

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΦΗΒΩΝ

Η ΕΚΡΗΞΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΒΛΑΣΣΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	3
ΕΦΗΒΕΙΑ	4
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	6
ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ.....	16
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	24
ΨΥΧΩΣΕΙΣ	35
ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ	43
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ	51
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Η σταδιακή απώλεια των μέχρι τότε παντοδύναμων και εξιδανικευμένων γονεϊκών μορφών, η απώλεια του παιδικού σώματος, της παιδικής ηλικίας, συνεπάγονται επώδυνες ψυχικές συγκρούσεις και συναισθήματα κενού, μοναξιάς και αδυναμίας. (Υπουργείο Παιδείας και Υπουργείου Πολιτισμού, έκθεση, 1993)

Η εφηβεία είναι το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και χαρακτηρίζεται από τη μεταμόρφωση του σώματος, φυσιολογική μεταμόρφωση, και από μεταμόρφωση του πνεύματος και των συναισθημάτων, ψυχική-συναισθηματική μεταμόρφωση).

ΕΦΗΒΕΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει «βιολογικά» με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει «ψυχολογικά» με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, καθώς και του συναισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωσή του. Από τους ειδικούς χαρακτηρίζεται ως η πιο κρίσιμη περίοδος στη ζωή του ατόμου αφού κατά τη διάρκειά της ολοκληρώνεται η νοητική, η σωματική και ψυχική ανάπτυξή του.

Ο Π.Ο.Υ. (1965) έχει ορίσει τα χρόνια της εφηβείας από τα 10 έως τα 19 ώστε να περιλάβει όλες τις διαφορετικές κοινωνικο-πολιτισμικές καταστάσεις που προσδιορίζουν τη διάρκειά της. Ο χρονικός προσδιορισμός που έχει δοθεί περιλαμβάνει την περίοδο των αναπτυξιακών μεταβολών από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και αυτή από την εφηβεία μέχρι και τη πρώιμη ενήλικη ζωή. Ένα ιδιαίτερο βάρος έχει δοθεί στη μελέτη και την επίλυση των προβλημάτων της μετάβασης από την εφηβεία στην ενηλικίωση που εστιάζει στο ηλικιακό φάσμα από τα 15 έως τα 24 χρόνια.

Αυτή η περίοδος είναι καθοριστική καθώς το άτομο περνά από την παιδική ηλικία σε μια άλλη φάση της ζωής του, κατά την οποία πρέπει να αποδεσμευθεί από τους στενούς δεσμούς με την οικογένεια του και να περάσει από την εξαρτητότητα του παιδιού στην ανεξάρτητη συμπεριφορά του ενήλικα, να μάθει να στηρίζεται στον εαυτό του και να εφαρμόσει στην πράξη όσα έχει λάβει ως τώρα. Είναι η μεταβατική περίοδος που οι στάσεις και οι συμπεριφορές που υιοθετούνται θα κρίνουν τη θέση του μέσα στη κοινωνία και θα παίξουν καθοριστικό ρόλο για τα επίπεδα υγείας του - σωματική και ψυχική- ως ενήλικα. (Στεφανής, 2008)

Οι έφηβοι δοκιμάζονται έντονα από τις απότομες ψυχοβιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα την περίοδο αυτή. Το αποτέλεσμα είναι να χάνουν την ήδη αποκτημένη παιδική τους ισορροπία και να ταλαντεύονται για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα ανάμεσα στα όσα γνώριζαν ως τώρα και στο γεγονός ότι πρέπει πια να τα εφαρμόσουν. Οι περισσότεροι κατορθώνουν να ισορροπήσουν και να ξεπεράσουν τα όποια προβλήματα έχουν προκύψει,

έχοντας έτσι γίνει ώριμοι και είναι έτοιμοι να αναλάβουν τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις του ενήλικα πλέον ατόμου. (Κοκκέβη,2008)

Αρκετοί όμως ενηλικιώνονται έχοντας ανεπαρκή προσωπικότητα και ελλειμματική συναισθηματική και κοινωνική υπόσταση. Τα ελλείμματα που υπάρχουν μειώνουν τη λειτουργικότητα των ατόμων αυτών και περιορίζουν τις ευκαιρίες που θα μπορούσαν να έχουν σε άλλη περίπτωση. Οι επιπτώσεις δεν είναι μόνο ατομικές αλλά και κοινωνικές.

Στο χρονικό πλαίσιο της εφηβείας θεωρείται ότι εμφανίζονται τρεις κατηγορίες ψυχικών διαταραχών:

- Διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία και συνεχίζουν στην εφηβεία
- Διαταραχές που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα προβλήματα που έχει να επιλύσει ο έφηβος κατά τη μετάβασή του από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή
- Διαταραχές που έχουν την αφετηρία τους στην εφηβεία και συνεχίζουν στην ενήλικη ζωή. (Νοσηλευτική ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου,2010)

Σύμφωνα με έρευνα του Copelant (1996) ένας στους πέντε εφήβους παρουσιάζει στην εφηβεία προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική του υγεία. Οι ψυχικές διαταραχές, που θα ασχοληθούμε στα επόμενα κεφάλαια, εμφανίζονται στο πλαίσιο μιας περιόδου που χαρακτηρίζεται από μεγάλες ψυχολογικές και αναπτυξιακές αλλαγές, κατά τις οποίες ο έφηβος καλείται να προσαρμοστεί μέσα σε ένα περιβάλλον που έχει διαφορετικές προσδοκίες από αυτόν σε σχέση με εκείνες της παιδικής ηλικίας. (Μανωλόπουλος, 1987)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή ,γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη ορίζεται η διαταραχή της διάθεσης στην ψυχολογία και την ψυχιατρική, στην οποία η καθημερινότητα ενός ατόμου κατακλύζεται από έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία.(Τσιάντης)

Η κοινή κατάθλιψη, όρος που χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας ζωή περιγράφοντας το συνηθισμένο αίσθημα της θλίψης, διαφέρει από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η τελευταία μπορεί να διαγνωστεί μόνο από ιατρό και κλινικό ψυχολόγο και η θεραπεία της απαιτεί ψυχοθεραπεία ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Βασικό χαρακτηριστικό της ΜΚΔ (Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή) αποτελεί η σοβαρή καταθλιπτική διάθεση της οποίας ελάχιστος χρόνος παραμονής καταγράφεται οι δύο εβδομάδες. Συχνό είναι το φαινόμενο να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή.

Συνηθισμένα διαγνωστικά κριτήρια θλίψης, αναστάτωσης και της διαταραχής του ύπνου ή της όρεξης για φαγητό θεωρούνται διαφορετική υποκατηγορία κατάθλιψης από τις περιπτώσεις στις οποίες δεν διαταράσσεται η χαρά και η απόλαυση σε κάποιο άτομο αλλά δημιουργείται ένας έντονα διασπαστικός κύκλος εσωτερικής παράλυσης και ληθαργίας.

Είδη ΜΔΚ:

- Κατάθλιψη με μελαγχολικά χαρακτηριστικά: Η μελαγχολία χαρακτηρίζεται από απώλεια της απόλαυσης (ανηδονία) σε όλες ή στις περισσότερες δραστηριότητες, είναι ένα είδος κατάθλιψης πιο ισχυρό από αυτό που επικρατεί στην θλίψη, την δυστυχία ή την στενοχώρια. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται τις πρωινές ώρες, ο ασθενής ξυπνά τις πρωινές ώρες ακόμη και αν έχει κοιμηθεί λίγο. Υπάρχει επίσης ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανορεξία και έντονο αίσθημα ενοχής.

- Κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά: Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης (παράδοση ανηδονία) και θετικότητα, αύξηση βάρους και αυξημένης όρεξης για φαγητό, υπνηλία ή υπερυπνία και έντονη κοινωνική φθορά ως συνέπεια της υπερευαισθησίας στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη. Αντίθετα με την ονομασία της, η άτυπη κατάθλιψη είναι η πιο συχνή μορφή κατάθλιψης.
- Κατάθλιψη με Ψυχωτικά χαρακτηριστικά: Μερικά άτομα με μείζονα επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας μπορεί να εμφανίσουν ψυχωτική κατάθλιψη. Αυτή η μορφή παρουσιάζεται με παραισθήσεις και αυταπάτες. (Λαζαράτου, Αναγνωστόπουλος, 2001)

ΑΓΧΟΣ

Αρκετοί ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή νιώθουν άγχος με μορφή φόβου, αισθήματος κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και πανικού με συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολο να καθοριστεί ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή.

Αγχώδης Κατάθλιψη: Μια μορφή κατάθλιψης που παρουσιάζεται ως άγχος ή πανικός και περιλαμβάνει ακαθισία (έντονη υπερκινητικότητα), τάσεις αυτοκτονίας, αυπνία, πανικό και αίσθημα φόβου.

Υπερκινητική Κατάθλιψη (Ακαθισία): Μια μορφή κατάθλιψης που παρουσιάζεται με μορφή άγχους ή τάσεις αυτοκτονίας και ακαθισία αλλά δεν περιλαμβάνει συμπτώματα πανικού.

Διαφορική διάγνωση

Στην διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης άλλες διαταραχές μπορεί να χρειαστεί να αποκλειστούν για να δοθεί η διάγνωση για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μερικές από αυτές είναι:

- Δυσθυμία: Η δυσθυμία είναι μια χρόνια, ήπιας μορφής κατάθλιψη. Η διάγνωση για δυσθυμία γίνεται όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον δυο χρόνια. Για αποσαφήνιση τα συμπτώματα της δυσθυμίας δεν είναι τόσο σοβαρά όσο αυτά στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αν και μερικοί ασθενείς μπορεί να νοσούν και από τις δύο διαταραχές συγχρόνως.[8]

- Διπολική διαταραχή: Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δύο συναισθήματα, την κατάθλιψη και την έξαρση. Αυτή ή νόσος περνάει από φάσεις μανίας ή και πολύ βαριάς κατάθλιψης. Στην διπολική διαταραχή ο ασθενής βιώνει διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, ιδεοφυγή, διάσπαση της προσοχής, υπερκινητικότητα, συναισθηματική αστάθεια και ψευδαισθήσεις.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν στην περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για την εφηβεία αναφέρουμε αυθόρμητα την λύπη, την διέγερση, το θυμό. Η απομόνωση η απάθεια και η αδιαφορία για την καθημερινότητα είναι βασικά χαρακτηριστικά των εφήβων. Επίσης παρατηρούνται αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Οι απότομες αλλαγές της διάθεσης χαρακτηρίζει την ψυχολογία των εφήβων παρόλα αυτά παρουσιάζεται συχνά μια σταθερή καταθλιπτική στάση. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι οι ψυχολογικές εναλλαγές υπάγονται στα πλαίσια της εφηβείας όμως το ερώτημα που προκύπτει είναι εάν αυτή η κατάσταση και σε ποιο εκτεταμένο βαθμό μπορεί να ξεπεράσει τα πλαίσια της εφηβείας και να περάσει στο φάσμα της κατάθλιψης. (Λαζαράτου, Αναγνωστόπουλος, 2010)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που απαντώνται στην εφηβεία είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με έρευνες η συχνότητά της ανέρχεται σε 2,8-8,3% όταν η διάγνωση στηρίζεται σε αυστηρά κριτήρια και κλινική εκτίμηση. Το ποσοστό όμως ανέρχεται στο 20,3% σε έρευνα με αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που συμπεριέλαβε 1316 έφηβους ηλικίας 12-17.(Βιβλ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικές Διαταραχές της Εφηβικής Ηλικίας).

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν συμπληρώνουν οι ίδιοι οι έφηβοι τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν συμπληρώνεται από τους γονείς τους. Συμπεραίνεται, λοιπόν, ότι ενώ οι γονείς ανησυχούν περισσότερο για τις εξωτερικευμένες συμπεριφορές δίνουν λιγότερη σημασία στα πραγματικά αισθήματα του έφηβου. Ταυτόχρονα, όμως, πρόβλημα συντελεί και η δυσκολία των εφήβων να μοιραστούν τα υποκειμενικά συναισθήματα και το αίσθημα κατάθλιψης με

τους ενήλικες και αντί αυτού περιορίζονται στην επικοινωνία με τους συνομηλικούς τους. Όπως και στους ενήλικους οι γυναίκες έτσι και στους εφήβους τα κορίτσια παρουσιάζουν συχνότερα κατάθλιψη με αναλογία φύλου 4 προς 1. Σύμφωνα με μία σουηδική έρευνα που έγινε σε 2300 μαθητές ηλικίας 16-17 ετών αναφέρει επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8%. (βιβλ. OLLISON GI, VON-KNORRING AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. Acta Psychiatry Scand 1999)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η αιτιολογία της κατάθλιψης στους εφήβους είναι πολυπαραγοντική και συμπεριλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίες συνοψίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες.

- Ένας από τους βασικούς παράγοντες είναι η κληρονομικότητα: έφηβοι με καταθλιπτικούς γονείς και συγγενείς πρώτου βαθμού, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη.
- Βιολογικές εκτιμήσεις υποστηρίζουν ότι υπάρχει υπερδραστηριότητα του άξονα από θάλαμος-υπόφυση, επινεφρίδια και φαίνεται αύξηση της κορτιζόνης.
- Οι έφηβοι με καταθλιπτικό περιβάλλον είναι επιρρεπείς λόγω του συναισθηματικού κλίματος που επικρατεί στην οικογένεια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κατάθλιψη χωρίζεται σε τρία ηλικιακά στάδια, την κατάθλιψη των παιδιών, την κατάθλιψη των εφήβων και την κατάθλιψη των ενηλίκων. Η δεύτερη διαφέρει από τις άλλες δύο αλλά σύμφωνα με τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 η τοποθέτησή της υπάγεται πλησιέστερα σε αυτή των ενηλίκων, υπογραμμίζοντας βέβαια, κάποιες ειδοποιητές διαφορές.

Η κύρια διαφορά είναι ότι στην εφηβεία παρουσιάζεται ευερεθιστότητα αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Ο έφηβος εξάπτεται εύκολα με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις προσωπικές του σχέσεις. Παρατηρείται ελάττωση των δραστηριοτήτων του που έως τώρα του προσέφεραν ευχαρίστηση όπως επίσης και εκείνες που χρειάζονταν σημαντική ενέργεια για την περάττωσή τους. Δείχνει κυρίως κουρασμένος και αδιάφορος για την καθημερινότητά του, έκφραση της ψυχοκινητικής του

επιβράδυνσης. Τα υποκειμενικά παράπονα που εκφράζουν τη δυστυχία και τη θλίψη του αντικαθιστώνται από σωματικές ενοχλήσεις όπως πονοκέφαλοι κοιλιακοί πόνοι και άλλα.

Σημάδια χαμηλής αυτοεκτίμησης, επιθετικότητας και ενοχικότητας καθώς και μια ολοένα και αυξανόμενη ένταση προηγούνται της πλήρους εκδήλωσης του προβλήματος.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Οι δύο βασικές κλινικές εικόνες σύμφωνα με τα διαγνωστικά συστήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, διαχωρίζονται στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή και τη Δυσθυμία, αναλόγως με την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων.

Η ΜΚΔ συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς ετεροκαταστροφικό ιδεασμό και χρήση ουσιών. Το ποσοστό των εφήβων με ΜΚΔ που έχει τουλάχιστον άλλη μία ψυχιατρική διάγνωση ανέρχεται στο 40-70%. Συννοσηρότητα παρουσιάζεται με τις εξής διαταραχές :

- Δυσθυμική Διαταραχή
- Αγχώδεις Διαταραχές
- Διαταραχές Συμπεριφοράς
- Κατάχρηση Ουσιών

Η κλινική εικόνα της ΜΚΔ χαρακτηρίζεται από έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα, ανηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος, σημαντική απώλεια βάρους, αϋπνίες, ψυχοκινητική επιβράδυνση και αίσθημα κόπωσης, αίσθημα αναξιότητας και αδικαιολόγητης ενοχής, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης, επανειλημμένες σκέψεις θανάτους, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Η Δυσθυμία χαρακτηρίζεται ως ηπιότερη αλλά χρονιότερη μορφή και αποτελεί βασικό και ισχυρό παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα εξέλιξη της σε ΜΚΔ. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση όλη την ημέρα και από ποικιλία συμπτωμάτων όπως ανορεξία ή βουλιμία, αϋπνία ή υπερυπνία, μειωμένη ενεργητικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης και δυσκολία στην λήψη αποφάσεων και τέλος αίσθημα ανέλπιδο. (Τσιάντης)

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Βασικά χαρακτηριστικά της εφηβικής συμπεριφοράς αναδεικνύονται οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Η συνειδητή επιθυμία θανάτου αναφέρεται στη προβληματική της εφηβείας που αφορά το πέρασμα στην πράξη (acting-out). Η απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέλκυσης του ενδιαφέροντος του περιβάλλοντος του εφήβου καθώς και σηματοδοτούν την αποτυχία του acting-out. Επίσης στη διάρκεια της εφηβείας συναντώνται αυτοκτονικά ισοδύναμα, δηλαδή συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου. (Λαζαράτου, Αναγνωστόπουλος, 2001)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επίπτωση των αυτοκτονιών αυξάνει κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Οι αυτοκτονίες με ποσοστό θνησιμότητας που αγγίζει το 12%, αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία ενώ ως προς το φύλο στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχείς αυτοκτονίες τα αγόρια. Να υπογραμμιστεί επίσης το γεγονός ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό 30-50% ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών. (Λαζαράτου, Αναγνωστόπουλος, 2001)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν δικαιολογεί από μόνη της την αυτοκτονικότητα. Παράγοντες όπως στοιχεία της προσωπικότητας, οικογενειακά χαρακτηριστικά και σημαντικά γεγονότα της ζωής διακρίνουν τους αυτοκτονικούς εφήβους. Στα ατομικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού περιλαμβάνονται η ψυχιατρική παθολογία, κυρίως η κατάθλιψη, οι διαταραχές της συμπεριφοράς, η κατάχρηση ουσιών και η σωματική ασθένεια. Οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, ο χωρισμός, η ψυχική παθολογία και ο αλκοολισμός των μελών της οικογένειας καθώς και η δυσλειτουργία αυτής αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων. Η κοινωνική απομόνωση, η σχολική αποτυχία και η ερωτική απογοήτευση πυροδοτούν το πέρασμα στην αυτοκτονική πράξη.

Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στους εφήβους πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά γιατί αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να αποκαταστήσει τη σχέση του με την οικογένεια και την κοινωνία. Ελλοχεύουν φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός ατόμου που το αίσθημα ταυτότητας δεν είναι αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να περάσει επιτυχώς τα δύσκολα στάδια της εφηβείας.

Η ψυχοδυναμική ερμηνεία ανάγεται στην αδυναμία των αμυντικών μηχανισμών του εφήβου και στον αποκλεισμό της διεργασίας του πένθους. Ο συμβολικός αποχωρισμός και η διακοπή των δεσμών με τους γονείς παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου και έτσι οδηγείται στην εσωτερίκευση του (αντικειμένου) που κινδυνεύει να χαθεί. Ο αυτοκτονικός έφηβος διατηρεί τις ψυχικές του επενδύσεις στα χαμένα αντικείμενα ή σε αυτά που τον απογοητεύουν. Υπάρχει ένας φόβος μεταλλαγής του αντικειμένου αγάπης που συνδέεται με την ερωτική επένδυση νέων αντικειμένων. Η σύγκρουση που επέρχεται μεταξύ παλαιού και νέου αντικειμένου καθηλώνει τον έφηβο σε μία θέση ανικανότητας και βαθιάς απελπισίας. (Τσίαντης, 1981)

Το επιλεγμένο μέσο αυτοκτονίας δεν έχει σχέση με την βαρύτητα της επιθυμίας του θανάτου. Στην εφηβεία η συχνότερη τρόποι απόπειρας αυτοκτονίας είναι η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πιο δυσμενής κατάληξη της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία. Συνεπώς, η πρόγνωση της κατάθλιψης συνεπάγεται και πρόληψη της αυτοκτονίας.

