



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Ο ΕΦΗΒΟΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ,
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.»**



**ΓΚΟΛΕΜΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ
Α.Μ: 7506
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ : ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2014

‘‘Ως προς τα ήθη οι νέοι αισθάνονται σφοδρές επιθυμίες κι είναι ικανοί να εκπληρώσουν εκείνα που θέλουν. Αλλάζουν εύκολα γνώμη και γρήγορα νιώθουν κορεσμό για όσα επιθυμούν. Ρέπουν προς την οργή, παραφέρονται εύκολα κι ακολουθούν αυτό που αποφάσισαν πάνω στον θυμό τους, χωρίς να μπορούν να συγκρατηθούν, γιατί από εγωισμό δεν ανέχονται την περιφρόνηση κι αγανακτούν όταν νιώθουν ότι αδικούνται... Όλα τα σφάλματά τους προέρχονται από την υπερβολή. Οι νέοι δεν έχουν κακές διαθέσεις είναι μάλλον καλοί... ευκολόπιστοι, γεμάτοι ελπίδες, ζουν κυρίως με την ελπίδα γιατί αυτή αφορά στο μέλλον, ενώ η ανάμνηση στο παρελθόν και οι νέοι έχουν μεγάλο μέλλον και μικρό παρελθόν. Οι νέοι είναι ντροπαλοί, μεγαλόψυχοι, εύκολα σχηματίζουν ελπίδες και εξαπατώνται..... Αγαπούν πάρα πολύ τους φίλους τους. Προτιμούν να κάνουν εκείνο που τους φαίνεται ωραίο παρά εκείνο που τους συμφέρει, οι πράξεις τους υπαγορεύονται από την καρδιά παρά από τον υπολογισμό’’
Αριστοτέλης.

Ευχαριστίες,

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υποστήριξη τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Σαμαρτζή Κυριακή για τη συνεργασία μας, την υπομονή και την άμεση ανταπόκρισή της στους προβληματισμούς μου κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Επιπλέον, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την κ. Ήρα – Ειρήνη Κουρή για το ενδιαφέρον που επέδειξε και τις πολύτιμες συμβουλές της όσον αφορά τη δομή της παρούσας εργασίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στους φίλους Γαβριήλ και κ. Χριστίνα για την στήριξη , την κατανόηση και την συμπαράσταση τους.

ΓΚΟΛΕΜΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Πάτρα, Μάρτιος 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛ.
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΦΗΒΕΙΑ	12
1.1 Ιστορική Εξέλιξη	13
1.2 Η εφηβεία στην Αρχαία Ελλάδα- ομοιότητες και διαφορές με το σήμερα	13
1.3 Ορισμός - η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος στη ζωή του ανθρώπου	14
1.4 Τα στάδια της εφηβείας	16
1.4.1 Βιολογική Προσέγγιση - Φυσικές και Σωματικές αλλαγές	17
1.4.2 Ψυχολογική Προσέγγιση - Γνωστικές αλλαγές	18
1.4.3 Ψυχολογική Προσέγγιση- Συναισθηματικές Αλλαγές	19
1.4.4 Κοινωνική Προσέγγιση - Κοινωνικές αλλαγές	19
1.5 Ανάπτυξη προσωπικότητας του εφήβου	20
1.5.1 Ο ρόλος της οικογένειας στην διαμόρφωση της προσωπικότητας	21
1.5.2 Ο ρόλος των υπόλοιπων φορέων κοινωνικοποίησης	21
1.5.3 Ο ρόλος της Ομάδας	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ (οικογένεια, σχολείο)	25
2.1 Ορισμός	26
2.2 Οι λειτουργίες της Οικογένειας	27
2.3 Η οικογένεια ως θεσμός κοινωνικοποίησης	28
2.4 Ο ρόλος της Οικογένειας στην διαμόρφωση προσωπικότητας	29
2.5 Η συμβολή της οικογένειας στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου	29
2.6 Σχέσεις Γονέων & Εφήβων	30
2.7 Το σχολείο ως θεσμός κοινωνικοποίησης	32
2.8 Η αλληλεπίδραση μεταξύ σχολείου και οικογένειας	32
2.9 Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παράγοντας κινδύνου για κακοποίηση εφήβων από γονείς.	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	35
3.1 Ορισμός	36
3.2 Τα αίτια της Οικονομικής Κρίσης	37
3.3 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης	37
3.4 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ελληνική Οικονομία και Κοινωνία	38
3.5 Οι Επιπτώσεις της ανεργίας	38
3.6 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην οικογένεια	41
3.7 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην υγεία των πολιτών	42
3.8 Οι Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	46
--	----

