεία ακόμα και μέσα σ' ένα ψυχιατρικό τομέα, άρτια όμως εξοπλισμένο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πιστεύω η εργασία αυτή να βοηθήσει τους συναδέλφους μου να αναλύσουν τον εαυτό τους και τα συναισθήματα τους και να βρουν τρόπους κατάλληλους ατομικούς, ώστε η πιο διαπροσωπική επαφή να είναι όσο το δυνατόν πιο βελτιωμένη ψυχοθεραπευτικά προς όφελος του καταθλιπτικού ασθενή.

Αυτό που έχει σημασία είναι ο τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων και συμπαράστασης, τον οποίο πρέπει να προσέξουμε εμείς οι νοσηλευτές, συνεργαζόμενοι μεταξύ μας και με όλη τη θεραπευτική ομάδα.

Φτάνοντας όμως στην τελευταία σελίδα δεν πρέπει κανείς να αισθάνεται το τέλος. Αλλά την αρχή για μια αλλαγή στην συμπεριφορά, στον τρόπο σκέψης κι αντίδρασης.

Μια αλλαγή στον τρόπο ζωής που προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία να αναθεωρήσουμε τους εαυτούς μας, να λύσουμε μακροχρόνιες καταστρεπτικές συγκρούσεις με το άτομο μας και να ζήσουμε μια ζωή πληρέστερη και πιο δημιουργική.

Έτσι λοιπόν θα πρέπει να συνθηκολογήσουμε με την κατάθλιψη. Δεν είναι εχθρός. Δεν είναι κάτι που «σ' αρπάζει». Όπως συμβαίνει με κάθε αρρώστια, χρειάζεται παραδοχή και θεραπεία.

Τέλος στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας για μια πιο τουλάχιστον συμπαθητική και ανθρώπινη αντιμετώπιση των γενικότερων προβλημάτων των εφήβων.

Ας μη ξεχνάμε ότι οι έφηβοι είναι τόσο ευάλωτοι σε κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις, έτσι ώστε η θεραπευτική αντιμετώπιση με αυτούς να μην είναι δυνατόν να απομονωθεί τεχνητά από το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο επενεργούν πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές δυνάμεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Α. (1996). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ταβιθά.

ΔΟΞΙΑΔΗ – ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Α. (1985). *Ο έφηβος και η οικογένεια*. Αθήνα: Εστία.

ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΚΟΥΡΟΣ, Ι. (1993). *Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΜΑΝΟΣ, Γ. (2000). *Ψυχολογία του Εφήβου*. Αθήνα: Γρηγόρη.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ, Ν.Γ. και ΔΗΜ. Η. Ζ. (1989). *Ψυχολογία*. Αθήνα: Κέντρο Ψυχολογικών Ερευνών.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ, Ι.Ν. *Εξελικτική Ψυχολογία*. Αθήνα, 4^{ος}. Του Ιδίου.

ΡΑΓΙΑ, Α. (2004). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Δ' Ταβιθα.

ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι. (1998). *Εφηβεία*. Αθήνα: 2^{ος}, Τεύχος 1^ο. Καστανιώτη.

ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, Π. (1999). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΘΕΜΕΛΙΟ. 2^η.

MARY J. MYCEK, RICHARD A. HARVEY, PAMELA C. CHAMPE. Επιμελητές Ελληνικής Εκδόσεις Ι. Στ. Παπαδόπουλος, Γ. Παπαδόπουλος. *Φαρμακολογία*. Αθήνα: Παρισιαννού 2^η έκδοση.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BECK AARON. (1967). *Depression causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BLOOMFIELD H. HAROLD AND PETER MC WILLIAMS. (1997). *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*. Αθήνα: Θυμάρι.

CHABROL HENRI. *Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου*. Αθήνα: Χατζηνικολή.

FLACH F. FREDERIC, M.D. (1974). *Κατάθλιψη η μυστική της δύναμη*. Αθήνα: Δίοδος.

HANDFIELD JAMES ARTHUR. (1979). *Παιδικότητα και Εφηβεία*. Αθήνα: Θυμάρι.

HERBERT M. (1992). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

<http://www.stress.gr/disorders/depressonl.html> 10/6/2005

http://www.Wyeth.gr/th_area_main.asp?th_ar_id=25&page=0,2,25