Οι ερευνητές διαπιστώνουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή μετά από προοδευτικές έρευνες σε εφήβους με κατάθλιψη. Μελέτες αναφέρονται σε ευρύ κοινοτικό δείγμα εφήβων ηλικίας 14-18 όπου και συμπεραίνεται ότι τα ποσοστά ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα στους εφήβους που παρουσίαζαν καταθλιπτικές διαταραχές. Ο κίνδυνος κατάθλιψης στους ενήλικους αυξάνει κατά 4 φορές όταν πρόκειται για καταθλιπτικούς εφήβους. Αναφέρεται, επίσης, ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για τις απόπειρες αυτοκτονίας στους ενήλικες. Διαπιστώνονται αυξημένα ποσοστά αγχωδών διαταραχών σε νέους ενήλικες με ιστορικό εφηβικής κατάθλιψης που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για

διπολικές διαταραχές, χρήση ουσιών, περιορισμένη κοινωνική ένταξη και αυτοκτονία. Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία επιμένει στην ενήλικη ζωή και συχνά συνοδεύεται και από άλλου είδους ψυχιατρικές διαταραχές. (Παπαματθαϊάκη, 1986)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η συνέχιση της παθολογίας στην ενήλικη ζωή και ο αυξημένος κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι οι βασικοί λόγοι που η εφηβική κατάθλιψη χρήζει άμεσης και πολύπλευρης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η βασική αντιμετώπιση του προβλήματος γίνεται κυρίως εξωνοσοκομειακά και συνδυάζει ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία.

Η χορήγηση της φαρμακοθεραπείας εάν δεν συνοδεύεται από ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση του εφήβου επιβεβαιώνοντας την εικόνα του ψυχικά ασθενούς.

Η νοσηλεία απαιτείται κυρίως όταν υπάρχει έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός ή σε περιπτώσεις που το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να ανταπεξέλθει στη θεραπεία του εφήβου. Σε μελέτη που έγινε σε πληθυσμό 107 νοσηλευομένων εφήβων αποδείχτηκε η υπεροχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας έναντι της συστημικής και ατομικής υποστηρικτικής. Συχνά προτείνεται η συμμετοχή δύο θεραπευτών όπου ο ένας λαμβάνει υπόψη του την εξωτερική πραγματικότητα και το περιβάλλον και επεμβαίνει πιο ενεργά και ο άλλος κρατά μια ουδέτερη θέση που επιτρέπει την επεξεργασία των φυσικών συγκρούσεων του εφήβου.

Οποιαδήποτε μέθοδος και αν ακολουθηθεί οφείλει και επιβάλλεται να συμπεριλάβει κατά κάποιον τρόπο το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου. Ο έφηβος ακόμα και αν επιδείξει αμφιθυμικά συναισθήματα είναι ακόμα έντονα εξαρτημένος από τους γονείς του. (Τσιάντης, 1981)

ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην ψυχιατρική ενηλίκων η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και η συνεχιζόμενη θεραπεία μειώνουν τη διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου και προφυλάσσουν από τις υποτροπές. Στους εφήβους το διάστημα που μεσολαβεί από την έναρξη της δυσθυμίας μέχρι την πρώτη εμφάνιση της ΜΚΔ

παρέχει την ευκαιρία της προληπτικής παρέμβασης. Στις περιπτώσεις εφήβων υψηλού κινδύνου ωφελούν τα προληπτικά προγράμματα μειώνοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών.

Η πληροφόρηση των εφήβων, των γονέων και του περιβάλλοντος βοηθά στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της εφηβικής κατάθλιψης και οι γονείς αποκτούν μία σαφέστερη και πιο ολοκληρωμένη αντίληψη με αποτέλεσμα να αναζητήσουν ευκολότερα βοήθεια από ειδικούς. (Λαζαράτου, Αναγνωστόπουλος, 2001)

Συμπερασματικά, η εφηβική κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με αυτοκτονικές συμπεριφορές και περιορισμένη κοινωνική ένταξη και συνεπώς απαιτεί πολλαπλή θεραπευτική αντιμετώπιση και μακροχρόνια παρακολούθηση. Η ανάπτυξη προληπτικών στρατηγικών μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της εφηβικής κατάθλιψης με αποτέλεσμα τη λιγότερο προβληματική μετάβαση και την απουσία καταστροφικών επιπτώσεων στην ενήλικη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Κατάχρηση ορίζεται η υπερβολική χρήση εθιστικών ψυχοτρόπων ουσιών με τρόπο που ο χρήστης αξιολογεί περισσότερο την ίδια τη χρήση παρά τις συνέπειες που επιφέρει στον ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό του χώρο.

Ως εξάρτηση ορίζουμε την κατάσταση κατά την οποία η χρήση μιας εθιστικής ψυχοτρόπου ουσίας γίνεται συστηματική και ο χρήστης οδηγείται σε αυτή για να αναβιώσει τα αποτελέσματα της προηγούμενης επίδρασης της ουσίας στον οργανισμό του ή για να αποφύγει τις δυσάρεστες και επίπονες συνέπειες του στερητικού συνδρόμου.

Κατά την περίοδο της εφηβείας παρατηρείται η κατάχρηση ουσιών, πρόβλημα πολύ διαδεδομένο και με μεγάλη βαρύτητα σε όλες τις χώρες, αναπτυσσόμενες και μη. Οι έφηβοι περνώντας σε μια κατάσταση πειραματισμού ψάχνοντας για νέες και πρωτόγνωρες εμπειρίες κάνουν χρήση απαγορευμένων ουσιών, καταλήγοντας σε κατάχρηση και εξάρτηση αυτών με ό,τι αυτό συνεπάγεται στη εφηβική αλλά και στην ενήλικη ζωή του.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα έχουν αναδείξει τέσσερα πολύ σημαντικά στοιχεία για την συνεχόμενη αύξηση κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών στη εφηβεία και την σύνδεσή τους με τις σωματικές και ψυχοπαθολογικές εφηβικές διαταραχές.

- Μια συνεχή αυξανόμενη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους νέους
- Τη μείωση της ηλικίας της έναρξης κατάχρησης ουσιών
- Την αύξηση της διάγνωσης για ουσιοεξάρτηση στον γενικό πληθυσμό
- Και τέλος τη διαπίστωση ότι για τα τροχαία ατυχήματα, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, την παραβατικότητα, τις εκρήξεις βίας και την αποκλίνουσα σεξουαλικότητα ευθύνεται μέσα σε άλλα η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Έρευνες των ΗΠΑ με μεγάλο δείγμα εφήβων παρουσίασαν ραγδαία αύξηση στην κατάχρηση ουσιών στο χρονικό διάστημα 1975 – 1997. Η χρήση της κάνναβης ήταν μεγάλη και απότομη και σταδιακή η χρήση του καπνού, της κοκαΐνης, βαρβιτουρικών και συνθετικών διεγερτικών ουσιών. Η χρήση των στεροειδών και της ηρωΐνης δε φαίνεται να μεταβλήθηκε σημαντικώς. Ένα ποσοστό που αγγίζει το 63,5% έχουν κάνει χρήση καπνού και το 13% είναι συστηματικοί χρήστες. Το ποσοστό του 45% των νέων ηλικίας 17-18 ετών έχει κάνει χρήση μαριχουάνας για κάποια περίοδο στη ζωή του, ενώ το 5% κάνει καθημερινή χρήση.

Ο καπνός, το οινόπνευμα και τα εισπνεόμενα φαίνονται να είναι οι τρεις πιο διαδεδομένες ουσίες για την έναρξη της κατάχρησης. Όσο αφορά το φύλλο τα αγόρια είναι συχνότεροι χρήστες από τα κορίτσια σε όλα τα είδη ουσιών, παρά ταύτα παρατηρείται αναστροφή όσο προχωρούμε σε νεότερες ηλικιακές κλίμακες, εύρημα που εξηγείται από το γεγονός ότι τα κορίτσια θεωρητικά ωριμάζουν πιο σύντομα και τείνουν να κάνουν παρέα με μεγαλύτερα αγόρια.

Μέσα από έρευνες στον μαθητικό ευρωπαϊκό πληθυσμό προκύπτει πως η χρήση είναι ανάλογη με αυτή των ΗΠΑ και το αναφερόμενο ποσοστό χρήσης κάνναβης ξεκινά από το 5% σε καθημερινή βάση και καταλήγει στο 40% απλής εμπειρίας. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΙΑ

Αρχικά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η χρήση ουσιών στην εφηβεία συχνά υποχωρεί στη μετεφηβική περίοδο και δεν εξελίσσεται πάντα αυξανόμενη με την πάροδο του χρόνου, μολονότι η πρώτη αποτελεί μια ηλικιακή περίοδο που χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Οι παράγοντες των οποίων η αλληλεπίδραση συνθέτει το φαινόμενο την κατάχρησης των εξαρτησιογόνων ουσιών ποικίλουν, καθώς και ο βαθμός συμμετοχής τους εξαρτάται από το είδος, τον τρόπο και το στάδιο της χρήσης, τη βαρύτητα της εξάρτησης και τις συνυπάρχουσες επιπλοκές. Επίσης η διαθεσιμότητα της ουσίας και η κοινωνική αντιμετώπιση της, οι παρέες και η μόδα της συγκεκριμένης περιόδου καθορίζουν την στάση που διαμορφώνει ο έφηβος. Σημαντικό παράγοντα συνιστούν το κοντινό περιβάλλον και τα οικογενειακά πρότυπα για τον θετικό ή αρνητικό πειραματισμό με τις ψυχότροπες ουσίες.

Οι παράγοντες δείχνουν να σχετίζονται με συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και κοινωνικοπεριβαντολογικές επιδράσεις που συνάδουν με την ηλικία έναρξης της χρήσης, τη σοβαρότητά της και την εμπειρία των συνεπειών της. Συμπεριφορικά χαρακτηριστικά αποτελούν η παρορμητικότητα , η επιθετικότητα, η τάση προς έντονες καινοφανές εντυπώσεις, η χαμηλή αίσθηση κινδύνου, η ανηδονία, η έλλειψη αγωνιστικότητας, το αίσθημα κατωτερότητας και η ύπαρξη συνοδού ψυχοπαθολογίας ειδικότερα για διαταραχές αγωγής. Η ανεπαρκής γονική υποστήριξη , το άγχος που προκλήθηκε από γεγονότα ζωής, η παρέα με άτομα με αποκλίνουσες συμπεριφορές, η διαμόρφωση χαλαρών κοινωνικών συμπεριφορών και η διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων ουσιών συγκαταλέγονται στους κοινωνικοπεριβαντολογικούς παράγοντες. Η τελική συνισταμένη η οποία επιδρά και προδιαθέτει το άτομο να καταφύγει στη χρήση προκύπτει από τους προαναφερθέντες παράγοντες-κινδύνους και όλες τις ποσοτικές, ποιοτικές και χρονικές συνιστώσες. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές ουσιοεξάρτησης των εφήβων φαίνεται να μη διαχωρίζονται από αυτές των ενηλίκων σύμφωνα με τα ταξινομικά κριτήρια. Παρόλα αυτά υπάρχουν μερικές επιφυλάξεις διότι στο σύντομο χρονικό διάστημα της εφηβείας το άτομο δεν προλαβαίνει να αναπτύξει χρόνια σωματική εξάρτηση ούτε να εμφανιστούν οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες που προκαλούνται από την χρόνια χρήση.

Το σύνδρομο της ουσιοεξάρτησης συνοδεύεται από συμπεριφορικές, ψυχιατρικές και κοινωνικές διαταραχές, οι οποίες επηρεάζουν την καθημερινότητα του εφήβου. Παρατηρούνται νέοι με πρώιμες και υψηλής επικινδυνότητας σεξουαλικές δραστηριότητες, αποκλίνουσες ιδεολογικές αντιλήψεις και αντικοινωνικές συμπεριφορές, ενασχολήσεις που απειλούν την ακεραιότητά τους και αυτοκτονικές ή παρααυτοκτονικές συμπεριφορές. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

Στα άτομα αυτά αναφέρονται σημαντικές τραυματικές εμπειρίες, κρούσματα οικογενειακής βίας, κακοποίηση σωματική ή σεξουαλική, διαταραγμένη ψυχοκοινωνική ένταξη και ελλιπής προσαρμογή.

Έφηβοι που κάνουν χρήση συχνά εγκαταλείπουν την οικογένεια τους, γίνονται μέλη σε ομάδες υποκοουλτούρας και εμπλέκονται σε παραβατικές δραστηριότητες. Επίσης η απόδοσή τους στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις δείχνουν να υπολείπονται των υπολοίπων εφήβων.

Αυτό που χαρακτηρίζει τους έφηβους χρήστες και τους διαχωρίζει από τους ενήλικες είναι το είδος και οι συμπεριφορές χρήσης. Οι έφηβοι είναι πολυχρήστες και τα παραισθησιογόνα και τα συνθετικά ναρκωτικά που διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα.

Αντίθετα από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές οι ουσιοεξαρτήσεις χαρακτηρίζονται από μια συνεχώς αυξανόμενη δριμύτητα και ένταση. Παρόλο που τα κριτήρια για τη διάγνωση της ουσιοεξάρτησης είναι αυθαίρετα προσδιορισμένα, η διάγνωσή της παραμένει ίδια ανεξάρτητα από την βαρύτητα της χρήσης. Συνεπώς παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στην κλινική φαινομενολογία των χρηστών όσο αφορά τη ψυχιατρική συννοσηρότητα, το προνοσορρό ιστορικό και τον τρόπο χρήσης. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν διάφορες κατηγορίες χρηστών με πολύ διαφορετικά γνωρίσματα μεταξύ τους, παράδειγμα έρευνες έδειξαν ότι υπάρχουν δυο τύποι αλκοολικών, ο τύπος I και τύπος II, όπου ο δεύτερος αρχίζει κατά την εφηβεία και χαρακτηρίζει άτομα που αναζητούν καινούργιες εμπειρίες, είναι επιρρεπή σε επικίνδυνες συμπεριφορές και έχουν χαμηλή δυνατότητα ενίσχυσης συμπεριφοράς. Σε αυτά τα άτομα είναι αυξημένη η πιθανότητα να εμφανίσουν διαταραχές ψυχιατρικού τύπου.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων που εμπλέκονται στην κατάχρηση και στην εξάρτηση ουσιών, εμφανίζουν παράλληλα τουλάχιστον άλλη μία ψυχιατρική διαταραχή. Οι διαταραχές ουσιοεξάρτησης συνοδεύονται από ψυχιατρικά σύνδρομα με πιο συχνά αυτά των συναισθηματικών διαταραχών και των διαταραχών διαγωγής. Το ποσοστό 50-80% των εφήβων χρηστών εμφανίζουν και διαταραχές διαγωγής. Μία ακόμα πολύ συχνή διάγνωση που συνυπάρχει με την ουσιοεξάρτηση είναι οι διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και πιθανώς η συνύπαρξη αυτή να υπάρχει εξαιτίας της συννοσηρότητας μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών. Το 24-50% των

ουσιοεξαρτόμενων εφήβων πάσχουν παράλληλα και από κατάθλιψη, συναισθηματική διαταραχή διπολικού τύπου ή αυτοκτονικές τάσεις.

Συχνή είναι η εμφάνιση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών υπό την επήρεια ουσιών ή οινοπνεύματος, καθώς η οξεία φαρμακολογική επίδραση των ουσιών αυτών να βιώνεται σαν μια δυσφορική κατάσταση η οποία μαζί με την απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς προκαλεί αυτό το αποτέλεσμα.

Η φοβική διαταραχή, η σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική κακοποίηση, οι διαταραχές διατροφής, καθώς και η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια προϋπάρχουν της χρήσης ουσιών σε αντίθεση με τις διαταραχές άγχους ή πανικού που συνήθως έπονται της έναρξης της χρήσης.

Γενικότερα, η ψυχιατρική συννοσηρότητα των εφήβων χρηστών εκφράζεται στα αγόρια με εξωστρεφόμενες συμπεριφορές, ενώ στα κορίτσια με εσωστρεφόμενες, χωρίς αυτό να αποκλείει το αντίστροφο ή τον συνδυασμό των δύο. (Δουρέντης, Φερεντίνος, Λύκουρας, 2005)

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η διαγνωστική εκτίμηση των διαταραχών από χρήση ουσιών, που αποτελούν πολυπαραγοντικά μοντέλα συμπεριφοράς, θα πρέπει να εστιάσει στην ποσότητα, τη συχνότητα και το είδος τη χρήσης, καθώς και στις αρνητικές συνέπειες, τη χρονική στιγμή και το χώρο που γίνεται η χρήση, στις κοινωνικές αντιλήψεις ,στους συναισθηματικούς παράγοντες και στις προσδοκίες του ίδιου του χρήστη.

Μία αποτελεσματική εκτίμηση συμπεριφοράς των εφήβων χρηστών πρέπει να γίνει σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά την επισήμανση των προβλημάτων υγείας και των ψυχιατρικών διαταραχών του χρήστη. Το δεύτερο αποβλέπει στην ανάλυση και τον εντοπισμό των προβλημάτων του χρήστη και στην λήψη αποφάσεων για την κατάλληλη θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, το τρίτο επίπεδο αφορά στην προετοιμασία του χρήστη για την ένταξή του στο ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο διαφέρει από άτομο σε άτομο. Για τη λήψη του ιστορικού του χρήστη χρήσιμες πληροφορίες παρέχονται από τις αυτοαναφορές, το περιβάλλον του, τις εργαστηριακές και τοξικολογικές εξετάσεις. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οποιαδήποτε θεραπεία θεωρείται καλύτερη από την απουσία θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αν και δεν είναι ακόμα πλήρως ξεκάθαρος ο τομέας αυτός, πολλές θεωρίες αναφέρουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών του χρήστη, της χρήσης και του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η σοβαρότητα της χρήσης, η εσωτερικοποίηση των συμπτωμάτων και το επίπεδο αυτοεκτίμησης του χρήστη αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την περάτωση της θεραπείας. Η ψυχοπαθολογία και ειδικότερα οι διαταραχές αγωγής επιδρούν αρνητικά στη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η διατήρηση της αποχής είναι σημαντικό μέρος της θεραπείας αφού το ποσοστό υποτροπής κυμαίνεται από 35% έως 85%. Οι έφηβοι σε αποχή βελτιώνουν την κοινωνική τους συμπεριφορά.

Η εμπειρία και η ικανότητα του θεραπευτή σχετίζονται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η δομή και η τεχνική της νοσηλείας έχει περισσότερο σημασία συγκριτικά με το είδος της, εσωτερικής ή εξωτερικής.

Τα δύο πιο αποτελεσματικά είδη θεραπευτικής παρέμβασης είναι η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία και η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη με την πρώτη μέθοδο να υπερέχει της δεύτερης. Στις περιπτώσεις των ουσιοεξαρτημένων εφήβων έχει αποδειχτεί ότι η Γ.Σ.Θ. είναι αρκετά αποτελεσματική. Η φαρμακοθεραπεία θεωρείται πλέον ξεπερασμένη σε αμιγείς περιπτώσεις ουσιοεξάρτησης και ταυτόχρονα η δυναμική ψυχοθεραπεία θεωρείται ειδικής χρησιμότητας θεραπευτική παρέμβαση. Η αποτελεσματικότητα τώρα της θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσαρμογή της παρέμβασης στις ειδικές ανάγκες του συγκεκριμένου χρήστη. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 28% των εφήβων που ζητούν θεραπεία έχουν ως κίνητρο τη συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία, η οποία αποτελεί αρνητικό παράγοντα στο αποτέλεσμα της θεραπείας. Αντίθετα με τους χρήστες που πάσχουν από διαταραχές αγωγής, οι χρήστες με συναισθηματικού τύπου διαταραχές ολοκληρώνουν συνήθως την θεραπεία τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αιτιοπαθογένεια της χρήσης ουσιών καθαρίζεται από ατομικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των χρηστών. Ο πειραματισμός με επικίνδυνες ουσίες εντοπίζεται στην περίοδο της εφηβείας και η πλειοψηφία των χρηστών αποβάλλει αυτή την συνήθεια μετά την ενηλικίωση. Η κακή κοινωνικοοικονομική προσαρμογή εφήβων χρηστών αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες μελλοντικής εξάρτησης. Οι σχέσεις που φαίνονται να συνδέουν τους ατομικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους για την τελική έκβαση της θεραπείας αποτελεί ένα καινούριο τομέα έρευνας που πρέπει να ξεκαθαριστεί. Αποτελέσματα μιας ενδεχόμενης έρευνας πάνω στον τομέα αυτό θα δώσουν καθοριστικής σημασίας δεδομένα για το σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα καλύπτουν τις ανάγκες κάθε χρήστη ξεχωριστά, αυξάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα και την πρόληψη της θεραπείας. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

Η εφηβεία είναι μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από μεταβαλλόμενες συμπεριφορές και διάφορες δραστηριότητες (οδήγηση, σεξουαλική δραστηριότητα, πειραματισμό με ουσίες καπνό και οινόπνευμα) γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην αξιολόγηση της χρήσης ουσιών. Ο πειραματισμός με τις ψυχοτρόπες ουσίες σύμφωνα με τα παραπάνω, αποτελεί ξεχωριστή κατάσταση και θα πρέπει να αξιολογείται ως τέτοια και όχι ως γνήσια διαταραχή στην ουσιοεξάρτησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από έντονο και χρόνιο άγχος. Το άγχος προσδιορίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο κινητικών, υποκειμενικών και φυσιολογικών αντιδράσεων απέναντι σε μια αληθινή ή υποτιθέμενη απειλή. Μερικές από τις κινητικές αντιδράσεις άγχους είναι το κλάμα, η ονυχοφαγία, το τρέμουλο, η αποφυγή ερεθισμάτων και καταστάσεων. Ως υποκειμενικές αντιδράσεις αναφέρονται τα συναισθήματα τρόμου και αμηχανίας, ο φόβος του θανάτου και η αγωνία για μια επικείμενη απειλή. Κάποιες από τις φυσιολογικές αντιδράσεις άγχους είναι ο πονοκέφαλος, η ταχυκαρδία και η τάση για εμετό. (Κακούρος, Μανιασάκη, 2004)

Το άτομο που πάσχει από τέτοιου είδους διαταραχές αντιλαμβάνεται ότι το άγχος τους δεν αιτιολογείται αντικειμενικά και παρ' όλη την επαφή του με την πραγματική κατάσταση, υποφέρει έντονα από τα συμπτώματά του.