4.1 Ευαισθησία εφήβων –πιέσεις οικονομικής κρίσης	47
4.2 Επιπτώσεις στο γενικό πληθυσμό των εφήβων	47
4.2.1 Κοινωνικός αποκλεισμός – Απομόνωση	48
4.2.2 Φαινόμενο Εξάρτησης – Χρήση ουσιών	49
4.3 Επιπτώσεις σε εφήβους με προδιάθεση ψυχικής νόσου	50
4.3.1 Διαταραχές Προσωπικότητας	51
4.3.2 Αγχώδεις Διαταραχές	52
4.3.3 Καταστάσεις Κρίσης	52
4.3.4 Διαταραχές Διάθεσης	53
1. Δυσθυμική Διαταραχή	54
2. Κατάθλιψη	54
3. Διπολική Διαταραχή ή Μανιοκατάθλιψη	59
4. Κυκλοθυμική Διαταραχή	60
4.4 Αυτοκτονία	61
1. Προδιαθεσικοί παράγοντες αυτοκτονίας	61
2. Κοινωνικοί παράγοντες	62
4.5 Σχολικός Εκφοβισμός	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	67
5.1 Εισαγωγή	68
5.2 Προαγωγή της υγείας	69
5.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	70
1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	70
2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	70
3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	70
ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	
4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ	71
5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	72
5.4 Ο νοσηλευτής και ο έφηβος	73
5.5 Πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας εφήβων	75
1. Νοσηλευτικές διαγνώσεις	75
2. Συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις για τα άτομα που βιώνουν άγχος	76
3. Θεραπευτική αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών	77
5.6 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με κατάθλιψη	78
1. Επαφή του καταθλιπτικού εφήβου με την επιστημονική κοινότητα.	
2. Στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης του εφήβου με κατάθλιψη.	
3. Νοσηλευτική προσέγγιση του εφήβου με κατάθλιψη	
4. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής καταπόνησης του εφήβου	
5. Αντιμετώπιση διαταραχής του ύπνου	
6. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του εφήβου	
5.7 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	79
1. Στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης	
2. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων	
3. Προφυλάξεις στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου	
5.8 Η συμβουλευτική και διασυνδετική προσέγγιση	81
5.9 Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη	81
5.9.1 Περιγραφή της τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας για την κατάθλιψη	82
5.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα ψυχικής υγείας	82
5.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην σχολική κοινότητα	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφηβεία θεωρείται κρίσιμη περίοδος στη ζωή του ατόμου επειδή επιτελούνται ραγδαίες βιολογικές, ψυχοσυναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές που προκαλούν έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις στον έφηβο. Καθημερινά έρχεται αντιμέτωπο με διαφορετικές επιλογές, μέσα από τις οποίες μαθαίνει τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και διεκδικεί εκείνες που θα διαμορφώσουν τον χαρακτήρα του. Η οικογένεια, το σχολείο και άλλοι φορείς κοινωνικοποίησης παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία.

Παρόλες τις αλλαγές στη δομή και τη μορφή της οικογένειας που σχετίζονται με τις σύγχρονες συνθήκες διαβίωσης και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας και στην κοινωνικοποίηση του εφήβου, η οικογένεια επηρεάζει άμεσα και δυναμικά την εξέλιξη του σύγχρονου εφήβου. Η οικογενειακή κατάσταση και οι επιλογές των ίδιων των γονέων αποτελούν την αφετηρία στον δρόμο των επιλογών του. Η κρίση της οικογένειας είναι κρίση που απεικονίζει την κρίση και τα προβλήματα των κοινωνιών μας σήμερα, αλλά και που προδιαγράφει το μέλλον, έστω και αδρά.

Η οικονομική κρίση συνιστά μια πραγματικότητα, την οποία βιώνουμε όλοι και επηρεάζει τη ζωή και την καθημερινότητά μας με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Μία από τις συχνότερες αιτίες αποπροσανατολισμού του έφηβου, είναι η αλλαγή στην οικονομική κατάσταση των γονέων, οι έφηβοι αισθάνονται έντονα το άγχος της οικονομικής κρίσης η οποία επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.

Η ανησυχία και το άγχος επιδρούν αρνητικά στην υγεία και ιδιαίτερα πλήττουν ασθενέστερες ομάδες, όπως είναι οι έφηβοι. Επηρεάζει σοβαρά τη δημόσια υγεία, καθώς σχετίζεται με υποσιτισμό και κακές συνθήκες στέγασης και διαβίωσης, αύξηση της ανεργίας και της κατάχρησης ουσιών, κατάθλιψη, αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και αυτοκτονιών, προβλήματα υγείας σε παιδιά και εφήβους, βία και παραβατικότητα, περιβαλλοντικά προβλήματα, αύξηση της κοινωνικής ανισότητας και παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων, υποεκπαίδευση και μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος λοιπόν, του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός τόσο στις μονάδες Υγείας που υπηρετεί, όσο και σε συλλόγους, σχολεία ή φορείς που ασχολούνται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Ο νοσηλευτής καλείται να υποστηρίξει το πάσχον άτομο ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που πιέζεται από ένα στρεσογόνο περιβάλλον.

ADSTRACT

Adolescence is considered a crucial period in a person's life as rapid biological, psycho-emotional and cognitive changes cause intense emotional vicissitudes in the teenager's life. On a daily basis, adolescents have to deal with a variety of options through which they will not only learn more about themselves but also learn to claim those that will ultimately shape their character. Family, school and other institutions of socialization play a significant role in this process.

Despite the fact that there have been changes to the structure and form of the family unit because of the modern way of life, which also plays a decisive role in the formation of the teenager's personality and his socialization, the family expressly and vigorously affects the development of the contemporary adolescent. Both family conditions and the choices made by an adolescent's parents become the starting point of his/her choices. The crisis in the traditional family is a reflection of the crisis and problems in our contemporary society, which to an extent also define the future.

The financial crisis is a reality we all experience and it affects our everyday life in a variety of ways. One of the most common causes of an adolescent's disorientation is a change in their parents' financial situation as adolescents experience extreme stress regarding the financial crisis which has serious repercussions on all sectors of their financial and social life.