Οι διαταραχές άγχους παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες μπορεί να είναι ενδοατομικές ή διατομικές. Επεξηγηματικά, το ίδιο άτομο μπορεί να παρουσιάσει πολύ διαφορετικές αντιδράσεις απέναντι σε διαφορετικά ερεθίσματα και διαφορετικά άτομα μπορεί αν εκδηλώσουν διαφορετικές αντιδράσεις απέναντι στο ίδιο ερέθισμα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζονται στην εφηβεία σε ποσοστό φτάνει το 8-9%. Ειδικότερα στα κορίτσια εμφανίζονται συμπτώματα άγχους πολύ συχνότερα συγκριτικά με τα αγόρια.

Σε έρευνα που έγινε σε εφηβικό πληθυσμό το 17-21% του δείγματος παρουσίαζε συμπτώματα άγχους ιδιαίτερα ανησυχητικά, ενώ τα μισά από αυτά θα μπορούσαν να θεωρηθούν “ κλινικά περιστατικά ”. (Kashani & Orvaschel, 1990)

ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΓΧΟΥΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από έντονο και επίμονο φόβο που διακατέχει το άτομο σε κοινωνικές καταστάσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο φόβος για μια επερχόμενη κατάσταση αμηχανίας και σύγχυσης κατακλύζει το άτομο. Η έκθεσή του σε μια κοινωνική κατάσταση του προκαλεί έντονα συναισθήματα άγχους, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στη εκδήλωση αντίδρασης πανικού. Συνεπώς τα άτομα αυτά αποφεύγουν τέτοιου είδους καταστάσεις ή τις υπομένουν βιώνοντας τες με υπερβολική ένταση. Γενικά αυτοί οι έφηβοι έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και συχνά βιώνουν το αίσθημα της απόρριψης. (Albano, Dibartolo Et Al, 1995).

Η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας στους εφήβους, σε αντίθεση με τους ενήλικες, δεν είναι απαραίτητη η προϋπόθεση να αναγνωρίσουν και να παραδεχθούν το φόβο τους, αφού είναι πιθανό να μην μπορούν να καταλάβουν ότι ο φόβος που νιώθουν είναι αδικαιολόγητος και υπερβολικός λόγω των γνωστικών τους περιορισμών. (Kessler Et Al, 1994).

Οι έφηβοι με κοινωνική αγχώδη διαταραχή παρατηρείται ότι έχουν λίγους φίλους, προτιμούν να μην λαμβάνουν μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες και χρειάζονται μεγάλη ενθάρρυνση για να συμμετάσχουν σε κάποια ομαδική εκδήλωση. Τα άτομα αυτά συνήθως περιγράφονται από το περιβάλλον τους ως μοναχικά και απομονωμένα.

Ο στόχος των εφήβων με αυτή τη διαταραχή επιχειρούν να περνούν απαρατήρητα, απομονώνονται και αποφεύγουν την επικοινωνία ακόμα και μέσα στο σπίτι. Από την προσπάθειά τους αυτή τελικά οδηγούνται στο αντίθετο αποτέλεσμα και γίνονται το επίκεντρο του ενδιαφέροντος, γεγονός που επιδεινώνει την κατάστασή τους.

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και ανεξέλεγκτο άγχος που προκαλείται από μια σειρά γεγονότων διάρκειας τουλάχιστον 6 μηνών.

Τα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής είναι:

- νευρικότητα, αίσθημα αγωνίας
- εύκολη κόπωση
- δυσκολία συγκέντρωσης
- ευερεθιστότητα
- μυϊκή τάση
- διαταραχή ύπνου

Ενώ στους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον τριών από τα παραπάνω συμπτώματα για την διάγνωση της διαταραχής, στους εφήβους ένα μόνο σύμπτωμα είναι αρκετό. Οι έφηβοι με Γ.Α.Δ. βρίσκονται σε κατάσταση έντασης και λόγω της ανησυχίας τους δε μπορούν να χαλαρώσουν. Οι συχνότερες τους ανησυχίες είναι οι επιδώσεις στα μαθήματα και τις εκπαιδευτικές τους δραστηριότητες και οι σχέσεις τους με φίλους τους. Συχνά δίνουν την εντύπωση τελειομανούς και θέτουν οι ίδιοι όρια στον εαυτό τους, ασκώντας μεγάλη πίεση και βιώνοντας το αίσθημα μιας επερχόμενης καταστροφής απλά και μόνο με την σκέψη της αποτυχίας τους. Η επιβεβαίωση και η ενθάρρυνση από το περιβάλλον τους κάνει να νιώθουν σιγουριά. (Stauass, Lease Et Al, 1990)

Στην συγκεκριμένη διαταραχή η ανησυχία που νιώθει ο έφηβος είναι γενικευμένη και δεν υπάρχουν περιορισμοί σε αντικείμενα και καταστάσεις. Η Γ.Α.Δ. εμφανίζεται σε οποιαδήποτε περίοδο της εφηβείας και η συχνότητα εμφάνισης της είναι στο 7%. (Bell-Dolan Drazel 1993).

Το περιεχόμενο των ανησυχιών διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία για παράδειγμα οι παρελθοντικές καταστάσεις ταράζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα τους εφήβους. (Kashani & Orvaschel, 1990)

ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στους εφήβους έχει ως βασικά χαρακτηριστικά τα παρακάτω:

- **Επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες ή εμμονές:** Αθέλητες σκέψεις, εικόνες, ιδέες παρορμήσεις ιδιαίτερα αγχογόνες για το άτομο που συνήθως σχετίζονται με φόβους για διάφορες μολύνσεις ή θέματα που αφορούν την σεξουαλικότητα και την θρησκεία. Η φοβία πως ο έφηβος θα προσβληθεί από ανίατες ασθένειες (καρκίνο ή AIDS) είναι η συχνότερα απατώμενη σε αυτή την κατηγορία. (Toro, 1992)
- **Ψυχαναγκασμοί:** Καταστάσεις οι οποίες καταλαμβάνουν τουλάχιστον μία ώρα της ημέρας του εφήβου, τον καταπονούν ψυχικά και τον καθιστούν ανίκανο να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητά του.

Η διάγνωση της διαταραχής αυτής στους εφήβους έχει τα ίδια κριτήρια με τους ενήλικες με τη μόνη διαφορά ότι για ενήλικες απαιτείται να μπορούν οι ίδιοι να αναγνωρίζουν την υπερβολή των πράξεών τους και το αδικαιολόγητο των συμπτωμάτων τους. Το περιβάλλον των εφήβων που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανησυχεί και προβληματίζεται όταν τα συμπτώματα της διαταραχής επηρεάζουν την καθημερινότητα του παιδιού και την λειτουργικότητα της οικογένειας.

Ο ιδεοψυχαναγκαστικός έφηβος αισθάνεται υποχρεωμένος να εκτελέσει επαναλαμβανόμενες πράξεις, οι οποίες μπορεί να είναι και νοητικές και ακολουθούν κανόνες που θεσπίζονται από τον ίδιο. Οι ιδεοψυχαναγκαστικές πράξεις δεν είναι στερεότυπες κινήσεις, ωστόσο εξυπηρετούν κάποιο σκοπό που αφορά τη μείωση του άγχους του εφήβου που προκαλείται από έμμονες σκέψεις. Παρόλα αυτά, το ερέθισμα δεν σχετίζεται με τους ιδεοψυχαναγκασμούς που τους προκαλεί, για παράδειγμα εάν ο έφηβος έχει λόγω ιδεοψυχαναγκασμού μία συγκεκριμένη αλληλουχία κάθε φορά στις πράξεις του, η αλληλουχία αυτή δεν έχει συσχετισμό με τις ίδιες τις πράξεις.

Οι ιδεοψυχαναγκαστικές πράξεις προκαλούν στο άτομο ιδιαίτερο άγχος ειδικά εάν η εκτέλεσή τους απαιτεί πολύ χρόνο. Συχνά, λοιπόν, παρατηρείται η αντικατάσταση μιας τελετουργίας από μία άλλη η οποία είναι περισσότερο

χρονοβόρα και πολύπλοκη. Αποτέλεσμα αυτού είναι να ταλαιπωρείται και να αγχώνεται υπερβολικά ο έφηβος.

Σημαντική πρέπει να θεωρείται η διάκριση της απλής αλληλουχίας των πραγμάτων με αυτήν των παθολογικών ψυχαναγκασμών. Με άλλα λόγια οι εμμονές που ωθούν τον έφηβο σε ψυχαναγκασμούς διαφοροποιούνται από τις συνήθειες προκαταλήψεις μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς. Παθολογική κρίνεται μια συμπεριφορά όταν παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και το κάνει να υποφέρει λόγω του έντονου άγχους που προκαλείται από τις εμμονές. (Shafran, 2001)

Σύμφωνα με μελέτες η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται στο 2% των εφήβων και έχει διαπιστωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων αναφέρουν την έναρξη των συμπτωμάτων τους στην εφηβική ηλικία.

Αιτιοπαθολογικά έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες, με πιο διαδεδομένη εκείνη που η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή οφείλεται σε κάποιες περιπτώσεις σε μόλυνση από στρεπτόκοκκο. Παρόλα αυτά, ερευνητικά, δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. (Kurlaan, 1998)

Όσο αναφορά την πρόγνωση για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει χαρακτηριστεί ιδιαίτερα δύσκολη, αν ληφθεί υπόψιν ότι μόνο το 10% των ασθενών ξεπερνούν πλήρως τα προβλήματα τους, ενώ συχνές είναι οι παλινδρομήσεις τους.

ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Η ειδική φοβία αναφέρεται σε έκδηλο και επίμονο φόβο ο οποίος χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς υπερβολικός και παράλογος και ελκύεται από την παρουσία ή την πρόβλεψη της παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή κατάστασης. Ένα τέτοιο φοβικό ερέθισμα προκαλεί στο άτομο άγχος το οποίο εκδηλώνεται με την μορφή πανικού.

Ο ασθενής έφηβος κατανοεί ότι ο φόβος που νοιώθει είναι υπερβολικός και παράλογος παρόλα αυτά δεν καταφέρνει να το ελέγξει και για αυτό χαρακτηρίζεται από την τάση του να αποφεύγει κάθε φοβική κατάσταση. Στις περιπτώσεις που δεν έχει την δυνατότητα να αποφύγει την κατάσταση την υπομένει με έντονο άγχος και δυσφορία πράγμα το οποίο δυσχεραίνει την καθημερινότητα του εφήβου.

Το άγχος που καταβάλλει τους εφήβους δημιουργεί το φόβο για μία υποθετική έκθεσή τους σε μία ειδική κατάσταση. Παραδείγματος χάρη ο έφηβος έχει φοβία με σκυλιά και για αυτόν το λόγο διακατέχεται από το αίσθημα της ανησυχίας για το τι θα μπορούσε να του συμβεί εάν συναντούσε κάποιο σκυλί. Φυσικό επόμενο αυτής της σκέψης είναι ο έφηβος να μην θέλει να βγει από το σπίτι για να μην αντιμετωπίσει το φοβικό αυτό ερέθισμα.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι ο φόβος αυτός πυροδοτεί μία ετοιμότητα για την έγκυρη αποφυγή το εκάστοτε φοβικού ερεθίσματος.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Ο πανικός εκδηλώνεται με έντονο φόβο και δυσφορία κατά την οποία εμφανίζεται ξαφνικά τουλάχιστον τέσσερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω και κορυφώνεται μέσα σε διάστημα 10 λεπτών και στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά. Τα συμπτώματα αυτά είναι :

- Αίσθημα παλμών
- Εφίδρωση
- Έντονος τρόμος
- Αίσθημα ασφυξίας
- Αίσθημα πνιγμονής
- Πόνος ή δυσφορία στο θώρακα
- Αίσθημα ζάλης ή τάση για λιποθυμία
- Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
- Αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση
- Φόβος απώλειας ελέγχου
- Φόβος θανάτου
- Παραισθήσεις (μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα)
- Ρίγη, αίσθημα ζέστης

Η προσβολές πανικού έχουν μικρή χρονική διάρκεια και συνοδεύονται από ανυπόφορη αίσθηση επικείμενου κίνδυνου ή θανάτου. Παρόλα αυτά, μπορούν να εμφανιστούν περισσότερες φορές σε διάστημα μιας εβδομάδας ή ενός μήνα και τα συμπτώματά τους ενδέχεται να λάβουν σοβαρή μορφή. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα συμπτώματα του πανικού μπορεί να είναι ιδιαίτερα δυσάρεστα και απρόσμενα για το άτομο αλλά δεν θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα. (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2004)

Έφηβοι που έχουν προσβληθεί αρκετές φορές από πανικό αναπτύσσουν σε μεγάλο βαθμό δευτερογενές άγχος που διατηρείται ακόμα και όταν δεν εκδηλώνεται προσβολή πανικού. Η μεγαλύτερη ανησυχία τους είναι για το που και πότε θα εκδηλωθεί την επόμενη φορά και για το αν θα καταφέρουν να επιβιώσουν (αίσθηση επικείμενου θανάτου).

Στις περιπτώσεις που δεν έχει αντιμετωπιστεί περίπτωση πανικού παρουσιάζονται πολύ σοβαρά προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις και στην καθημερινότητα του εφήβου. Για το λόγο αυτό συχνό είναι το φαινόμενο ο έφηβος να αποφεύγει κάθε είδους καταστάσεις ή δραστηριότητες κατά τις οποίες είχε προσβληθεί παρελθοντικά από πανικό. Η τάση αυτή της αποφυγής φαίνεται να είναι εντονότερη όταν ο έφηβος δεν έχει κοντά του κάποιον από το περιβάλλον του που μπορεί να τον βοηθήσει. Συχνά παρατηρείται στους εφήβους με διαταραχή πανικού να μη θέλουν να αποχωριστούν τους οικείους τους, να είναι αντικοινωνικοί και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις ο φόβος για έναν επερχόμενο πανικό να τους κρατά καθηλωμένους στο σπίτι περιορίζοντας έτσι όλες τους τις δραστηριότητες.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη των συμπτωμάτων του άγχους έχει απασχολήσει την επιστήμη της ψυχολογίας καθώς η ψυχαναλυτική θεωρία, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και η θεωρία του δεσμού προσπαθούν να ερμηνεύσουν την αρχή των διαταραχών άγχους, η κάθε μία στα πλαίσιά της. (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2004)

Κατά την **ψυχαναλυτική θεωρία** οι νευρώσεις είναι το αποτέλεσμα των συγκρούσεων που βιώνει ο έφηβος μεταξύ των δικών του επιθυμιών και προσδοκιών ή απαιτήσεων που κατά την εκτίμησή του θέτει η κοινωνία και το περιβάλλον του. Το βασικότερο στοιχείο των νευρώσεων που έχουν προαναφερθεί νωρίτερα στο κεφάλαιο είναι το άγχος, που είναι και το αποτέλεσμα της απειλής που νιώθει ο έφηβος. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία τα νευρωσικά συμπτώματα έχουν συμβολική σημασία αφού αποτελούν μηχανισμούς άμυνας οι οποίοι προστατεύουν τον έφηβο από την ένταση.

Σύμφωνα με την **θεωρία της κοινωνικής μάθησης**, ο έφηβος φαίνεται να υιοθετεί αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις παρατηρώντας της

συμπεριφορά ενός προτύπου. Για παράδειγμα εάν ένα οικείο πρόσωπο αγχώνεται ή φοβάται από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα ο έφηβος θα εκδηλώσει ανάλογες αντιδράσεις σε αντίστοιχο ερέθισμα. Η φοβική αντίδραση, λοιπόν, που υιοθετείται μέσω της παρατήρησης του προτύπου συντελεί ισχυρό παράγοντα για την επικράτηση της φοβίας. Όσο ισχυρότερη είναι η επίδραση του ατόμου που αποτελεί πρότυπο για τον έφηβο, τόσο μεγαλύτερη και πιο ακλόνητη είναι η συμπεριφορά που υιοθετείται μέσω της παρατήρησης.

Ακολουθώντας τη **θεωρία του δεσμού** οι φόβοι έχουν βιολογική βάση και καθορίζονται από την ποιότητα του δεσμού που έχει αναπτυχθεί μεταξύ του εφήβου και του πιο οικείου του προσώπου που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ο γονέας. Στις περιπτώσεις που για οποιοδήποτε λόγο η ανάπτυξη αυτού του συναισθηματικού δεσμού δεν έχει εξελιχθεί ομαλά δημιουργείται ένα είδος ανασφαλούς δεσμού και εσωτερικεύεται στον έφηβο με τη μορφή μοντέλου εργασίας (working model). Αυτό το μοντέλο εργασίας θα αποτελέσει τη βάση για τον τρόπο του προσδιορισμού του εφήβου, δηλαδή την αντίληψή του για τον κόσμο. Συμπερασματικά, οι έφηβοι που αντιλαμβάνονταν στα παιδικά τους χρόνια τον κόσμο ως απρόσιτο και εχθρικό, εκδήλωσαν στην πορεία της ζωής τους συμπτώματα νευρώσεων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει ότι η αιτιολογία των αγχώδων διαταραχών είναι πολυπαραγοντική, καθώς και το θέμα προσεγγίζεται από διαφορετικές θεωρίες. (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2004)

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η διερεύνηση της συννοσηρότητας στις αγχώδεις διαταραχές της εφηβικής περιόδου καταλαμβάνει ιδιαίτερη θέση στην κατανόηση του άγχους στους εφήβους. Σύμφωνα με έρευνες για την συνύπαρξη διαταραχών άγχους με άλλου είδους διαταραχές τα ποσοστά συννοσηρότητας φαίνονται να είναι πολύ υψηλά. Μέσα από την έρευνα του Last (1992) προκύπτει ότι ένα ποσοστό εφήβων μεταξύ 41-96% παρουσιάζει συνύπαρξη περισσότερων τύπων κατηγοριών άγχους.

Η πιο συνηθισμένη συννοσηρότητα είναι εκείνη μεταξύ των διαταραχών άγχους και της κατάθλιψης και έχει παρατηρηθεί ότι οι έφηβοι αυτοί παρουσίαζαν πολύ σοβαρότερα συμπτώματα άγχους σε σχέση με εκείνους χωρίς κατάθλιψη. Παράλληλα, έχουν παρατηρηθεί πολλές περιπτώσεις

συνύπαρξης νευρώσεων με προβλήματα συμπεριφοράς.(Kashani & Orvaschel, 1992).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όπως έχει προαναφερθεί, το άγχος χαρακτηρίζεται ως ένα πολύπλοκο μοτίβο αντιδράσεων και για την διαδικασία της διάγνωσης και της αξιολόγησής τους έχουν αναπτυχθεί πάνω από 160 διαγνωστικά μέσα (Barrios & Hartmann, 1997).