Worry and stress have negative effects on people's health and they affect weaker members such as adolescents. They also seriously affect public health as they are linked to malnutrition, bad living conditions, increase in unemployment, substance abuse, depression, higher mortality and suicide rates, health problems for children and adolescents, violence, delinquency, environmental problems, increase in social inequality, violations of human rights, illiteracy and limited access to health care. Therefore, a nurse's role is especially important not only for health units that have to be served but also schools or governing bodies involved in the prevention and promotion of health. A nurse is called upon to support the patient as a bio-psychological being in a stressful environment.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνικό - οικονομική κρίση επηρεάζει τη ψυχική υγεία με δύο αλληλοτροφοδοτούμενους τρόπους. Πρώτον εξασθενούν οι προστατευτικοί παράγοντες της εκδήλωσης ή ενίσχυσης της ψυχικής νόσου και δεύτερον ενισχύονται και αυξάνονται οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Ενδεικτικά καταστάσεις της σημερινής πραγματικότητας που εμπíπτουν στα παραπάνω είναι η εργασιακή ανασφάλεια, η εισοδηματική αβεβαιότητα, η ανεργία, οι ελαστικές μορφές εργασίας, η υπερχρέωση νοικοκυριών, οι άστεγοι, η στεγαστική αβεβαιότητα, η αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, η αδυναμία ελέγχου της ζωής του ατόμου και η αβεβαιότητα για τη μελλοντική του κατάσταση. Όλα αυτά συμβάλλουν στη σημαντική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στο σύνολό της και είναι επαρκώς μελετημένα και τεκμηριωμένα από την επιστημονική κοινότητα κατά την έρευνα των κρίσεων διαχρονικά. Ιδιαίτερα έχει αποδειχθεί ότι η σημαντική αύξηση της κατάθλιψης και των αποπειρών αυτοκτονίας και της αυτοκτονίας συσχετίζονται με την ανεργία, την υπερχρέωση και την εργασιακή ανασφάλεια.

Ένα από τα πιο βασικά ψυχικά παράγωγα της κρίσης είναι το γενικευμένο αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας. Αυτό επηρεάζει ατομικές και ομαδικές κοινωνικές συμπεριφορές των ενηλίκων που διαμορφώνουν ένα αρνητικό περιβάλλον για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη της ευπαθέστερης των κοινωνικών ομάδων που είναι τα παιδιά και οι νέοι. Η κοινωνία λοιπόν βρίσκεται σε κρίση, και η οικογένεια ως φορέας της διαταραχής κατακλύζεται από το αίσθημα απόγνωσης, ανασφάλειας και περιθωριοποίησης.

Σήμερα, τα συγκεκριμένα γεγονότα που η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει, προκαλούν κρίση σ' ολόκληρη την οικογένεια άσχετα αν εκδηλώνεται σ' ένα μόνο μέλος της και συνήθως ενήλικα. Οι σχέσεις γονιών-παιδιών αναδιαμορφώνονται. Ο γονιός με αγχώδη διαταραχή αδυνατεί να απορροφήσει τα άγχη του παιδιού του, ο καταθλιπτικός αδυνατεί να ελέγξει τις αγωνίες του και να δώσει σταθερότητα και συναισθήματα φροντίδας με αποτέλεσμα να το οδηγεί σε σύγχυση ρόλων. Ο ενοχικός γονιός θα μεταφέρει τα δικά του άλυτα συγκρουσιακά θέματα στο παιδί με αντιφατικά και αντικρουόμενα μηνύματα. Οι μεταβολές της κοινωνικό - οικονομικής κατάστασης, οι πολιτισμικού χαρακτήρα ιδιαιτερότητες, η κατάργηση ή αποδυνάμωση των θεσμών, η συνεχής διάψευση, η έλλειψη ορίων, η σύγχυση ρόλων και γενικά τα διάφορα οικογενειακά μυστικά, οι σοβαρές συγκρούσεις και η δυσαρμονία του γονεϊκού ζεύγους, είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου που φέρνουν τον έφηβο σε μια κατάσταση είτε τραυματική λόγω της φύσης των ερεθισμάτων που δέχεται, είτε απώλειας του υποστηρικτικού ρόλου του οικογενειακού πλαισίου.

Το αποτέλεσμα είναι παιδιά παραμελημένα ή υπερπροστατευμένα, ανώριμα, αδύναμα δηλαδή να αμυνθούν για την ψυχική τους επιβίωση, ή πρόθυμα να αντιδράσουν βίαια συμπιέζοντας τα σιωπηλά αισθήματα οδύνης και οργής.

Για την εφηβική ηλικία οι διαδικασίες φαίνονται πιο δύσκολες και πιο οδυνηρές καθώς οι ταυτίσεις που είναι μια επιτακτική ανάγκη για τον σχηματισμό της ταυτότητας αποκαλύπτονται σαθρές επειδή τα πρότυπα κατακρημνίζονται, οι γονείς αποδεικνύονται αδύναμοι και ανίκανοι να αποδεχθούν την σκληρή καθημερινή πραγματικότητα επιθετικότητα, και οι εφηβικές φαντασιώσεις που βοηθούν στην επεξεργασία της μετάβασης εκλείπουν. Όσον αφορά στα πρότυπα, ζούμε μια εποχή που μας θέτει αντιμέτωπους με ψευτοδιλήμματα τα οποία δημιουργούν αισθήματα απόγνωσης, ανικανότητας, εγκατάλειψης και αδιέξοδου, μας ωθεί να αποδεχθούμε και να ταυτιστούμε με μηνύματα, που αντιστρατεύονται και λαιδορούν κάθε προηγούμενη ηθική αξία και προτείνουν τον ατομισμό και την αυτοπροβολή. Ζούμε μία εποχή όπου απουσιάζουν εκείνα τα πρότυπα και είδωλα που είναι άξια να κινητοποιήσουν τις υγιείς διαδικασίες για ταύτιση και εξιδανίκευση. Σήμερα, δίνεται έμφαση μόνο σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά και όχι στο όλον, με αποτέλεσμα να τονίζονται και να αναπτύσσονται με αυτόν τον τρόπο μόνο «μερικές» πλευρές της προσωπικότητας του παιδιού όπως η σεξουαλικότητα, ή η επιθετικότητα.

Το σχολείο, ο άλλος σημαντικός κοινωνικός θεσμός, υφίσταται μια συνεχή υποτίμηση και απαξίωση. Τόσο στο υλικό επίπεδο με τη στέρηση των αναγκαίων πόρων και τις συνέπειες της στη λειτουργία του όσο και με τη μηδενιστική κριτική στους λειτουργούς του.

Σε περιόδους κρίσης έχει παρατηρηθεί το εξής απαράδεκτο αλλά και μακροπρόθεσμα αντιπαραγωγικό φαινόμενο: ενώ οι απαιτήσεις σε υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας αυξάνονται, εξαιτίας των περικοπών στις κοινωνικές δαπάνες, η παροχή τους μειώνεται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που συντηρεί και χειροτερεύει διαρκώς το επίπεδο της ψυχικής υγείας. Στη χώρα μας η περικοπή των γενικών δαπανών για την υγεία και την πρόνοια, οδήγησε στη συρρίκνωση των ούτως ή άλλως ανεπαρκών παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών του ΕΣΥ και στη κατάργηση ή μείωση ουσιαστικών πολιτικών παιδικής μέριμνας για τις ευπαθείς παιδικές ομάδες όπως π.χ. νοητικής υστέρησης, αναπτυξιακών διαταραχών.

Οι παραπάνω σκέψεις συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι καθώς η οικονομική κρίση προχώρα η αλυσίδα της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης πρέπει να ενισχυθεί. Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Διαχρονικά σημαντικός παραμένει και ο ρόλος του νοσηλευτή στην στήριξη, στην εκπαίδευση, στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση και στην θεραπεία ψυχικών δυσλειτουργιών.

Ακολουθώντας, λοιπόν τους παραπάνω προβληματισμούς στο 1^ο Κεφάλαιο αναλύεται ο όρος “εφηβεία”. Η εφηβεία θεωρείται κρίσιμη περίοδος στη ζωή του ατόμου, επιτελούνται ραγδαίες βιολογικές, ψυχοσυναισθηματικές και γνωστικές αλλαγές που προκαλούν έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις στον έφηβο. Η μεταβατική αυτή περίοδος και ο τρόπος με τον οποίο τη βιώνει ο έφηβος, επηρεάζει και το κοινωνικό και το οικογενειακό του περιβάλλον. Η οικογένεια, το σχολείο και άλλοι φορείς κοινωνικοποίησης παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία.