Ο ειδικός που θα ασχοληθεί με τον ασθενή-έφηβο συγκεντρώνει πληροφορίες από τον ίδιο τον έφηβο και από το περιβάλλον του για την ποιότητα, την ένταση, την έκταση των φόβων και την εξωτερίκευση του άγχους. Έτσι, αξιολογεί όλους τους παράγοντες, ώστε να ανακαλύψει τη ρίζα του προβλήματος και να καθορίσει τον τύπο της διαταραχής και αντίστοιχα να προτείνει την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους και η κατάλληλη επιλογή της σχετίζεται άμεσα με τη θεωρητική προσέγγιση που ακολουθεί ο εκάστοτε ειδικός. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι οι τεχνικές που στηρίζονται στη θεωρία της συμπεριφοράς, που εστιάζει στην παρούσα κατάσταση και στις αντιλήψεις του ατόμου για την ζωή του και όχι τόσο στο παρελθόν και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή, είναι οι πιο αποτελεσματικές για αυτό το είδος διαταραχών. Με βάση τη θεωρία της συμπεριφοράς, η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται σε τεχνικές για τη συστηματική ιεράρχηση των φόβων και την σταδιακή προώθηση του ατόμου στην άμεση αντιμετώπισή τους.

Οι πιο διαδεδομένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Σταδιακή έκθεση
- Συστηματική απευαισθητοποίηση

Η τεχνική της σταδιακής έκθεσης ενθαρρύνει τον έφηβο να πλησιάσει την κατάσταση που τον τρομάζει και παράλληλα να αντιμετωπίσει τον φόβο του και όχι να τον αποφύγει. Ο ειδικός θεραπευτής μαζί με τον έφηβο ιεραρχούν

τις αγχογόνες καταστάσεις με αύξουσα σειρά και στη συνέχεια ο έφηβος εκτίθεται σταδιακά σε κάθε μια από αυτές. Το 75% των εφήβων με αγχώδεις διαταραχές έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο ακολουθώντας αυτή την τεχνική(Silverman & Kurtines, 1996).

Η τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης, από την άλλη, περιλαμβάνει τρία στάδια:

1. Εκπαίδευση του εφήβου στην χαλάρωση
2. Κατασκευή ιεραρχημένης κλίμακας αγχωδών καταστάσεων
3. Σταδιακή προσέγγιση του αγχογόνου ερεθίσματος ενώ ο έφηβος παραμένει χαλαρός.

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται επανειλημμένως το ερέθισμα που προκαλούσε προηγουμένως στον έφηβο άγχος.

Και οι δύο τεχνικές εφαρμόζονται σε επίπεδο φαντασίας, σε πραγματικές συνθήκες ακόμα και με χρήση προτύπων ή με παιχνίδι ρόλων. Παρόλο που η έκθεση του ασθενούς σε πραγματικές συνθήκες στο πλαίσιο της κλινικής πράξης συναντά αντικειμενικές δυσκολίες θεωρείται η πιο αποτελεσματική, αφού του προσφέρει μια πιο πειστική απόδειξη ότι είναι ικανός να αντιμετωπίσει τις φοβίες του.

Έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω ότι οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου κάποιος από τους γονείς παρουσιάζουν τέτοιου είδους διαταραχές. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντική η συμμετοχή τους στην θεραπευτική διαδικασία που ακολουθούν τα παιδιά τους, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις που η θεραπεία δεν συμπεριλαμβάνει μόνο τον έφηβο αλλά και το περιβάλλον του, τα αποτελέσματά της είναι ταχύτερα και μακροχρόνια(Silverman & Kurtines, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ψύχωση ορίζεται το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με μη προσαρμοστικούς τρόπους ή με συμπεριφορές που βλάπτουν τη ζωή του. Η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας, δηλαδή ο ψυχωσικός πυρήνας της ασθένειας, παρουσιάζεται με διαταραχές και συμπτώματα που αφορούν την αντίληψη, τη σκέψη, το συναίσθημα, την ομιλία και την ψυχοκινητικότητα του ατόμου. Οι διαταραχές αυτές δημιουργούν πρόβλημα στην ικανότητα του ασθενή να αναγνωρίσει την πραγματικότητα, στην ικανότητα κρίσης και στην λειτουργικότητά του στην κοινωνία. (Σύγγραμμα ψυχιατρικής, Ψυχικές διαταραχές της εφηβικής ηλικίας)

ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η ψύχωση είναι πιθανότερο να παρουσιαστεί σε νεαρούς ενήλικες παρά σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Σχεδόν τρεις στους εκατό νεαρούς αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχωσικό επεισόδιο. Όπως και στους ενήλικες έτσι και στους εφήβους η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων υποδηλώνει σοβαρή διαταραχή στην ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να ζει στην πραγματικότητα καθώς οι διαταραχές στη σκέψη του, το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις του το καθιστούν ανίκανο να αντιληφθεί αντικειμενικά τις καταστάσεις χωρίς να τις παραποιεί. (Αναγνωστόπουλος, 2001)

Στις ψυχωτικές καταστάσεις ο έφηβος ασθενής δεν μπορεί να ξεχωρίσει την πραγματικότητα από τα παράγωγα της φαντασίας του, αφού θεωρεί πραγματικές τις δικές του πεποιθήσεις.

Οι διαταραχές στην σκέψη που εμφανίζονται ενδεχομένως να αφορούν τον ειρμό, δηλαδή οι ιδέες που εκφράζονται να μην συνδέονται μεταξύ τους. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις, ακόμα και ο λόγος είναι ασυνάρτητος. Διαταραχές θεωρούνται και οι παραληρητικές ιδέες, οι οποίες εμπεριέχονται σε αυτές του περιεχομένου της σκέψης και είναι λανθασμένες πεποιθήσεις του ατόμου που βασίζονται σε μη πραγματικά συμπεράσματα. Μάλιστα, παρά την αδιαμφισβήτητη απόδειξη ότι αυτά είναι εξωπραγματικά, ο ασθενής επιμένει στις ιδέες του αυτές. Η παρουσία ψευδαισθήσεων που αφορούν σε

οποιαδήποτε από τις αισθήσεις και κατεξοχήν στις ακουστικές χαρακτηρίζουν τη διαταραχή στην αντίληψη των ερεθισμάτων.

Ενώ στις ηλικίες κάτω των 6 ετών η σύγχυση της πραγματικότητας και της φαντασίας αποτελεί φυσιολογικό και σύνηθες φαινόμενο(π.χ φανταστικοί φίλοι), στην εφηβεία η εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα ανησυχητική. Παρόλα αυτά δεν εκφράζει απαραίτητα την έναρξη σχιζοφρενικής διαταραχής.

Τα ψυχωτικά σύνδρομα που εμφανίζονται κατά την εφηβεία είναι:

- Σχιζοφρένεια
- Διαταραχές διάθεσης
- Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή

και αναλύονται παρακάτω.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η έναρξη της σχιζοφρένειας εμφανίζεται στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής (American Psychiatric Association, 1994). Η συχνότητά της είναι περίπου στο 1% και μόνο το 0,1 % όλων των σχιζοφρενικών διαταραχών εκδηλώνονται πριν την ηλικία των 10, ενώ το 4% πριν την ηλικία των 15 (Tolbert, 1996). Το 25% των περιπτώσεων εμφανίζουν οξεία έναρξη ενώ το υπόλοιπο αυτών βραδεία.

Τα κριτήρια για τη διάγνωσή της είναι ίδια σε ενήλικες και εφήβους και προϋποθέτουν την ύπαρξη τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικών συμπτωμάτων από τα παρακάτω:

- Παραλήρημα
- Ψευδαισθήσεις
- Αποδιοργανωμένη ομιλία
- Αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- Κατατονική συμπεριφορά
- Αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική επιπέδωση, αβουλία).

Βέβαια, στην περίπτωση που οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις συνίστανται σε μια φωνή που σχολιάζει συνεχώς ή σε δύο φωνές που συνομιλούν μεταξύ τους, μόνο ένα σύμπτωμα είναι αρκετό για να διαγνωστεί η ασθένεια.

Η παρουσία συμπτωμάτων , κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργίας, καθώς και ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών είναι ικανά και αναγκαία για την διάγνωση της ασθένειας.

Επίσης, για την διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, της διαταραχής διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία και της παρουσίας ψυχωτικών συμπτωμάτων λόγω χρήσης ουσιών ή ύπαρξης σωματικής νόσου (σύνδρομο Cushing, Όγκος Εγκεφάλου).

Αιτιοπαθολογικά η σχιζοφρένεια, όπως και οι υπόλοιπες ψυχικές-ψυχιατρικές διαταραχές είναι πολυπαραγοντικές και εξαρτάται από την αλληλεπίδραση γενετικών, οργανικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα γονίδια που ελέγχουν την ευαισθησία για την εκδήλωση της νόσου προδιαθέτουν για το αποτέλεσμα των επιδράσεων των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, για παράδειγμα εάν ένα παιδί με σχιζοφρενή μητέρα υιοθετηθεί από μία οικογένεια στην οποία η μητρική λειτουργία είναι καλή, έχει μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου από εκείνο που η μητρική λειτουργία είναι χαμηλού επιπέδου (Tienari, 1991).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι διαταραχές διάθεσης χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

Διπολικές διαταραχές:

- Διπολική διαταραχή I (μανιακά ή μικτά επεισόδια, ή μανιακά και καταθλιπτικά)
- Διπολική διαταραχή II (καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια)
- Κυκλοθυμική διαταραχή
- Διπολική διαταραχή, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Καταθλιπτικές διαταραχές(καταθλιπτικά επεισόδια):

- Μείζον καταθλιπτική διαταραχή
- Δυσθυμική διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Σύμφωνα με το American Psychiatric Association (1994) το βασικότερο χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών επεισοδίων είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η απώλεια ενδιαφέροντος για όποια δραστηριότητα για μια περίοδο τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Πιο συγκεκριμένα, στους εφήβους η καταθλιπτική διάθεση συχνά αντικαθίσταται από ευερεθιστότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι η ύπαρξη τουλάχιστον τεσσάρων από τα παρακάτω συμπτώματα: αλλαγές στην όρεξη για φαγητό ή στο βάρος σώματος, διαταραχές στον ύπνο (κυρίως αϋπνία), ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση, αίσθημα αναξιοσύνης ή ενοχής , δυσκολία σκέψης, συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή κατ' επανάληψη αυτοκτονικό ιδεασμό (σκέψη ή απόπειρες).

Η διάγνωση του μανιακού επεισοδίου προαπαιτεί μια διακριτή περίοδο τουλάχιστον μιας εβδομάδας κατά την οποία η συναισθηματική κατάσταση του εφήβου είναι παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη και θα πρέπει να συνοδεύεται από τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα: διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά, φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν, διάσπαση προσοχής, η οποία προκαλείται από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα, αύξηση σε στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες ή ψυχοκινητική διέγερση και τέλος υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες με αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν οδυνηρές συνέπειες (π.χ. σεξουαλικές δραστηριότητες χωρίς κριτική σκέψη). Αν η διάθεση του εφήβου είναι μόνο ευερέθιστη, τότε απαιτούνται τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα.

Τόσο για την διάγνωση των καταθλιπτικών όσο και για αυτή των μανιακών επεισοδίων, πρέπει να υπάρχει κλινικά αξιοσημείωτη έκπτωση σε σημαντικούς τομείς της ζωής του εφήβου. Ειδικά στην περίπτωση καταθλιπτικού επεισοδίου, τα συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν

σημαντική υποκειμενική ενόχληση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα συμπτώματα δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα κάποιας ουσίας ή γενικής ιατρικής κατάστασης (υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός).

Έχει παρατηρηθεί ότι στο καταθλιπτικό επεισόδιο όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα το περιεχόμενο του παραλήρηματος ή των ψευδαισθήσεων συνάδει με την κατάθλιψη (ενοχικό παραλήρημα), ενώ σπάνια συνδέεται με το θέμα της κατάθλιψης (διωκτικό παραλήρημα, παραλήρημα ελέγχου). Επίσης, στο μανιακό επεισόδιο, τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι συμβατά με την μανία (παραλήρημα μεγαλείου) και σπανιότερα δεν συνδέονται με το θέμα της.

Οι διαταραχές διάθεσης φαίνεται να αιτιολογούνται με την αλληλεπίδραση γενετικών, ψυχοκοινωνικών και νευροβιολογικών παραγόντων που διαπλέκονται κατά πολύπλοκο τρόπο μεταξύ τους.

Η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωση των ψυχικών συμπτωμάτων στους εφήβους απαιτεί πολλές πληροφορίες και τη διασταύρωσή τους και είναι σύνηθες να χρειάζονται αρκετές συνεδρίες για την οριστική διάγνωση. Επίσης, ο έλεγχος για οργανική νόσο ή χρήση ουσιών είναι απαραίτητος για να ολοκληρωθεί η διαγνωστική διαδικασία. Στη περίπτωση που παρατηρούνται εκτός των ακουστικών ψευδαισθήσεων και άλλες, ο θεράπων ιατρός προσανατολίζεται προς την ύπαρξη οργανικής αιτιολογίας της ψυχωτικής συμπτωματολογίας. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι μορφές επιληψίας, η τοξική εγκεφαλοπάθεια, οι νευρολογικές και μεταβολικές διαταραχές και οι λοιμώξεις του εγκεφάλου. Έρευνες αναδεικνύουν συννοσηρότητα με χρήση ουσιών μέχρι και 50%. (Tolbert, 1996)

Εφόσον, λοιπόν, αποκλειστεί η σύνδεση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας με γενική ιατρική κατάσταση ή χρήση ουσιών απομένει η κατάληξη σε μία από τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές. Το γεγονός ότι στη σχιζοφρένεια, τη διαταραχή διάθεσής με ψυχωτικά στοιχεία και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή υπάρχουν κοινά συμπτώματα που αφορούν στην διάθεση δυσχεραίνει τη διάγνωση της κάθε περίπτωσης. Συμπερασματικά, όταν η διαταραχή της διάθεσης είναι παρατεταμένη και εμφανής, σε συνδυασμό με τα ψυχωτικά συμπτώματα, ο προσανατολισμός κατευθύνεται περισσότερο στις διαταραχές διάθεσής και τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή χαρακτηρίζεται από μη διακοπτόμενη περίοδο ασθένειας με μείζον καταθλιπτικό ή μανιακό ή μικτό επεισόδιο. Ταυτόχρονα με το επεισόδιο, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, δηλαδή παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, έντονα αποδιοργανωμένα ή κατατονικά συμπεριφορά και, σε μερικές περιπτώσεις, σημειώνονται παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον δύο εβδομάδες με απουσία προεξαρχόντων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης. Επίσης, σημειώνονται συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για επεισόδια διαταραχής της διάθεσης που είναι παρόντα για σημαντικό χρονικό διάστημα σε σχέση με την συνολική διάρκεια της νόσου. (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2004)

ΒΡΑΧΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η βραχεία ψυχωτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρήματος, ψευδαισθήσεων, αποδιοργανωμένης ομιλίας και σημαντικά αποδιοργανωμένης ή κατατονικής συμπεριφοράς και η διάρκειά της δεν είναι περισσότερη από ένα μήνα. Για την διάγνωσή της απαιτείται τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω συμπτώματα και συχνά συνδυάζονται με στρεσογόνα γεγονότα. Προδιάθεση για την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής αποτελούν διαταραχές της προσωπικότητας, όπως δραματική, ναρκισσιστική, παρανοειδής, σχιζότυπη, ή μεταιχμιακή διαταραχή.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τον Volkmar (1996), η διάκριση του παραληρήματος παρεμποδίζεται από τους ψυχαναγκασμούς, που μπορεί να είναι επίμονοι και περίεργοι. Για αυτό το λόγο, βασίζεται στο ότι στην περίπτωση των ψυχαναγκασμών το άτομο έχει επαφή με την πραγματικότητα και αισθάνεται δυσφορία επειδή αντιλαμβάνεται ότι η ιδέα του είναι παράλογη.

Στο πλαίσιο της διαφοροδιάγνωσης της ψυχωτικής συμπτωματολογίας κατά την εφηβεία υπάγονται οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, γνωστότερη των οποίων είναι η αυτιστική διαταραχή. Στοιχεία των διαταραχών αυτών που αφορούν στην επικοινωνία, το συναίσθημα, την ικανότητα για σχέσεις και τη συμπεριφορά έχουν ομοιότητες αλλά και ουσιαστικές διαφορές με τη

σχιζοφρενική διαταραχή. Οι πρώτες αναγνωρίζονται στα πρώτα χρόνια της ζωής και δεν χαρακτηρίζονται από την παρουσία παραληρήματος και ψευδαισθήσεων. Παρόλα αυτά, σε ορισμένες αναπτυξιακές διαταραχές είναι πιθανό να εμφανιστεί βραχεία ψυχωτική διαταραχή και ιδιαίτερα σε αυτές τις περιπτώσεις το ιστορικό και η διασταύρωση πληροφοριών είναι απολύτως απαραίτητα προκειμένου να διαπιστωθεί η έναρξη των συμπτωμάτων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των ψυχωτικών διαταραχών εξαρτάται αρχικά από την ίδια την αιτιολογία των συμπτωμάτων τους, αν παραδείγματος χάρη πρόκειται για μια διαταραχή που προέρχεται από γενική ιατρική κατάσταση, τότε προφανώς η παρέμβαση θα στοχεύει στην θεραπεία της σωματικής νόσου.

Γενικώς η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει συνδυασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και συνεδρίες με την οικογένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα στην οξεία φάση της νόσου, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η εσωτερική νοσηλεία. (Αναγνωστόπουλος, 2001)

Η ψυχοθεραπεία, χαρακτηρίζεται από πολλούς ως το σημαντικότερο τμήμα την θεραπευτικής παρέμβασης και αφορά στον έφηβο αλλά και στην οικογένειά του. Ο στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να αισθανθεί ο έφηβος βοήθεια, ασφάλεια, ενδιαφέρον και υποστήριξη από τον θεραπευτή του και να κατανοήσει τη σημασία των συμπτωμάτων του ώστε να μπορέσει βαθμιαία να τα αντιμετωπίσει. Στην ψυχοθεραπεία καλό είναι να συμμετέχουν και οι γονείς του εφήβου, για να υπάρξει μια πιο σφαιρική αντίληψη του προβλήματος και η αντιμετώπιση να είναι από κοινού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ

ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η εφηβεία, όπως έχει προαναφερθεί, χαρακτηρίζεται ως το μεταβατικό στάδιο από τη παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και είναι μια ιδιαίτερη περίοδος ραγδαίων αλλαγών που επηρεάζουν την ψυχολογία και τη σωματική ανάπτυξη του ατόμου. Η προσπάθεια του εφήβου να προσαρμοστεί στις βιοσωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές που βιώνει επηρεάζει την εικόνα που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του. Κάποιες φορές οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο έφηβος έρχονται σε σύγκρουση με τους παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας, όπως τα προβλήματα διατροφής, οι διαιτητικές συνήθειες και η αρνητική εικόνα του σώματός του. Η σύγκρουση αυτή συχνά οδηγεί σε μια υπερβολική άσκηση αυτοελέγχου όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες του εφήβου με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών στην πρόσληψη τροφής, όπως η ψυχογενής ανορεξία ή η ψυχογενής βουλιμία. Και στις δύο περιπτώσεις οι διαταραχές σχετίζονται με ανθυγιεινές προσπάθειες ελέγχου του σωματικού βάρους και παθολογικές αντιλήψεις που αφορούν το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι πολιτιστικές και κοινωνικές αντιλήψεις για το ιδανικό βάρος και τη σωματική εμφάνιση που προβάλλονται ενισχύουν τις διαταραχές αυτές. Επομένως, ο ρόλος της οικογένειας, της κοινωνικής τάξης και της διαμόρφωσης των διατροφικών προτιμήσεων και αντιλήψεων για το ιδανικό βάρος είναι καθοριστικός για την πρόσληψη της τροφής στην εφηβεία (Brumberg & Streigel-Moore, 1993)

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από την άρνηση του ατόμου για λήψη φαγητού με σκοπό τη μείωση του βάρους του και από τον έντονο φόβο πρόσληψης βάρους παρά το γεγονός ότι αυτό κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού. Το άτομο βρίσκεται, λοιπόν, εγκλωβισμένο σε μία συνεχή προσπάθεια να ελαττώσει περαιτέρω το βάρος του, καθώς η διαταραγμένη εικόνα που έχει για την εξωτερική του εμφάνιση επιδρά αρνητικά στην αυτοαξιολόγησή του. Ιδιαίτερα στα κορίτσια χαρακτηριστικό αποτέλεσμα της ανορεξίας είναι συχνά οι διαταραχές στον εμμηνορρυσιακό κύκλο. (Eckert & Mitchell, 1994)

Ο όρος «ανορεξία», αν και ετυμολογικά παραπέμπει στην έλλειψη όρεξης, είναι παραπλανητικός αφού τα άτομα που πάσχουν από ανορεξία έχουν όρεξη για φαγητό, αλλά συνειδητά επιλέγουν αυστηρές δίαιτες στην

προσπάθειά τους να χάσουν βάρος. Παρά το γεγονός ότι πολλοί έφηβοι έχουν ακολουθήσει περιστασιακά τέτοιου είδους μεθόδους για την απώλεια βάρους, τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία κυριαρχούνται από την εμμονή ότι τείνουν προς την παχυσαρκία. Κάθε φορά που διαπιστώνουν ότι έχασαν βάρος και νιώθουν ότι βελτιώθηκε η εικόνα τους αισθάνονται προς στιγμήν καλύτερα, αλλά διατηρούν την ανασφάλειά τους και τη φοβία τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να συνεχίζουν να χάνουν όλο και περισσότερα κιλά και αν κάποια μέρα αυτό δεν συμβεί, κυριαρχούνται από πανικό και εντείνουν ακόμα περισσότερο τις προσπάθειές τους.

Σύμφωνα με το DMS ID, η ψυχογενής ανορεξία διακρίνεται σε δύο τύπους:

- **Περιοριστικός τύπος (Restricting Type)**
- **Υπερφαγία /Καθαρτικός τύπος (Binge – eating / Purging Type)**

Στην πρώτη περίπτωση το άτομο καταφεύγει μόνο στον περιορισμό λήψης τροφής και στην δεύτερη παρατηρούνται τακτικά επεισόδια υπερφαγίας και στην συνέχεια καταφεύγει σε συμπεριφορά κάθαρσης με αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή με χρήση καθαρικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Ο έφηβος με περιοριστικό τύπο συνήθως χαρακτηρίζονται από εμμονές, ιδιόρρυθμη συμπεριφορά και υπερβολικό αυτοέλεγχο. Αντίθετα, ο έφηβος με καθαρτικό τύπο τείνει να έχει οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και συναισθηματικά προβλήματα.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όπως και οι υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές, έτσι και η ψυχογενής ανορεξία είναι πολυπαραγοντική και παρά την προσπάθεια των ειδικών να διατυπώσουν θεωρητικά μοντέλα για την ερμηνεία της, δεν έχει σταθεί δυνατό να απομονωθεί κάποιος παράγοντας που να θεωρείται το βασικό αίτιο.

Σε κάθε προσπάθεια διερεύνησης της αιτιολογίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής πρέπει να συνεκτιμάται η αλληλεπίδραση βιολογικών κοινωνικοπολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων. Ιδιαίτερα έμφαση πρέπει να δοθεί στον κοινωνικό παράγοντα που συνδέεται με τα σωματικά πρότυπα αφού αυτά δημιουργούν τα αποδεκτά μοντέλα σε όλους τους ανθρώπους, ειδικότερα στις γυναίκες. (Λαζαράτου, 2010)

Η αιτιολογία των διαταραχών της πρόσληψης τροφής πρέπει να κατευθύνεται στην διερεύνηση των κινήτρων του εφήβου που υποβάλλει τον εαυτό του στην οδυνηρή και επικίνδυνη διαδικασία αποβολής βάρους ανατρέποντας του φυσιολογικούς ρυθμούς του οργανισμού του. Συχνά το «ιδανικό» σώμα που προβάλλεται στην κοινωνία με διάφορους τρόπους είναι πολύ διαφορετικό από το φυσιολογικό πλαίσιο και φτάνει τα όρια του πλασματικού. Για τον λόγο αυτό, οι έφηβοι που έχουν ως πρότυπο τέτοιου είδους μοντέλα πιθανά βιώνουν το αίσθημα του ανικανοποίητου σχετικά με τη δική τους σωματική εικόνα και υιοθετούν κάθε μέσο για να την αλλάξουν.

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία αποτρεπτική φοβική διαταραχή κατά την οποία το αντικείμενο της φοβίας είναι το κανονικό σώμα του ενήλικα. Ο έφηβος, λοιπόν, που διαπιστώνει πως το σώμα του διαφοροποιείται και τείνει να μοιάζει με αυτό του ενήλικα προσπαθεί να ανατρέψει την ανάπτυξή του και επιχειρεί να διατηρήσει το σώμα του όπως ήταν νωρίτερα (Arthur Crisp, 1997).

Σύμφωνα με την Hilda Bruch (1973), η ανορεξία σχετίζεται με την προσπάθεια του εφήβου να διεκδικήσει την αυτονομία του. Η αποτυχία του γονέα να αναγνωρίσει την επιθυμία του παιδιού του για αυτονομία ενθαρρύνει την εκδήλωσή της. Και τα δύο θεωρητικά μοντέλα έχουν επηρεάσει σημαντικά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της ψυχογενούς ανορεξίας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση βασίζεται στη ψυχοθεραπεία, παρόλα αυτά η ιατρική παρακολούθηση του εφήβου με ψυχογενή ανορεξία είναι απαραίτητη. Σε περιπτώσεις που η απώλεια βάρους είναι μεγάλη και υπάρχουν διαταραχές του μεταβολισμού ή κίνδυνος για αυτοκτονία, η νοσοκομειακή περίθαλψη κατέχει εξέχουσα σημασία. Σε πολύ σοβαρές καταστάσεις, η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι για εβδομάδες ή μήνες, ώστε το άτομο να αποκτήσει το προσδοκώμενο βάρος του, ενώ τις περισσότερες φορές η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι βραχείας διάρκειας.

Η πρώτη φάση της θεραπευτικής προσέγγισης επικεντρώνεται στην ανάκτηση του σωματικού βάρους η οποία αποτελεί και το ευκολότερο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο ανορεκτικός έφηβος ανακτά το βάρος του με την έξοδό του από το νοσοκομείο, αλλά δεν έχει απαλλαγεί

από τις διατροφικές του συνήθειες. Αν, λοιπόν, δεν υπάρξει παρέμβαση σε αυτό το επίπεδο, ο ασθενής θα υποτροπιάσει, αφού οι διαταραγμένες του αντιλήψεις συνεχίζουν να επηρεάζουν την συμπεριφορά του. Για τον λόγο αυτό, η θεραπευτική διαδικασία στη συνέχειά της επικεντρώνεται στην ανάταξη των διαταραγμένων αντιλήψεων μέσω γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών. Οι τεχνικές αυτές εστιάζονται στις συνήθειες και τις αντιλήψεις του ατόμου και παρεμβαίνουν στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. (Garner & Need Leman, 1997). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην φαρμακευτική αγωγή φαίνεται να έχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και η συχνότητα της φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερη από την ψυχογενή ανορεξία. Το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής αυτής είναι η υπερφαγία, που αναφέρετε στην κατανάλωση μίας ποσότητας τροφής σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και είναι εμφανώς μεγαλύτερη από αυτή που καταναλώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

Η υπερφαγία συχνά ακολουθείται από αλλαγή στη διάθεση του εφήβου και τη δημιουργία άγχους ως αποτέλεσμα της αύξησης του σωματικού του βάρους. Οι ενοχές και η δυσφορία που έχει προκαλέσει η υπερφαγία οδηγεί τον ασθενή έφηβο στην κάθαρση με αυτοπροκαλούμενους εμετούς, καθαρτικά, διουρητικά, νηστεία και υπερβολική σωματική άσκηση. Στη συνέχεια το άτομο νιώθει καλύτερα και απομακρύνει την προηγούμενη φοβία του για την αύξηση του βάρους του.

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής είναι :

- Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας, με έλλειψη ελέγχου στην κατανάλωση τροφής
- Επανελημμένη απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου αποτροπής της αύξησης βάρους.

Και τα δύο κριτήρια εμφανίζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για το διάστημα τριών μηνών. Η αυτοαξιολόγηση του εφήβου επηρεάζεται υπερβολικά από το βάρος του σωματός του.

Η ψυχογενής βουλιμία έχει διακριθεί σε δύο τύπους :

1. Καθαρτικός τύπος
2. Μη καθαρτικός τύπος

Στον πρώτο τύπο το άτομο καταφεύγει σε αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή σε κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών. Ο δεύτερος τύπος χαρακτηρίζεται από απρόσφορες και αντισταθμιστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, παρόλα αυτά χωρίς την εμφάνιση κανενός εκ των χαρακτηριστικών του πρώτου τύπου.

Οι έφηβοι, όπως και οι ενήλικες που πάσχουν από τη διαταραχή της βουλιμίας, περιγράφονται ως ανελαστικοί χαρακτήρες που εμφανίζονται απόλυτοι τόσο στη σκέψη όσο και στη συμπεριφορά τους και διακρίνονται από τη στάση «όλα ή τίποτα». Άλλοτε έχουν την αντίληψη του απόλυτου ελέγχου και άλλοτε πως τον χάνουν εντελώς. Τα άτομα με βουλιμία δεν είναι ικανοποιημένα με το σώμα τους και εμφανίζονται παρορμητικά και εξωστρεφή. Επίσης παρουσιάζουν δυσκολίες στην αυτορρύθμιση τους όσον αφορά το θέμα του φαγητού και τη γενικότερη συμπεριφορά τους. (Butow et al., 1993)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχογενής βουλιμία εκδηλώνεται στα κορίτσια με συχνότητα 1-3% (1994). Η εμφάνιση της βουλιμίας, όπως και της ανορεξίας, διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των φύλων και έχει σημειωθεί ότι η εκδήλωση της στον ανδρικό πληθυσμό είναι ιδιαίτερα σπάνια.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της βουλιμίας συναντά τις ίδιες δυσκολίες με αυτή της ανορεξίας καθώς υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και στις δύο διαταραχές. Έχει παρατηρηθεί πως στα άτομα με βουλιμία τα επίπεδα νορεπινεφρίνης είναι χαμηλά παρόλα αυτά δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί αν αυτό αποτελεί αιτία ή

αποτέλεσμα της διαταραχής. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι η νορεπινεφρίνη επανέρχεται στα φυσιολογικά της επίπεδα όταν το άτομο ανακτά το βάρος του. (Kaye & Weltzin, 1991) Όσο αφορά τα περιορισμένα ευρήματα για τις νευροβιολογικές και ενδοκρινολογικές δυσλειτουργίες στα άτομα με διατροφικές διαταραχές, μάλλον αποτελούν αποτέλεσμα του υποσιτισμού και της καθαρκτικής συμπεριφοράς και όχι αιτία των διαταραχών.

Οι πιθανότητα εμφάνισης τέτοιου είδους διαταραχών αυξάνεται σε περιπτώσεις παιδικής παχυσαρκίας ή ιστορικού παχυσαρκίας, προβληματικών οικογενειακών σχέσεων και σεξουαλικής κακοποίησης. (Garfinkel et al., 1995)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στις περιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών οφείλει να είναι πολύπλευρη λόγω της παρουσίας συναισθηματικών και οργανικών διαταραχών. Έτσι ιδανικότερη αντιμετώπιση θα αποτελούσε η συνεργασία μιας ομάδας ειδικών από τους τομείς της παθολογίας, της διαιτολογίας και της ψυχοθεραπείας. (Λεμπέση, 2010)

Όταν η διάγνωση της διατροφικής διαταραχής έχει αποκλείσει το ενδεχόμενο ύπαρξης οργανικού προβλήματος, η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που θα ακολουθηθεί είναι στην ευχέρεια του ειδικού που παρακολουθεί τον εφηβο. Σε κάθε περίπτωση όμως η θεραπευτική διαδικασία που περιλαμβάνει την οικογένεια του ασθενή αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επιτυχίας. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι σε κάποιες περιπτώσεις η επίλυση των ενδοοικογενειακών προβλημάτων ήταν καθοριστικής σημασίας προκειμένου να ξεπεραστούν οι διατροφικής διαταραχής.

Η πιο αποτελεσματική θεραπεία για την ψυχογενή βουλιμία, όπως και στην ανορεξία, είναι η αυτή που στηρίζεται στις γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Η θεραπεία αυτή ενθαρρύνει την εκδήλωση επιθυμητών συμπεριφορών που αφορούν την σχέση του εφήβου με το φαγητό και παράλληλα προσανατολίζεται στην τροποποίηση των διαταραγμένων αντιλήψεων του που σχετίζονται με την ψυχαναγκαστική του συμπεριφορά. Ο τελικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι η τροποποίηση των διαταραγμένων αντιλήψεων του ασθενή εφήβου για το σχήμα και το βάρος του σώματος του καθώς και η αντικατάσταση της

λανθασμένης διατροφικής συμπεριφοράς από υγιή διατροφικές συνήθειες και ένταξη δραστηριοτήτων στην καθημερινότητά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ

Η οικογένεια, ως η πρώτη ομάδα της οποίας γίνεται μέλος το άτομο, αποτελεί τον σημαντικότερο περιβαλλοντικό παράγοντα για την ανάπτυξη ενός παιδιού και ίσως μπορεί να χαρακτηριστεί και ως το σημαντικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο το παιδί εξελίσσεται, διαμορφώνει την προσωπικότητα και το χαρακτήρα του και υιοθετεί βασικές μορφές συμπεριφοράς που καθορίζουν την υγεία του στην πορεία της ζωής του. Το οικογενειακό περιβάλλον, ιδιαίτερος οι γονείς που είναι πρότυπα συμπεριφοράς, συντελεί στην ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή του ατόμου. Η οικογένεια οφείλει να του προσφέρει το σταθερό και ασφαλές έδαφος στο οποίο θα στηρίξει όλη τη μετέπειτα ζωή του και την κοινωνική του συμπεριφορά. Μέσα σε αυτή το άτομο κάνει τις πρώτες του προσπάθειες να προσαρμοστεί και μαθαίνει να ακολουθεί κανόνες συμπεριφοράς που τείνει να ακολουθεί στην υπόλοιπη ζωή του. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

Η εφηβεία όπως έχει προαναφερθεί είναι μια κρίσιμη εξελικτική περίοδος στον κύκλο ζωής, καθοριστική για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου και τη στάση ζωής που θα επιλέξει αργότερα. Είναι μάλιστα η πιο έντονη από πλευράς ψυχολογικών μεταβολών. Η μεταβατική αυτή περίοδος από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση, με ότι αυτή συνεπάγεται, είναι σημαντική για την πορεία του ατόμου μέσα στην κοινωνία. Στην προσπάθειά του λοιπόν να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του με τους γονείς του, να διευθετήσει ένα νέο πλαίσιο με τους άλλους και να κατανοήσει τον εαυτό του, ο έφηβος υιοθετεί συγκρουσιακές, άστατες και αντιθετικές στάσεις που θα πλαισιώσουν και θα στιγματίσουν την ψυχοσύνθεσή του και πάνω σε αυτές θα βασιστεί η εξέλιξή του.

Όσο αφορά την οικογένεια, είναι ένα σύστημα που επηρεάζεται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες και η οποία μέσα από μία κυκλική διαδικασία με τη σειρά της τους επηρεάζει και τους διαφοροποιεί. Ένας ακόμα παράγοντας που την επηρεάζει είναι οι μεταβολές των ίδιων της των μελών, όπως ο ερχομός ενός παιδιού ή η είσοδος του στην εφηβεία. Οι μεταβολές που βιώνει ο έφηβος σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο προκαλούν αναστάτωση όχι μόνον στον ίδιο αλλά και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αφού καλείται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και να αντιμετωπίσει νέες καταστάσεις.

Οι πρώιμες διαταραχές που μπορεί να εντοπιστούν αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση προβλημάτων στην περίοδο της εφηβείας αλλά και στην ενήλικη ζωή του. Για αυτό το λόγο θα πρέπει η οικογένεια να παρατηρεί και να στηρίζει το παιδί ώστε είτε να διαγνωστεί έγκαιρα η όποια διαταραχή και να αντιμετωπιστεί άμεσα, είτε να προληφθεί το πρόβλημα. Η οικογένεια οφείλει να διευκολύνει την ανάπτυξη του παιδιού και το πέρασμά του από την εξαρτητότητα του στην ανεξαρτησία του ως έφηβος και στην ενηλικίωση.

Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας που επηρεάζουν την σωματική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία του εφήβου είναι η δομή της οικογένειας, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδό της και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της.

ΔΟΜΗ

Σύμφωνα με την Κογκίδου (2004) έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας, το μέγεθος και την σύνθεσή της. Οι αλλαγές αυτές αφορούν στη συρρίκνωση της οικογενειακής ομάδας, την αύξηση των περιπτώσεων απλής συμβίωσης, των διαζυγίων, των αναδομημένων και μονογονεϊκών οικογενειών.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι μεταβολές στη δομή της οικογένειας έχουν αντίκτυπο στη ζωή των εφήβων, στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις και στην ψυχοσωματική τους υγεία. Χαρακτηριστικά, παιδιά που βίωσαν το διαζύγιο ή εκείνα που ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες παρουσίασαν προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς, ψυχικές διαταραχές και εμπλοκή σε χρήση ουσιών, σε συχνότητα πολύ μεγαλύτερη από εκείνα που ζουν και με τους δύο βιολογικούς τους γονείς σε ένα πιο φυσιολογικό περιβάλλον.

Στη Ελλάδα η δομή που επικρατεί είναι εκείνη της πυρηνικής οικογένειας που αποτελείται από τους φυσικούς γονείς και τα παιδιά. Μέσα από έρευνες φαίνεται ότι 9 στους 10 εφήβους μένουν και με τους δύο φυσικούς γονείς, ένα ποσοστό του 7,5% με τον έναν γονέα και το 1,2% ανήκουν σε αναδομημένη οικογένεια. Επίσης χαρακτηριστικό της ελληνικής οικογένειας είναι η συμβίωση με την ευρύτερη οικογένεια (γιαγιά – παππούς) που αγγίζει το ποσοστό 21,6% (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η υγεία των εφήβων επηρεάζεται από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, γεγονός που έχει αποδειχθεί μέσα από έρευνες. Οι έφηβοι που ζουν σε ένα περιβάλλον με χαμηλό κοινωνικό επίπεδο και βιώνουν οικονομικές δυσκολίες έχουν περισσότερο άγχος και αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους μεγαλύτερα προβλήματα. Όταν ένας έφηβος μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον χωρίς τα απαραίτητα εφόδια ή καλείται να αντιμετωπίσει καταστάσεις που τον ξεπερνούν και τον πιέζουν συναισθηματικά, το αποτέλεσμα είναι η αντίδραση και η υιοθέτηση προβληματικών συμπεριφορών. Στις περιπτώσεις όπου η οικογένεια δεν μπορεί να προσφέρει στον έφηβο όσα ο ίδιος επιθυμεί, οι συγκρούσεις είναι αναπόφευχτες και οδηγούν τον έφηβο στην απομάκρυνση από τον οικογενειακό κύκλο και μερικές φορές την ένταξή του σε περιθωριακές ομάδες που τον επηρεάζουν αρνητικά. Έτσι τα προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς και η χρήση ουσιών είναι πολύ συχνά. (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2008)

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Η ποιότητα των σχέσεων, της επικοινωνίας και οι κοινές δραστηριότητες μεταξύ των μελών της οικογένειας συντελούν σημαντικό παράγοντα στη ανάπτυξη του παιδιού και στην ψυχοκοινωνική εξέλιξη του εφήβου. Η ανεπαρκής ή η έλλειψη ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη των γονιών στα παιδιά μπορεί να προκαλέσει άγχος που στην πορεία να αποδειχθεί ανυπόφορο και η αντιμετώπιση του να οδηγήσει στην εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής. Αντίθετα, αν οι γονείς είναι υπερβολικοί με τα παιδιά, η ψυχοσυναισθηματική τους ωρίμανση εμποδίζεται και επιβραδύνεται με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης και να μη μπορούν να απογαλακτιστούν, οπότε και εμφανίζονται προβλήματα συμπεριφοράς και προσαρμοστικότητας στην περίοδο της εφηβείας αλλά και μετά την ενηλικίωση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η επικοινωνία με τους γονείς προλαμβάνει καταστάσεις και μειώνει τους κινδύνους ανάπτυξης επιβαρυντικών για την υγεία συμπεριφορών. Το επίπεδο γνώσης και η παρακολούθηση των δραστηριοτήτων του εφήβου από την πλευρά των γονέων σχετίζεται με την ανάπτυξη ή όχι συμπεριφορών που επιβαρύνουν την υγεία του. Επίσης οι καταστάσεις βίας ή κακοποίησης, σωματικής είτε ψυχολογικής, είναι σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση ψυχικών

διαταραχών στον έφηβο. Ο έφηβος που έχει βιώσει τέτοιου είδους καταστάσεις, ακόμα και σε μικρό βαθμό, έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει διαταραχές κάθε τύπου από έναν έφηβο που μεγάλωσε και ζει σε ένα ήρεμο και αρμονικό περιβάλλον.