Στο 2^ο Κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος της οικογένειας. Παρόλες τις αλλαγές στη δομή και τη μορφή της οικογένειας που σχετίζονται με τις σύγχρονες συνθήκες διαβίωσης, η οικογένεια επηρεάζει άμεσα και δυναμικά την εξέλιξη του σύγχρονου εφήβου.

Στο 3^ο Κεφάλαιο αναλύεται τι είναι οικονομική κρίση, πως επηρεάζει τη ζωή και την καθημερινότητά μας. Το έντονο άγχος και η αβεβαιότητα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.

Στο 4^ο Κεφάλαιο παρουσιάζεται πως η οικονομική κρίση επιβαρύνει την σωματική και ψυχική υγεία καθώς σχετίζεται με κακές συνθήκες διαβίωσης, αύξηση της ανεργίας, κατάχρησης ουσιών, κατάθλιψη, αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και αυτοκτονιών, προβλήματα υγείας σε παιδιά και εφήβους, βία και παραβατικότητα, περιβαλλοντικά προβλήματα, αύξηση της κοινωνικής ανισότητας και παραβιάσεις των ανθρώπινων δικαιωμάτων, υποεκπαίδευση και μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στο 5^ο Κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο νοσηλευτής καλείται να υποστηρίξει το πάσχον άτομο ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Στόχος είναι η πρόληψη, η προαγωγή της υγείας και η αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 Ιστορική Εξέλιξη

Η λέξη «εφηβεία» πρωτοεμφανίστηκε τον 15ο αιώνα. Ωστόσο, ως κοινωνική κατηγορία, όπως έχει αναφερθεί, εμφανίζεται μεταξύ του 18ου και του 19ου αιώνα. Βέβαια, στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι οι έφηβοι ως αυτόνομη ομάδα απαντώνται ακόμη πιο πρόσφατα, στα μέσα του 20ου αιώνα (Μπρακονιέ και Μαρτσέλι, 2002).

Αναφορές σχετικές με τους εφήβους εντοπίζονται από την αρχαιότητα έως και τις προβιομηχανικές κοινωνίες, με διαφορετική μορφή και έννοια. Συγκεκριμένα, κατά την αρχαιότητα, στις περισσότερες κοινωνίες η περίοδος που σήμερα αποκαλούμε εφηβεία αποτελούσε το χρονικό διάστημα της εκπαίδευσης των νέων ώστε να είναι ικανοί σωματικά (ρώμη) και συναισθηματικά (θάρος) να υπερασπιστούν με τα όπλα την κοινωνία τους.

Παρά το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον των τελευταίων δεκαετιών ως προς τη μελέτη του φαινομένου της εφηβείας, ο επιστημονικός κόσμος δεν έχει καταλήξει σε ένα κοινά αποδεκτό ορισμό. Ακόμη και σήμερα φαίνεται η ύπαρξη διαφοροποίησης ως προς την έννοια που αποδίδεται στον ορισμό της εφηβείας, ο οποίος επηρεάζεται από κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε κοινωνίας καθώς η κάθε γενιά βρίσκεται αντιμέτωπη με τα κοινωνικά προβλήματα της εποχής της (Μπρακονιέ και Μαρτσέλι, 2002).