Η ικανοποίηση που νιώθουν οι γονείς για τη δική τους ζωή καταδεικνύει το πως αισθάνονται και κρίνει την σχέση με τους δικούς τους εφήβους. Ο γονέας που μπορεί να καταλάβει και να κατανοήσει τα προβλήματα που βιώνει το έφηβο παιδί του, μπορεί να το βοηθήσει να περάσει αυτή την κρίσιμη περίοδο. Όσο πιο στενές και ειλικρινείς είναι οι σχέσεις μεταξύ τους τόσο πιο ομαλή θα είναι η εξέλιξη του παιδιού, η μετάβασή του σε έφηβο και η ολοκλήρωσή του σε ένα υγιή -τουλάχιστον- συναισθηματικά και λειτουργικό ενήλικα.

Έτσι λοιπόν συμπεραίνεται ότι όπου υπάρχει έφηβος υπάρχει ως επί των πλείστων και η οικογένεια στη οποία ζει. Η οικογένεια και οι αντιδράσεις των γονέων αναστέλλει ή ενθαρρύνει την έκφραση ενός συμπτώματος και συμμετέχει στο βαθμό της έντασής του. Οι γονείς που παρουσιάζονται ως μοντέλο, αντικείμενο, υποστηρικτής ή και αντίπαλος ασκούν τεράστια επιρροή στον έφηβο και αντίστροφα. Αυτή η εξίσωση τονίζει την αλληλεπίδραση γονέων και εφήβων.

Συμπερασματικά, η εφηβεία δεν είναι μια κατάσταση που θα βιώσει ο έφηβος μόνος του αλλά μοιραία θα το υποστεί όλη η οικογένεια. Η ισορροπία και η ιεραρχία της θα αλλάξει από τη σύγκρουση που θα συμβεί. Αν η σύγκρουση είναι μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια τότε η μεταβολή της ισορροπίας θα είναι και αυτή φυσιολογική και θα δημιουργηθεί μια «ομαλή» οικογενειακή κρίση μέσα από την οποία γονείς και έφηβος θα ωριμάσουν θετικά και θα αλληλοσυμπληρωθούν. Σε αντίθετη περίπτωση η σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει όλη την οικογένεια σε παθολογικές καταστάσεις, οι γονείς να νιώσουν ενοχές, να δημιουργηθούν εντάσεις και ο έφηβος να παρουσιάσει προβλήματα και να καταλήξει σε ψυχοπαθολογικές διαταραχές που θα χρειαστούν προσπάθειες και από τις δύο πλευρές για την επίλυση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφέρθηκε πως ο έφηβος αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση. Βρίσκεται ανάμεσα στο παιδί και στον ενήλικα πράγμα το οποίο καθιστά την επικοινωνία του με το περιβάλλον του δύσκολη. Επομένως, καθένας που θα ήθελε να πλησιάσει και να βοηθήσει τον έφηβο δεν έχει παρά να χρησιμοποιήσει την επικοινωνία ως σημαντικότερο όπλο και σύμμαχο. Αυτό καλείται να κάνει ιδιαίτερα καλά ο νοσηλευτής και έτσι να κερδίσει την εμπιστοσύνη του εφήβου προσαρμόζοντας τα επικοινωνιακά του σχέδια ανάλογα με την εκάστοτε ιδιάζουσα περίπτωση.

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, που ενεργεί και ως μέλος της διεπιστημονικής ψυχιατρικής ομάδας, διακρίνεται από ειδικά χαρακτηριστικά, όπως και κάθε άλλος επαγγελματίας ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, επισκέπτες υγείας, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί εκπαιδευτές κ.α.). Παρόλα αυτά, η φύση της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής συνίσταται από γενικά χαρακτηριστικά:

- Εκτεταμένη επικοινωνία με τον έφηβο και την οικογένεια, όταν παρακολουθείται ή νοσηλεύεται σε ψυχιατρική μονάδα.
- Παιδοψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα για την βελτίωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.
- Συνεχής συνεργασία μεταξύ οικογένειας , εκπαιδευτικών, σχολείου, ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και ψυχιατρικών μονάδων.
- Εργασία σε κοινοτικές δομές με στόχο τη φροντίδα υγείας παιδιών και εφήβων ως προς κάθε στάδιο πρόληψης.

Το επίκεντρο της νοσηλευτικής παρέμβασης σε έφηβους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είναι η θεραπεία και η πρόληψη των διαταραχών και των παθολόγων καταστάσεων (Magyary, 2002). Μια σχολή σκέψης, βέβαια, υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική θα πρέπει να επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας , η οποία περιλαμβάνει τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία (Calooway, 2007)

ΑΝΑΓΚΑΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο παιδοψυχιατρικός νοσηλευτής οφείλει να αναπτύσσει δεξιότητες και να σχεδιάζει δραστηριότητες που βασίζονται στην εφαρμογή της νοσηλευτικής μεθοδολογίας για την παροχή φροντίδας και πρόσληψης στον εκάστοτε ασθενή.

Οι αναγκαίες δεξιότητες του παιδοψυχιατρικού νοσηλευτή περιλαμβάνουν τα εξής :

- Ενεργός ακρόαση, διεργασία σημαντική για τους εφήβους
- Υπομονή και αντοχή
- Ειλικρίνεια, ηρεμία και στοργικότητα
- Σεβασμός στα δικαιώματα του εφήβου

Ο νοσηλευτής μπορεί να:

- είναι ενεργός και να έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα
- εφαρμόζει δραστηριότητες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης
- συμμετέχει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και υπευθυνότητας
- παροτρύνει τον έφηβο να εκφράσει με θάρρος και ειλικρίνεια τα συναισθήματά του
- διαθέτει αυτογνωσία για τις δυνατότητές του
- αναλαμβάνει πρωτοβουλίες
- συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας
- συντονίζει τις ρυθμιστικές διαδικασίες που δίνουν ζωή και κίνηση στην ομάδα των εφήβων
- καθοδηγεί τους γονείς για τον τρόπο αντιμετώπισης των παιδιών τους
- δημιουργεί και διατηρεί ασφαλές θεραπευτικό περιβάλλον
- αναγνωρίζει και ενισχύει τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητας των εφήβων νοσηλευόμενων.
- προωθεί την ανεξαρτησία και την αυτοϋπηρέτηση
- επιφέρει αλλαγές σε προβληματικές συμπεριφορές
- χρησιμοποιεί το νοσηλευτικό θεραπευτικό διάλογο
- προωθεί την ψυχολογική ανάπτυξη
- παρατηρεί και καταγράφει
- παρέχει και ελέγχει τη θεραπευτική αγωγή
- είναι χορηγός στοργικών σχέσεων

- είναι πρότυπο (role model)
- προφυλάσσει, διατηρεί και προάγει την ψυχική υγεία
- είναι υπεύθυνος για το σταθερό πλαίσιο, την ασφάλεια, τη δομή και την διατήρηση των ορίων
- πείθει τους γονείς και τα παιδιά για ζητήματα εμπιστοσύνης και εχεμύθειας
- συμβάλλει στην ενδυνάμωση και την αλληλοϋποστήριξη των γονέων, ώστε να παίρνει τις κατάλληλες αποφάσεις για την πρόοδο και την σωστή λειτουργία όλης της οικογένειας.

Είναι βέβαιο ότι ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας απαιτείται να είναι σταθερός, γνήσιος και άμεσος στις αντιδράσεις του, ενθουσιώδης, ενεργητικός, σεμνός, εργατικός, με ευαισθησία και ικανότητα να μπαίνει συναισθηματικά στη θέση του άλλου που στην περίπτωση μας είναι αυτή του εφήβου και των γονέων του, ξεκινώντας από μία βαθιά στάση αγάπης, σεβασμού και εμπιστοσύνης στο άτομο. (Αναγνωστόπουλος, Παπαγεωργίου, 2010)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Έχοντας ως εφόδιο όλες τις παραπάνω δεξιότητες, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις διάφορες ψυχικές διαταραχές των εφήβων όπως η καθεμία από αυτές απαιτεί.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η εμφάνιση κατάθλιψης σηματοδοτεί ψυχοπαθολογία και απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην περίπτωση που ο καταθλιπτικός έφηβος φτάσει στην νοσηλεία θα πρέπει να έχει προηγηθεί κρίση. Η κρίση αυτή αποδεικνύει την αδυναμία του οικογενειακού και κοινωνικού περιγύρου να προσφέρει στον έφηβο την αναγκαία ψυχολογική στήριξη. Συχνά μπορεί να συνοδεύεται και από απόπειρες αυτοκτονίας. Η βοήθεια στον έφηβο γίνεται ακολουθώντας τις βασικές αρχές παρέμβασης στη κρίση. Το πρώτο βήμα κατά την νοσηλεία είναι να διασφαλιστεί η ασφάλεια του εφήβου και έπειτα ακολουθεί η φροντίδα

για τη θεραπεία. Παράλληλα με την θεραπεία γίνεται προσπάθεια επικοινωνίας με τον έφηβο, μεταξύ των νοσηλευτών και ειδικότερα με την οικογένειά του. Το τελευταίο βήμα και συνακόλουθα η επιτυχία της θεραπείας είναι η ομαλή κοινωνική επανένταξη του εφήβου. (Κουρέλλα, 2010)

Οι νοσηλευτικές μονάδες εφήβων στηρίζονται στις αρχές θεραπείας του περιβάλλοντος (milieu therapy) και η λειτουργία της ορίζεται από την θεραπευτική παιδοψυχιατρική ομάδα και τους νοσηλευόμενους. Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας και για να είναι αποδοτική απαιτεί την διαρκή και αποτελεσματική επικοινωνία των μελών της.

Ο νοσηλευτής, ως μέλος της ομάδας, έχει τη δυνατότητα να παρατηρεί τους εφήβους σε 24ωρη βάση αφού η διαρκής επαφή παρέχει τη δυνατότητα συλλογής στοιχείων σχετικά με τη συμπεριφορά των ασθενών και το περιβάλλον. Όσο περισσότερα στοιχεία συλλέγονται, τόσο πιο εύκολα αποσαφηνίζεται η παιδοψυχολογία του εφήβου και οι πιθανότητες για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό θεραπευτικού προγράμματος αυξάνονται.

Ο νοσηλευτής παίρνει τον τίτλο «πρόσωπο αναφοράς» κατά το σύστημα έφηβος-νοσηλευτής (Teresa Wikinson, Child and adolescence psychiatric nursing, 1983) στις Μονάδες Επείγουσας Περίθαλψης (ΜΕΠ) καθώς η θέση αυτή του επιτρέπει να λειτουργήσει ως άνθρωπος-κλειδί μεταξύ της παιδοψυχιατρικής ομάδας και του εφήβου. Η συμβολή του νοσηλευτή δημιουργεί εμπιστοσύνη στον έφηβο και παρέχει τα εξής:

- Ένα ασφαλές θεραπευτικό περιβάλλον στο οποίο ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος αυτοκτονίας για τον νοσηλευόμενο έφηβο. Αυτό επιτυγχάνεται με τους παρακάτω τρόπους:
 - Απομάκρυνση αντικειμένων που μπορούν να προκαλέσουν κάποιο ατύχημα στον έφηβο όπως για παράδειγμα αιχμηρά αντικείμενα και είδη που μπορούν να τον πληγώσουν.
 - Τοποθέτηση του εφήβου σε δωμάτιο κοντινό στην στάση των νοσηλευτών για καλύτερη επικοινωνία και πρόσβαση από πλευράς νοσηλευτών.

- Συχνός έλεγχος για φαρμακευτικά είδη ή απορρυπαντικά αντικείμενα που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την ακεραιότητα του εφήβου.
- Διεκπεραίωση επιβεβλημένων εξετάσεων και λήψη νοσηλευτικού ιστορικού του εφήβου
- Φαρμακευτική αγωγή με προσοχή στον έφηβο και την καταγραφή της ανταπόκρισής του προς αυτή. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στη χορήγηση φαρμάκων και να επιβλέπει την διαδικασία της καθώς ο έφηβος μπορεί να επιχειρήσει λήψη φαρμάκων περισσότερης της επιτρεπτής ποσότητας προσπαθώντας να αυτοκτονήσει. Από την άλλη πλευρά υπάρχει περίπτωση ο έφηβος να αρνηθεί να λάβει φάρμακα νομίζοντας ότι είναι επιβλαβή για την ακεραιότητά του. Ρόλος του νοσηλευτή είναι η δημιουργία του αισθήματος της ευθύνης για την λήψη φαρμάκων στον έφηβο. Με αυτό επιτυγχάνεται η μείωση πιθανότητας καταθλιπτικού επεισοδίου.
- Συνεργασία με την οικογένεια για την πλήρης καταγραφή των συνηθειών της καθημερινότητας του εφήβου καθώς και των διαπροσωπικών σχέσεων του με το περιβάλλον του πριν εισαχθεί στην κλινική για θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό μετά την θεραπεία του ο έφηβος θα μπορεί πάλι να προσαρμοστεί σε αυτές τις συνήθειες και να αρχίσει ξανά να μπαίνει στο ρυθμό της «προηγούμενης» καθημερινής του ζωής.
- Δημιουργία καλού κλίματος μεταξύ του εφήβου και του νοσηλευτή. Η συγκεκριμένη κίνηση απορρέει από την τεχνική που αναφέρθηκε νωρίτερα και καθιστά τον νοσηλευτή ως «πρόσωπο αναφοράς». Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ίδιου και του εφήβου και αυτό θα το πετύχει κατανοώντας την άποψή του, δείχνοντας κατανόηση στα πιστεύω του εφήβου και εφαρμόζοντας ειδικές τεχνικές που πρέπει ήδη να γνωρίζει. Για παράδειγμα ο νοσηλευτής πρέπει να απευθύνεται στον έφηβο με απλό λεξιλόγιο και να έχει υπομονή αλλά και επιμονή. Είναι αναγκαίο να περιμένει την ανταπόκριση του εφήβου και να δείχνει ενδιαφέρον και να του παρέχει σιγουριά κάνοντάς τον να αισθάνεται πως απευθύνεται σε άτομο του ίδιου επιπέδου, να περιμένει την απάντηση του εφήβου ακόμα και αν εκείνη αργεί και να σημειώνονται προοδευτικά βήματα όσο αυτό επιτρέπεται. Η προσοχή του νοσηλευτή πρέπει να είναι στραμμένη πλήρως στον έφηβο και να αποφεύγονται φράσεις του τύπου : «όλα θα πάνε καλά» καθώς δημιουργεί αίσθημα

μοναξιάς στον έφηβο και λαμβάνονται ως αποτυχία. Παρόλα αυτά η προσέγγιση πρέπει να είναι υποστηρικτική μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Μέσα από την επικοινωνία συλλέγονται πληροφορίες που έχουν ιδιαίτερη αξία για ολόκληρη την θεραπευτική ομάδα. Επίσης είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι υπερβολές ευθυμίας από τους θεραπευτές, η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει το αίσθημα σύγκρουσης μεταξύ της ιδεατής και πραγματικής εικόνας εαυτού που ενοχοποιείται για τη δημιουργία αρνητισμού και απομόνωσης του ασθενούς.

- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αφού επιτευχθεί ο στόχος του νοσηλευτή να έρθει κοντά με τον έφηβο ο πρώτος βοηθάει το δεύτερο να συνειδητοποιήσει τα συναισθήματά του (θυμός, κατάθλιψη, άγχος) και να τα εκφράσει λεκτικά. Αυτό αποτελεί το πρώτο βήμα για την κυριαρχία αυτοέλεγχου. Δεύτερο βήμα θεωρείται η δημιουργία δραστηριοτήτων κλιμακούμενης δυσκολίας που αναθέτει ο νοσηλευτής στον έφηβο οι οποίες προκαλούν ευχαρίστηση και στο τέλος επιβραβεύονται.
- Πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη προς τον έφηβο ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να μεριμνά για την κάλυψη των βιολογικών αναγκών του εφήβου καθώς ο ίδιος ο έφηβος μπορεί να μην έχει θέληση να το κάνει. Με άλλα λόγια φροντίζει για τον ευπρεπισμό του της εικόνας του εφήβου, την λήψη τροφής και υγρών κάνοντας τον έτσι να αποκτήσει μία καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του.
- Σημαντικό αίτιο κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία είναι η αποφυγή συμμετοχής στα κοινά και του κοινωνικού περίγυρου καθώς και οι προβληματικές σχέσεις της οικογένειας. Ο νοσηλευτής λοιπόν οφείλει:
 - Να δημιουργεί ομαδικές δραστηριότητες όπως για παράδειγμα ομαδικά παιχνίδια που προωθούν την αυτοέκφραση του εφήβου και να αναθέσει ρόλους που αναδεικνύουν τυχόν αδυναμίες έκφρασης του. Έτσι θα είναι πιο εύκολη η παρέμβασή του νοσηλευτή καθώς θα βοηθήσει τον έφηβο να ξεπεράσει αυτή του την αδυναμία.
 - Να ενθαρρύνει τις διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου που ο ίδιος ο νοσηλευτής θεωρεί αναγκαίες να προωθηθούν και συμμετέχει ενεργά στην ενημέρωση και συμβουλευτική των γονέων καθώς ο ρόλος του ως «πρόσωπο αναφοράς» τον καθιστά ιδιαίτερα κοντά στον έφηβο. Ο νοσηλευτής όμως δεν θεωρείται μόνο «πρόσωπο αναφοράς». Η αυτογνωσία και η κριτική σκέψη του νοσηλευτή υγείας, η ευαισθησία και ο

σεβασμός προς τους γονείς αλλά και τον έφηβο είναι παράγοντες καθοριστικής σημασίας για την εξελικτική πορεία του εφήβου. Η ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση του εφήβου καθώς και η ενημέρωση του ίδιου του εφήβου μπορούν να θεωρηθούν πρόληψη αφού είναι δυνατό να προληφθεί κάποιο νέο συμβάν κατάθλιψης καθώς θα αναγνωρίζονται πλέον από τους γονείς και τον έφηβο τα συμπτώματα.

- Να συνεργάζεται με εκπαιδευτικούς για την πραγματοποίηση της σταδιακής επανένταξης του ασθενούς εφήβου αφού προηγουμένως έχουν τεθεί ρεαλιστικοί εκπαιδευτικοί στόχοι. Η συνοδεία του εφήβου στο εκπαιδευτήριο καθώς και η στήριξή του στην πρώτη του επαφή με τους υπόλοιπους εφήβους και εκπαιδευτικούς κρίνεται απαραίτητη.
- Να συνοδεύει τον έφηβο στις πρώτες επισκέψεις στις μονάδες επανένταξης και αποκατάστασης και συνεργάζεται με αυτούς τους φορείς ακολουθώντας το προγραμματισμένο πλάνο αποκατάστασης που έχει δημιουργηθεί από την θεραπευτική ομάδα. (Κουρέλλα, 2010)

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί μία από τις ψυχικές διαταραχές που είναι έντονες κατά η διάρκεια της εφηβείας. Είναι αναγκαία η άμεση αντιμετώπισή της και οι θεραπευτικοί στόχοι που ορίζονται είναι οι παρακάτω:

- Η αποκατάσταση του σωματικού βάρους για :
 - Αποφυγή θανάτου από αστία και οργανικές διαταραχές.
 - Βελτίωση των νοσηρών στάσεων του ασθενούς.
- Θεραπεία σωματικών επιπλοκών και συνοδών ψυχιατρικών συμπτωμάτων.
- Δημιουργία σωστών διατροφικών συνηθειών και εκμάθησης νέων τρόπων διατροφικής συμπεριφοράς.

- Τόνωση αυτοπεποίθησης του ασθενούς με στόχο την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων με υγιείς τρόπους επικοινωνίας.
- Πρόληψη υποτροπίων που χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, η πρώτη είναι αυτή στην οποία ο ασθενής υποτροπιάζει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η δεύτερη είναι αυτή που υποτροπιάζει κατά τη διάρκεια ενός χρόνου μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ανορεκτικού έφηβου είναι άμεσα συνδεδεμένη με την υπόλοιπη ψυχιατρική ομάδα και η καθημερινή επικοινωνία και η συλλογή πληροφοριών είναι απαραίτητα συστατικά για τον σχεδιασμό του ορθότερου θεραπευτικού προγράμματος. Η νοσηλευτική ομάδα ως ο κυριότερος συντελεστής του περιβάλλοντος του ασθενούς αναλαμβάνει την διατροφική θεραπεία του και επιβλέπει την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος. (Λεμπέση, 2010)

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ανορεκτικού εφήβου ακολουθείται η παρακάτω νοσηλευτική μεθοδολογία:

- Ο νοσηλευτής ορίζεται ως υπεύθυνος
- Η παρακολούθηση του ασθενούς είναι 24ωρη και γίνεται καταγραφή ισοζυγίου
- Η φροντίδα της σωματικής υγείας και της εμφάνισης είναι ιδιαίτερα σημαντική
- Επιβλέπει την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής
- Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία
- Διατηρεί διάγραμμα βάρους
- Προετοιμάζει το ημερήσιο διαιτολόγιο στα πρώτα στάδια της νοσηλείας και όταν ο ασθενής φτάσει στο στόχο οφείλει να ενημερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για τις τροφές που καταναλώνει καθώς και τις κενώσεις ή τους πιθανούς εμέτους
- Επιβλέπει τη λήψη τροφής του ασθενούς και τον ενθαρρύνει να ολοκληρώνει τα γεύματά του
- Παρεμβαίνει σε καθαρκτικές και ανορεκτικές συμπεριφορές με συμπάθεια και ειλικρίνεια, χωρίς να παρεκκλίνει από την προγραμματισμένη νοσηλευτική παρέμβαση
- Αντιμετωπίζει τις κρίσεις που συμβαίνουν συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με συνέπεια και υποστήριξη και όχι με τιμωρητικό

χαρακτήρα. Κάθε κρίση είναι ευκαιρία να μάθει ο ασθενής περισσότερα για την νόσο και να εμπιστεύεται τους άλλους

- Οργανώνει τις φυσικές και κοινωνικές δραστηριότητες του ασθενούς, αρνητικές ενισχύσεις στην αρχή του θεραπευτικού προγράμματος και θετικές στην συνέχεια
- Εφαρμόζει ειδικές τεχνικές, όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων που βασίζονται στο ιστορικό του ασθενούς
- Εφαρμόζει τεχνικές εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες του ασθενούς με σκοπό να ξεπεράσει το άγχος και τη δυσκολία που νιώθει όταν έρχεται σε επαφή με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Όσο αφορά τώρα τη μετάβαση του ανορεκτικού εφήβου από την ενδοноσοκομειακή θεραπεία στην εξωνοσοκομειακή, πολλές φορές παρατηρείται εμφάνιση αυξημένου άγχους και χρήζουν συστηματική υποστήριξη. Έχει παρατηρηθεί ότι η μετάβαση είναι απλούστερη όταν η θεραπεία συνεχίζεται από τον ίδιο θεραπευτή που εμπλέκεται και στην ενδοноσοκομειακή φροντίδα. Το εξιτήριο σχετίζεται συχνά με εμπειρίες αποχωρισμού, αντιδράσεις οι οποίες πρέπει να συζητούνται και να αντιμετωπίζονται. Ο ασθενής είναι έτοιμος για το εξιτήριο όταν οι συγκρούσεις με τους γονείς ή με τον σύντροφο έχουν επιλυθεί και έχουν εγκατασταθεί υγιείς τρόποι αλληλεπίδρασης και ο ασθενής είναι λιγότερο επιρρεπής να υποτροπιάσει. (Λεμπέση)

ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Η νοσηλεία ενός εφήβου με ψυχώσεις κρίνεται απαραίτητη μετά από μια σειρά ενδείξεων, όπως όταν υπάρχει κίνδυνος να βλάψει τον εαυτό του ή τους γύρω του, σε περιπτώσεις αδυναμίας αυτοφροντίδας και ελλιπούς υποστήριξης από το περιβάλλον καθώς και μετά από μια σειρά διαγνωστικών λόγων, όπως για παράδειγμα στην πρώτη ψυχωσική κρίση. Έτσι λοιπόν, με την εισαγωγή του ψυχωσικού εφήβου στο νοσοκομείο, η ομάδα των επαγγελματιών υγείας αναλαμβάνει την οργάνωση και την διεκπεραίωση του θεραπευτικού προγράμματος.

Σύμφωνα με την Αλβανού (2010) η νοσηλευτική φροντίδα του εφήβου επικεντρώνεται σε στόχους-δράσεις, οι οποίοι ορίζονται ανάλογα με τα συμπτώματα που έχουν εκδηλωθεί καθώς και η υποβοήθησή του να προσαρμοστεί στο νοσοκομείο. Αυτό θα επιτευχθούν μέσω μιας σειρά ενεργειών:

- Ανάπτυξη καλής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και εφήβου και υποστήρηξή του σχετικά με την νοσηλεία του
- Ενημέρωση του εφήβου σχετικά με το πρόγραμμα που θα ακολουθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του
- Βοήθεια στην εγκατάσταση του εφήβου στο δωμάτιο και στην οριοθέτηση του προσωπικού του χώρου
- Παροχή βοήθειας και ενθάρρυνση του εφήβου να τη ζητά όποτε τη χρειάζεται.

Όσο αφορά τις κλινικές εκδηλώσεις του εφήβου με ψυχώσεις, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εφαρμόζει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του, να τον προσεγγίζει με στοργή και να τον υποστηρίζει ώστε να φέρει εις πέρας το θεραπευτικό πρόγραμμα που έχει οριστεί και να φτάσει στην επιτυχία. Παρακάτω αναφέρονται οι κλινικές εκδηλώσεις και οι αντίστοιχες νοσηλευτικές πράξεις:

- *Δυσκολία επικοινωνίας:* ο νοσηλευτής προσεγγίζει τον ασθενή για να διαγνώσει τα αίτια της ανησυχίας του ώστε να τα αντιμετωπίσει. Επίσης η υποστηρικτική σχέση νοσηλευτή-εφήβου είναι ένας προς έναν.
- *Διαταραχές στις συνήθειες του ύπνου:* αρχικά γίνεται η καταγραφή των συνηθειών ύπνου του εφήβου, που χρησιμεύει και ως διαγνωστικό κριτήριο. Στη συνέχεια μέσα από την υποστηρικτική σχέση προσπαθούν να ρυθμίσουν τον ύπνο και συζητούν για τα προβλήματα, τις φοβίες και τις ανησυχίες που του προκαλούν αϋπνία. Πολλές φορές η σωματική επαφή μπορεί να μειώσει το άγχος. Ο νοσηλευτής δημιουργεί το περιβάλλον που ευνοεί την ηρεμία του εφήβου και φροντίζει και για τη μεσημεριανή ανάπαυση. Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο, μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο γιατρό, μπορεί να χορηγηθούν φάρμακα.
- *Ανησυχία, υπερκινητικότητα:* είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να

παρατηρεί τον έφηβο και την καθημερινότητά του μέσα στην κλινική. Η κατάσταση που παρατηρείται μπορεί να είναι αναγγελία παρορμητικής ενέργειας ή ψυχοκινητική διέγερση, ή μπορεί να οφείλεται σε ανεπιθύμητη ενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής ή ακόμα να πρόκειται για συμπεριφορική εκδήλωση παραληρήματος. Η λεπτομερής καταγραφή της προηγούμενης κατάστασης και της εξέλιξης, καθώς και των γεγονότων που την προκάλεσαν είναι σημαντικά στοιχεία που θα βοηθήσουν για την αναγνώριση των αιτιών της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και την λήψη αντίστοιχων μέτρων για την καταστολή της υπερκινητικότητας. Ο νοσηλευτής παρακινεί τον ασθενή να ασχοληθεί με κάποια δραστηριότητα που απαιτεί κίνηση και ενέργεια, παραμένει κοντά του με σκοπό να του αποσπάσει την προσοχή (με μουσική, τηλεόραση ή παιχνίδια) και τον υποστηρίζει για να ανακτήσει την ικανότητα ελέγχου των παρορμητικών του αντιδράσεων.

- *Τάσεις φυγής:* στις περιπτώσεις αυτές και λαμβάνοντας υπόψη ότι μια πιθανή φυγή μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του εφήβου, ή νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της ατομικής σχέσης νοσηλευτή-έφηβο, στην συνεχή παρατήρηση και αξιολόγηση των αντιδράσεών του, στην ενθάρρυνση για εξωτερίκευση της επιθυμίας φυγής πριν να το επιχειρήσει. Όταν ο έφηβος επιχειρήσει να φύγει, θα πρέπει να περιοριστεί για λίγο στο δωμάτιό του με την παρότρυνση να σκεφθεί την πράξη του και στην συνέχεια ακολουθεί συζήτηση του γεγονότος και εξομολόγηση των συναισθημάτων του νοσηλευτή για την πράξη του εφήβου. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής λειτουργεί ως πρότυπο εξωτερίκευση συναισθημάτων.
- *Απομόνωση:* συχνό ο ψυχωτικός έφηβος παρουσιάζεται απομονωμένος και αδιάφορος για το περιβάλλον του. Διακόπτει την επικοινωνία του με τον έξω κόσμο και δημιουργεί έναν φανταστικό κόσμο όπου κυριαρχούν οι δικές του, ψυχωτικές του, σκέψεις. Μέσα από την απομόνωσή του τού δημιουργείται το αίσθημα της αγεφύρωτης απόστασης με τους υπολοίπους και ο νοσηλευτής καλείται να τον επαναφέρει στην πραγματική ζωή. Ο νοσηλευτής με επανειλημμένες προσπάθειες και συνεχή επικοινωνία προσπαθεί να γκρεμίσει το τοίχος που έχει χτίσει γύρω του χρησιμοποιώντας είτε ενθαρρυντικά λόγια ή τη σιωπή.
- *Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις:* όταν ο έφηβος λέει ότι ακούει φωνές, ο

νοσηλευτής παρεμβαίνει με λογικά επιχειρήματα για να τον επαναφέρει στην πραγματικότητα, διατηρεί ήρεμη συμπεριφορά και προσπαθεί να προφυλάξει τη σωματική ακεραιότητα τόσο του ίδιου όσο και τον υπολοίπων νοσηλευόμενων, δεν κριτικάρει και δεν απειλεί τον έφηβο. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποφύγει κάθε είδους επιθέσεις ή προκλήσεις στο παραλήρημα του ασθενή και να τον υποστηρίξει δείχνοντας ενδιαφέρον στα αισθήματά του.

- *Παραμέληση σωματικής υγιεινής:* ο νοσηλευτής προτρέπει τον έφηβο να αναλάβει πρωτοβουλίες σχετικά με την υγιεινή φροντίζει να του υπενθυμίζει πόσο σημαντικό είναι να ακολουθεί τους κανόνες καθαριότητας.
- *Επιθετικότητα:* συχνά ο έφηβος με ψυχώσεις δηλώνει με αυτόν τον τρόπο την ανάγκη για επικοινωνία και είναι ένας τρόπος έκφρασης. Το πρώτο βήμα είναι η θέσπιση ξεκάθαρων ορίων μεταξύ των υπόλοιπων ασθενών. Ο νοσηλευτής ενημερώνει και υπενθυμίζει στον έφηβο ότι η αρνητική και επιθετική συμπεριφορά απαγορεύονται και ότι υπάρχουν άλλοι τρόποι έκφρασης του θυμού και των αρνητικών συναισθημάτων. Η αντιμετώπιση του προβλήματος πρέπει να γίνεται με βάση την αιτία που το προκάλεσε και να η προσέγγιση να γίνεται με τρόπο σταθερό και με ενδιαφέρον. Το βασικότερο σημείο είναι η απομόνωση του έφηβου για λίγη ώρα ώστε να ηρεμήσει και να σκεφτεί την πράξη του και έπειτα η συζήτηση με τον νοσηλευτή και η προτροπή να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- *Λήψη φαρμάκων και νοσηλευτική ευθύνη:* όπως και όλες τις εκδηλώσεις έτσι και σχετικά με την λήψη των φαρμάκων ο νοσηλευτής πρέπει να είναι παρατηρητικός, ώστε να μπορεί να εκτιμήσει την κατάσταση, να διακρίνει έγκαιρα ανεπιθύμητες ενέργειες και να αξιολογεί τα αποτελέσματα και τις επιδράσεις των φαρμάκων και να καταλαβαίνει όταν ο έφηβος αποκρύπτει και δεν ακολουθεί σωστά την αγωγή. Ο στόχος του νοσηλευτή είναι να διδάξει στον νεαρό ασθενή του τη σωστή λήψη φαρμάκων, να τον ενημερώσει για την σοβαρότητα του θέματος και να τον πείσει για την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής θεραπείας. Είναι σημαντικό να δίνει την δυνατότητα στο έφηβο να συζητά μαζί του για όσα τον απασχολούν είτε με τον νοσηλευτή είτε με τον υπεύθυνο γιατρό. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει βεβαιότητα για τη λήψη των φαρμάκων, η λύση είναι να χορηγούνται σε

μορφή σκόνης.

- *Ανεπαρκής οικογενειακή αντιμετώπιση:* η κριτική σκέψη του νοσηλευτή τον βοηθά να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει και αυτό το πρόβλημα. Αρχικά ο νοσηλευτής εκτιμά την παρούσα κατάσταση και το επίπεδο της λειτουργίας της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου. Βοηθά την οικογένεια να αποδεχθεί το πρόβλημα και καλλιεργεί την επιθυμία να φροντίσει και να υποστηρίξει τον έφηβο. Η πληροφόρηση της οικογένειας με ειλικρίνεια θα την προετοιμάσει ώστε να αποδεχθεί την κατάσταση και να υποβοηθήσει τον έφηβο να προσαρμοστεί στην κοινωνία. Επίσης ο νοσηλευτής διδάσκει τους γονείς τον προγραμματισμό ενδοοικογενειακής φροντίδας και τους προτρέπει σε συναντήσεις οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Τέλος, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να συμμετέχει στην συνάντηση της οικογένειας με τον έφηβο την ώρα του επισκεπτηρίου και να ενθαρρύνει την σχέση και την επικοινωνία μεταξύ τους. (Αλβανού, 2010)

Συμπερασματικά ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την θεραπευτική πορεία του έφηβου ασθενή. Ο νοσηλευτής λειτουργεί ως πρότυπο, ως κηδεμόνας, ως φίλος και θεραπευτής στο χώρο όπου νοσηλεύεται ο νεαρός ασθενής και είναι δίπλα του για να τον φροντίζει, να τον διδάσκει και να τον υποστηρίζει με σκοπό ακολουθεί την θεραπευτική του αγωγή και να τον παραδώσει, μετά το πέρας του αναγκαίου χρόνου νοσηλείας, στην οικογένειά του έτοιμο να προχωρήσει στο επόμενο βήμα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η θέση του νοσηλευτή είναι και δίπλα στην οικογένεια του ασθενή, που χρειάζονται την υποστήριξη και την διδασκαλία για να φροντίσουν αργότερα το παιδί τους. Από όποια πλευρά και να προσεγγιστεί το θέμα, το συμπέρασμα είναι ίδιο, ο νοσηλευτής έχει καθήκον να φροντίζει και να υποστηρίζει τον έφηβο ασθενή του, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο αξιοποιώντας τις γνώσεις και τις εμπειρίες του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή είχε ως σκοπό τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις *ψυχικές διαταραχές των εφήβων*, το ρόλο της οικογένειας και του νοσηλευτή. Όπως έγινε κατανοητό από τα προηγούμενα κεφάλαια είναι φανερό πως ο νοσηλευτής και η οικογένεια παίζουν δραματικό ρόλο στην ομαλή επανένταξη ενός εφήβου με ψυχικές διαταραχές στην κοινωνία. Πιο συγκεκριμένα :

Ο νοσηλευτής:

- Είναι υπεύθυνος μαζί με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας για την σωστή και λεπτομερή ενημέρωση της οικογένειας αλλά και του ίδιου του εφήβου για την κατάσταση και τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος.
- Φροντίζει τον έφηβο, είναι δίπλα του και συζητά μαζί του δημιουργώντας ένα αίσθημα εμπιστοσύνης και καθιστώντας το εαυτό του ως φίλο και πρότυπο.
- Έχει αναλάβει την ενθάρρυνση του εφήβου για την αποδοχή του προβλήματος και την υπερπήδηση των εμποδίων που μπορεί να προκληθούν από τις ψυχικές διαταραχές. Βοηθά επίσης τον έφηβο να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και να εκφράσει τις σκέψεις του.
- Συμβουλεύει γονείς αλλά και τον έφηβο χρησιμοποιώντας τις αποκτημένες γνώσεις και τον καθοδηγεί ώστε να ξεπεραστεί το πρόβλημα.

Η οικογένεια:

- Ενημερώνεται από τον νοσηλευτή και τους αρμόδιους φορείς για το είδος του προβλήματος εάν υπάρχει και για τις κινήσεις που πρέπει να ακολουθήσει για την επίλυσή του.
- Παρατηρεί την συμπεριφορά του εφήβου και εάν παρατηρηθεί πρόβλημα επικοινωνεί άμεσα με τους ειδικούς και συμμετέχει ενεργά στην αγωγή του εφήβου.
- Είναι αναγκαίο να βρίσκεται στο πλευρό του εφήβου να το κατανοεί και να κερδίζει την εμπιστοσύνη του κάνοντάς τον έτσι να αισθάνεται αποδεκτός και ασφαλής από το περιβάλλον του.

- Εάν ο πυρήνας της οικογένειας βιώνει ο ίδιος προβλήματα γίνονται βήματα για την επίλυσή τους και με τον τρόπο αυτό η οικογένεια δημιουργεί ένα αντιστρεσογόνο περιβάλλον για την υποδοχή του εφήβου.

Παρατηρώντας τα συμπεράσματα αυτά θα μπορούσε να ειπωθεί πως παρ' όλες τις ήδη υπάρχουσες ενέργειες που γίνονται από όλους τους φορείς για το πρόβλημα των εφήβων με ψυχικές διαταραχές θα ήταν καλό να υπογραμμιστούν κάποιες συμπληρωματικές πράξεις ιδιαίτερα στην Ελλάδα.

- Ενίσχυση του ρόλου του νοσηλευτή με περισσότερα μέσα όπως η καλύτερη οργάνωση των φορέων υγείας και η καλύτερη εκπαιδευτική κατάρτιση.
- Καλύτερη πληροφόρηση των γονέων από τους αντίστοιχους φορείς, όπως διαφημιστικές καμπάνιες για την πρόληψη και την ενημέρωση των ψυχικών διαταραχών στους εφήβους.

Τέλος συμπεραίνουμε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός και ενεργός και η ιδιαίτερη προσφορά του δεν αναγνωρίζεται. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η σωστή πληροφόρηση από τους φορείς προς την κοινωνία, τους γονείς και τον έφηβο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- A. Douzenis, 1st Department of Psychiatry, University of Athens, Hospital, Athens, Greece
- ABRAHAM S, LLEWELL-JONES D. Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής. Μεταφραση: Ε. Ταμβάκη. Εκδόσεις Χατζηνικολή 1990
- ABRAM KM, TEPLIN LA. C0-occurring disorders among mentally ill jail detainees. Implications for public policy. *Am Psychol* 1991, 46:1036—1045
- ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G. I. ALLOY, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression.
- ACJATHONOSGEOURGOPOULOU H, BROWNE KO. The prediction of child maltreatment in Greek families. *Child Abuse Negl* 1997, 21:721-735
- ADAMS J, ADAMS M. The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 1996
- ALBANO, A. M., DIBARTOLO, P.M., HEIMBERG, R.G. & BARLOW, D.H.(1995). Children and adolescents: Assessment and treatment . In R.G HEIMBERG, M.R.LIEBOWITZ, D. A. HOPE, &F. R. SCHNEIER (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment* (pp. 387-425). New York: Guilford Press.
- ALLEN NH. Homicide followed by suicide: Los Angeles, 1970
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington.
- Andersson B, Hibell B. Drunken behaviour, expectancies and consequences among European students. In: Jarvinen M, Room R (eds) *Youth drinking cultures*. Ashgate, 2007
- ARSENEAULT L, MOFFITT TE, CASPI A, TAYLOR P1, SILVA Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:979-986
- MODESTIN J, HUG A, AMMANN R. Criminal behaviour in males with affective disorders. *Affect Disord* 1997, 42:29-38
- HAFNER H, BOKER W. Acts of violence committed by mentally deranged persons (author's translation). *Dtsch Med Wochenschr* 1973, 98:2005-2011
- ASARNOW, J. R. TOMPSON, M. (1999). Childhood-onset schizophrenia: a followup study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, Suppl 19-12.
- ASNIS GM, KAPLAN ML, HUNDORFEAN G, SAEED VV. and homicidal behaviours in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997, 20:405—425
- Bachman JG, Johnston LD, PM. Explaining recent increases in students' marijuana use: Impacts of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *Am J Public Health* 1998, 88:887-892
- Barrett AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction* 2006,

Bauman KE, Ennett ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction* 1996, 91:185-198

BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993

BECK, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. CLAYTON & J. E. BARRETT (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290).

BECKER 1v, KAPLAN MS, TENKE CE, TARTAGLINI A. The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. *Child Abuse Negl* 1991

BIRMAHER, B., RYAN, N. D., WILLIAMSON, D. E., BRENT, D. A. KAUFMAN, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years: Part II. *Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.

Boyd CJ, McCabe SE, Cranford JA, Young A. Adolescents' motivations to abuse prescription medications. *Pediatrics* 2006, 118:2472—2480

BRENT, D. A., HOLDER, D., KOLKO, D., BIRMAHER, B., BAUGHER, M., ROTH, C., IYENGAR, S. JOHNSON, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supporting therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.

Brook J5, Balka EB, Whiteman M. The risks for late adolescence of early marijuana use *AmJPublic Health* 1999, 89:1549— 1554

BROWNELL, D. NAPOLITANO, A. (1995). Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 295-298.

BRUCH H. Anorexia nervosa: therapy and theory. *Am J Psychiatry* 1982, 139:1531—1538

BRUMBERG, J. J. STREIGEL-MOORE, R. (1993). Continuity and change in the symptom choice: Anorexia nervosa in historical and psychological perspective. In G. H. ELDER, J. F. MODELL & R. PARKE (Eds.), *Chilaren in time and place* (pp. 131-146). Cambridge, England: University of Cambridge Press.

BRUSSET B. *L'assiette et le miroir*. Privat Ed, Toulouse, 1977

Campbell TL. *Family's impact on health: A critical review*. Rockville, Brunner/Maze-I, 1986

CANTWELL, D. P. CARLSON, G. A. (Eds.) (1983). *Affective disorders in childhood and adolescence*. New York: Spectrum.

CAPLAN, R. (1994). Communication deficits in childhood schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*,

CICCHETTI, D. TOTI-I, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents, *American psychologist*, 53, 221-241.

COID J. The epidemiology of abnormal homicide and mur

COLLE LM, BELAIRJF, DIFEO M, WEISS J, LAROACHE C. Extended open-label treatment of adolescents with major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*1994,4:225—232

COLLINGS, S. KING, M. (1994). Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.

Commission of European Communities. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels, European Commission, 2006

COMPAS, B. E., OPPEDISANO, G., CONNOR, J. GERHARDT, C. A., HINDEN, B. R., ACHENBACH, T. M. HAMMEN, C. (1997). Gender differences in depressive symptoms in adolescence: Comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 617-626.

COOPER M, D. Suicide following homicide in the family. *Violence Vict* 1996, 11:199-112

CORCOS M. La therapie bifocale dans la depression de l' adolescent: Indications et interets. *NeuropsychiatrEnfance Adolesc* 1999, 47:191—199

Corresponding author:

COTE G, HODGINS S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990, 18:271-281

COVELL W, TSUANG MT. Outcome after 40 years in DSM III schizophreniform disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1986, 43:324—328

CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP (1992). The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. *Journal of American Medical Association*, 265, 3098-3105.

CYTRYN, L. MCKNEW, D. H. (1974). Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry*, 131, 879-881.

D'ORBAN PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979, 134:560—571

DARE, C. EISLER, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. GARNER & P. E. GARFINKEL (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 307-324). Guilford Press.

DAVIDSON F. Le suicide chez l' enfant et l' adolescent: approche epidemiologique. In: Lebovici S (ed) *Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, 1985

Deutche M. Παθολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την καταχρηση οινόπνευματος. Στο: Λιαππας ΙΑ Μελλος ΕΔ, Πομίνι Β (Επιμ.) *Κατάχρηση κα εξάρτηση από οινόπνευμα*, 2006

development. *Schizophrenia Bulletin*

FELDMAN M, WILSON A. Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:75-84

Fergusson DM, Horvood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and *Psychol Med* 2003

FINE, S., FORTH, A., GILBERT, M. I-IALEY, G. (1991). Group therapy for adolescent depressive disorder: A comparison of social skills training and therapeutic support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 79-85.

FRANCIS, G., LAST, C. G. & STRAUSS, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.

FRED R, VOLKMAR MD. Childhood and adolescent psychosis: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:7

GARBER, J., WEISS, B. SI-IANLEY, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 47-57.

GARFINKEL, E., LIN, E., GOERING, P., SPEGG, C., GOLDBLOOM, S., KENNEDY, S.,

GARNER, D. (1993). Binge eating in anorexia nervosa. In C. G. FAIRBURN & G. T. WILSON (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 50-76). New York: Guilford Press.

GARNER, D. M. NEEDLEMAN, L. D. (1997). Sequencing and integration of treatments. In D. M. GARNER & P. E. GARFINKEL (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 50-63). Guilford Press.

Gefou-Madianou D. *Alcohol, gender, and culture*. UK, Routledge, 1992

GIBBENS TC. Shoplifting. *Br 1 Psychiatry* 1981, 138:346-347
BRADFORD J, BALMACEDA R. Shoplifting: Is there a specific psychiatric syndrome? *Can 1 Psychiatry* 1983, 28:248—254
RAY JB, SOLOMON GS, DONCASTER MG, MELLIN R. First offender adult shoplifters: A preliminary profile. *1 Clin Psychol* 1983, 39769-770

GJERDE, P. F. (1995). Alternative pathways to chronic depressive symptoms in young adults: Gender differences in developmental trajectories. *Child Development*, 66, 1277-1300.

GOLDSTEIN, M. J. (1990). Family relations as risk factors for the onset and course of schizophrenia. In J. ROLF, A. S. MASTEN, D. CICCHEITI, K. H. NUECHTERLEIN & S. WEINTRAUB (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 408-423). Cambridge: Cambridge University Press.

GOODING, D. C. IAOCONO, W. G. (1995). Schizophrenia through the lens of a developmental psychopathology perspective. In D. CICCETTI & D. J. COHEN (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 525-580). New York: Wiley.

HAMMEN C, BURGE O, BURNEY E, ADRIAN C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990

HANNAH sc, TURF EE, FIERRO MF. Murder-suicide in central Virginia: A descriptive epidemiologic study and empiric validation of the Hanzlick-Koponen typology. *Am / Forensic Med Pathol* 1998, 191275-283

Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *J Behav Med* 2007, 30:263-285

HARRIS, P. L. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*, Oxford, UK: Blackwell.

HARVEY, P D. (1991). Cognitive and linguistic functions of adolescent children at risk for schizophrenia. In E. E WALKER (Ed.), *Schizophrenia: A life-course developmental perspective* (pp. 139-156). San Diego, CA: Academic Press.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A et al. The 2003

HILSMAN, R. GARBER, I (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence and control' *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.

HOLLIS C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:622—630

HUGO PJ, LACEY JH. Eating disorders. Diagnosis and management. *Prim Care Psychiatry* 1996, 2287-100

Kandel DB, Yamaguchi K. Stages of drug involvement in the US population. In: Kandel DB (ed) *Stages and pathways of drug involvement: Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002

KANNER, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 416-426.

KENDLER KS. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry* 1995

KOKKEVI A, AGATHONOS H. Intelligence and personality profile of battering parents in Greece: A comparative study. *Child Abuse Negl* 1987, 11:93-99

KOVACS, M. (1990). Comorbid anxiety disorders in childhood-onset depressions. In J. D. MASER & C. R. CLONTNER (Eds), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 272-281). Washington, DC: American Psychiatric Press.

KOVACS, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 287-298.

KOVACS, M. DEVLIN, B. (1998). Internalizing disorders% childhood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63. -

KW, Botvin GJ, Epstein JA, Doyle MM, Diaz T. Psychosocial and behavioral factors in early adolescence as predictors of heavy drinking among high school seniors. *J Stud Alcohol* 2000, 61:603-606.

KYE C, RYAN N. Pharmacologic treatment of child and adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1995, 4:261-281

LAMONTAGNE Y, CARPENTIER N, HETU C, LACERTE-LAMONTAGNE C. Shoplifting and mental illness. *Can J Psychiatry* 1994, 39:300-302

Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS, Madden PAF, Nelson EC et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA* 2003, 289:427-433

MAZIADÉ M, GINGRAS N, RODRIGUE C, BOUCHARD S, CARDINAL A, GAUTHIER B, TREMBLAY G, COTE S, FOURNIER C, BOUTIN P, HAMEL M, ROY MA, MARTINEZ M, MERETTE C. Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions

MEDNICK, S. A., MACHON, R. A., HUTTUNEN, M. O. BONETT, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-192.

MOREAU D, MURSON L, WEISSMAN MM, KLERMAN GL. Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Ch/IdAdolesc Psychiatry* 1991, 30:642-651

Neighbors C, Walker DD, Larimer ME. Expectancies and evaluations of alcohol effects among college students: self-determination as a moderator. *J Stud Alcohol* 2003, 64:292-300

Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factors for drug use among

NEWHILL ce, MULVEY EP. Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 1995, 46:785—789 HODGINS s,

HAFNER, W. F. GATTAZ & W. JANZARIK (Eds.), Search for the causes of schizophrenia (VOL 2 pp. 297-316). Berlin: Springer-Verlag.

Oesterle S, Hill KG, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD. Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood. *J Stud Alcohol* 2004, 65:204-212

OLDEHINKEL AJ, WITTCHEN HU, SCHUSTER P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 1999, 29:655—658

OLSSON GI, VON-KNORRING AL. Adolescent depression: Prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:324-331

ORVASCHEL H, WALSH ALLIS G, YE W. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Abnorm Child Psychol* 1988, 16:17-28

PALERMO GB, SMITH MB, JENZTEN JM, HENRY TE, KONICEK PI, PETERSON ET AL. Murder-suicide of the jealous paranoia type: A multicenter statistical pilot study. *Am Forensic Med Pathol* 1997, 18:374-383

PALMER S, HUMPHREY JA. Offender-victim relationships in criminal homicide followed by offender's suicide, north Carolina, 1972-1977. *Suicide Life Threat Behav* 1980, 10:106-118

Parker J, Benson M. Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence* 2004, 39:519-530

ROBIN AL, SIEGEL PT, MOYE A. The family versus individual therapy for anorexia. *Int J Eating Disord* 1995

RUSSEL, A. T. (1994). The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*

RUTTER, M., GREENFELD, D. LOCKYER, L. (1967). A five to fifteen year followup study of infantile psychosis 11. Social and behavioral outcome. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1183-1199.

SILVERMAN, K. & KURTINES, M. (1996). Transfer of control: A psychosocial intervention model for internalizing disorders in youth. In E. D. HIBBS & P. S. JENSEN (Eds.), *Empirically – based strategies for clinical practice* (pp. 63-81). Washington, DC: American Psychological Association.

- STEINBERG D. Basic adolescent psychiatry. Blackwell Scientific Publ, London, 1987
- STEINHAUSEN, C. (1997). Annotation: Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 271-276.
- STORK J. Echelles d' evaluation du risque suicidaire chez l' adolescent. *Psych Enf* 1998,
- STRIEGEL - MOORE, R., SCHREIBER, B., PIKE, M', WILFLEY, E. RODIN, J. (1995). Drive for thinness in black and white preadolescent girls. *Internatiepél Journal of Eating Disorders*
- TEPLIN LA, ABRAM KM, McCLELLAND GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. I. Pre-trial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53505-512
- TEPLIN LA. The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the epidemiologic catchment area program. *Am J Public Health* 1990
- TIENARI, PiiSoRR1,A., NAARALA, M., LAHTI, 1., POI-IJOLA, J. (1983). The Finnish adoptive study: Adopted away offsprings of schizophrenic mothers. In H. STIERLIN, L. C..
- TIMONEN M, MIETTUNEN J, HAKKO H, JARVELIN MR, VEUOLA], 1 ET AL. Psychiatric admissions at different levels of the national health care services and male criminality: The northern Finland 1966 birth cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000, 351198-201
- Tournbourou Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm JV Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007
- TSIANTIS J, KOKKEVI A, AGATHONOS-MAROYLI E. Parents of abused children in Greece: Psychiatric and psychological characteristics. Results of a pilot study. *Child Abuse Negl* 1981, 5281-285
- VALLA JP. An empirical comparison between the DSM and psychodynamic approaches for assessment of child disorders in children attending outpatients clinics. *J Child Psychol Psychiatry* 1994,
- WEINER, I. B. (1992). *Psychological disturbances in adolescence* (211 ed.). New York: Wiley.
- WEISZ, J. R., RUDOLPH, K. D., GRANGER, D. A. SWEENEY, L. (1992). Cognition, competence, and coping in child and adolescent depression: Research findings, developmental concerns, therapeutic implications. *Development and Psychopathology*, 4, 627-653.
- WILKINSON TR. *Child and adolescent psychiatric nursing*. Blackwell Scientific Publ, 1983
- WILSON,T., HEFFERNAN, K. BLACK, D. (1996). Eating disorders. In E. J. MASH & R. A. BARKLEY (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 541-571). New York: Guilford Press.
- Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: Historical cohort study. 2002
- ΑΜΠΑΤΖΟΓΛΟΥ Γ. Νοσηλεία. Φροντίδα και παρακολούθηση εφήβων στο γενικό νοσοκομείο Στο: Τσιαντης Χριστιανόπουλος Κ, Αναστασόπουλος Δ, Λιακοπούλου Μ' Χατζαρα Β (Επιμ. έκδ.) Εφηβεία: Ένα μεταβατικό σταδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κοσμο. Εκδοσεις Καστανιώτη Αθηνά 1994

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ' ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ Ε. Εφηβική Ψυχιατρική. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας 1998, 1:11-14

Γεωργίος Δ, Γκαρη Α, Μυλωνας Κ. Σχέσεις με συγγενείς στην ελληνική οικογένεια. Στο: Μουσουρου ΑΜ, Στρατηγακη Μ (Επιμ.) Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις. Αθήνα Gutenberg, 2004

ΔΡΑΓΩΝΑ Θ ΝΤΑΒΟΥ Μ. Εφηβος και οικογένεια. Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα, 1990

ΖΗΛΙΚΗΣ Ν. Η οικογένεια κατά το διάστημα της νοσηλείας του εφήβου με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Κακουρος, Ε. (1997). Ψυχολογικά Προβλήματα της Εφηβείας, στο Γ. ΜΑΡΑΓΚΟΣ (επιμ.) Εφηβική Ιατρική - Βασικά Θέματα και αρχές, σσ. 302-310 Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΗ Α. Νευρογενής ανορεξία και βουλιμία. Εκδόσεις Ελληνικά Γραμματα, Αθήνα 1994 ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Αθήνα, 1994

Κογκίδου Δ. Μεταβολές της οικογενειακής οργανωσης-μονογονεϊκες οικογένειες: μια προκλήση για την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Στο: Μουσοαρου ΑΜ, Στρατηγακη Μ (Επιμ.) Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις. Αθήνα Gutenberg 2004

Κοκκέβη Α Κίτσος Π Φωτίου Α. Καπνός Οιοπνευματώδη, ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του 290 έως σήμερα. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα 2007

Κοκκέβη Α, Στεφανής Κ. Το ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική πορεία της χρήσης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό. Αθήνα Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) 1994

Κοκκέβη Α. Η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοολ. Στο: Λύκουρος Ε, Σολδατος Κ (Επιμ.) Αλκοολισμός. Ιατρικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα 2007

ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Π, ΧΑΒΑΚΗ-ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΓΝ. Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 2005

ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ Ε. Σχολική φοβία. Στο: Τσιαντής Ι (Επιμ. έκδ.) Σημειώσεις Παιδοψυχιατρικής Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Αθήνα 1997:50-54

ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ Ε. Σχολική φοβία. Στο: Τσιαντής Ι (Επιμ. έκδ.) Σημειώσεις Παιδοψυχιατρικής. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1997:50-54

ΜΑΝΟΥ Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 1987 ΝΤΕΜΠΡΕ Ρ. Βρέφη και μητέρες σε απόγνωση. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα. 2001

ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ Σ. Θεραπεία περιβαλλοντος μοναδας εφήβων. Στο: Τσιαντής Ε Μανωλαπουλος Σ (Επιμ. έκδ.) Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. 3ος τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987

Μελλος ΕΔ, Λιαππας ΙΑ. Ψυχιατρικές διαταραχές σχετιζομενες με την καταχρηση του οιοπνεύματος. Στο: Λιαππας Α, Μελλος ΕΔ Πομινι Β (Επιμ.) Κατάχρηση και εξάρτηση από οινόπνευμα. 2006

Μουσουρου ΑΜ. Εργασία και οικογενειακή ζωή. Στο: Μουσουρου ΑΜ Στρατηγακη Μ (Επιμ.) Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις. Αθήνα, Gutenberg 2004

Μουσουρου, ΑΜ Στρατηγακη Μ. Για τη βελτίωση της ανταποκρισης και των αποτελεσμάτων των πολιτικών στις κοινωνικο-οικονομικές προκλήσεις: μεταβαλλόμενες οικογενειακές δομές, πολιτικές και πρακτικές (mimeo) Εθνικές Εκθέσεις Διακρατικό Ερευνητικό Προγραμμα IPROSEC Αθήναι ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Παντείο Πανεπιστήμιο, 2003

ΝΤΡΕ Β. Παιδοψυχιατρική Νοσηλευτική. Σημειώσεις, Αθήνα 2006

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. ICD-10 Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Κ. Στεφανής. Κ. Σολδάτος Β. Μαυρέος. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα 1993

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. ICD-10 Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και Διαταροχών Συμπεριφοράς. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Κ. Στεφανής, κ. Σολδάτος, Β. Μουρέος. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδοσεις, Αθήνα, 1993

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταροχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Αποδοση στο Ελληνικό και επιμέλεια: Στεφανής Κ. Σολδάτος Κ Μαυρέας Β' Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής' ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδοσεις 1993

Παν (1990). Λήμμα από την εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, τομ. 48, σσ. 48-49, Αθήνα Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος.

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα 2005

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Α. Κοινωνική-Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα, 2005

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ν. Ψυχολογία. Αθήνα, 1990:163

ΡΑΓΙΑ Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας - Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις αδελφότης «Ευνίκη» Αθήνα 1993

ΡΑΓΙΑ ΑΧ. Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας. 2η έκδοση. Εκδόσεις Ελπινίκη, Αθήνα, 2005

ΡΑΠΑ ΧΑ. Ψυχιστρική Νοσηλευτική. Εκδώσεις Ελπινίκη, Αθήνα 1993

ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Παιδοψυχιατρική. Σημειώσεις, Αθήνα, 2006

ΣΤΕΦΑΝΑΤΟΣ Γ. Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα. Αρχές και πλαίσιο λειτουργίας της. Στο: Τσιάντης Ε Μανωλοπουλος Σ (Επιμ. έκδ.) Σύγχρονο Θέματα Παιδοψυχιατρικής. 3ος τόμος. Εκδοσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1987

ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ε ΞΥΠΟΛΥΤΑ-ΖΑΧΑΡΙΑΔΗ Α. Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών. Στο: Παιδοψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2001

ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι. Πρόληψη στην ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού. Στο: Τσιάντης Ι (Συντ.) Βοσκή Παιδοψυχιατρικής. Ερευνητικά και κλινικά κείμενα. Τομος 1ος. Εκδοσεις Καστανιώτη Αθήνα, 1994

ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι. Σύγχρονο Θέματα Παιδοψυχιατρικής Εκδόσεις Καστανιώτης Αθήνα 1993

ΦΑΪΤΑΚΗΣ Μ. Η διαμορφωση του αιτήματος για τη νοσηλεία των εφήβων. Στο: Τσιαντης Ι, Χριστιανοπούλου Κ Αναστασοπούλου Δ Λιακοπούλου Μ, Χατζάρα Β (Επιμ. έκδ.) Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κοσμο. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1994

ΦΡΕΡΗΣ Γ ΣΚΟΥΡΑΚΗ Ν, ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Κ, ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Δ. Αιτήματα και εισαγωγές στη Μονάδα Επειγόντων του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής: Αξιολόγηση και διαγνωση. Αδημοσίευτη ανακοίνωση, Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη 2002

Χριστιανόπουλος ΚΙ Αναστασόπουλος Δ, Λιακοπούλου Μ, Χατζόρα Β (Επιμ. έκδ.) Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σ'ένα μεταβαλλόμενο κόσμο. Εκδόσεις Καστανιώτη Αθηνά' 1994