1.2 Η εφηβεία στην Αρχαία Ελλάδα- ομοιότητες διαφορές με το σήμερα

Ειδικότερα, η περίοδος της εφηβείας στην αρχαία Ελλάδα, όπως και στις μέρες μας, συνδεόταν με την έννοια της παιδείας, τη μόρφωση και την εκπαίδευση. Με τον όρο «παιδεία» εννοούσαν απ' τη μία μεριά, την ηθική μόρφωση που βασιζόταν στους αρχαίους κανόνες ηθικής και κοινωνικής συμπεριφοράς και από την άλλη, τις διάφορες επαγγελματικές ικανότητες και παραδόσεις που οι αρχαίοι ονόμαζαν «τέχνη». Παράλληλα, έχουμε και τη διαμόρφωση του χαρακτήρα του πολίτη που αρχίζει κυρίως, από την εφηβική ηλικία. Για τους αρχαίους Έλληνες, η βασική αρχή της παιδείας ήταν η «αρετή» και η συμμόρφωση του νέου στα κριτήρια της αρετής αποτελούσε καθήκον, που υπαγορευόταν από το συναίσθημα της ντροπής. Αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την αρετή ήταν και η έννοια της τιμής. Η πραγματοποίηση της αρετής απαιτούσε τον έπαινο των άλλων και έφερνε την περηφάνια ενώ, η απουσία της προκαλούσε τον ψόγο. Ιδιαίτερα στην αρχαία Ελλάδα του 5ου αιώνα π.Χ., η εφηβεία φαίνεται να συνιστά ισχυρό κρατικό θεσμό, εφόσον απαντώνται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη συμπεριφορά και τις υποχρεώσεις των νέων.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, οι νέοι δεν είχαν δικαίωμα ψήφου ή σύναψης γάμου έως την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους και η στρατιωτική εκπαίδευση σε συνδυασμό με τη διδασκαλία των γραμμάτων, της μουσικής και της γυμναστικής ήταν υποχρεωτική.

Επιπλέον, τόσο στην αρχαιότητα όσο και σήμερα φαίνεται οι έφηβοι να αντιμετωπίζονται ως μη ικανοί στην λήψη σημαντικών αποφάσεων ή στην άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων.

Η εφηβεία εκείνης της εποχής σχετίζεται περισσότερο με την ικανότητα εκμάθησης των όπλων, παρά με βιοψυχοκοινωνικά κριτήρια όπως στις μέρες μας (Νομικού, 2004). Παρατηρείται, όμως, κάποιου είδους ομοιότητα στον τρόπο μεταχείρισης των νέων μεταξύ της αρχαιότητας και της σύγχρονης εποχής, καθώς στις μέρες μας η περίοδος της εφηβείας είναι συνυφασμένη με τη μάθηση βασικών δεξιοτήτων, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για την είσοδο των εφήβων στην ενήλικη ζωή.

1.3 Ορισμός – η εφηβεία ως μεταβατική περίοδος

Η εφηβεία χαρακτηρίζεται ως μεταβατική φάση από τον οικογενειακό μικρόκοσμο των διαπροσωπικών σχέσεων στον κοινωνικό μακρόκοσμο των πλεγματικών σχέσεων (Κορώσης, 1997). Ενώ, ο Herbert (1997) υποστηρίζει ότι ο όρος εφηβεία αναφέρεται στη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως ήβη.

Τέλος, όπως ισχυρίζεται η Ντολτό (1990) η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία, έχει για κέντρο της την ήβη και τα όριά της είναι ασαφή. Ως όρος αφορά στο σύνολο των ψυχικών λειτουργιών που συντελούνται επί της ήβης για να μπορέσει το άτομο να ενσωματώσει ψυχικά τις μεγάλες αλλαγές που προκύπτουν από αυτήν. Σύμφωνα με τον Herbert (1999) η εφηβεία δεν μπορεί να ταυτιστεί με τη ήβη που είναι ένα αναπόφευκτο βιολογικό φαινόμενο. Η εφηβεία είναι, κατά μία έννοια, δημιουργήμα του βιομηχανικού δυτικού πολιτισμού μας και ένας από τους λόγους που έπρεπε να «εφευρεθεί», είναι το ότι έπρεπε να μετατεθεί αργότερα, εκείνο το σημείο της ζωής στο οποίο το παιδί αναλαμβάνει πια το ρόλο και τις ευθύνες του ενήλικου.

Γίνεται αντιληπτό ότι παρά τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των παραπάνω ορισμών, όπου το φαινόμενο της εφηβείας καθορίζεται βάσει ηλικιακών κριτηρίων ή βάσει των ψυχολογικών, βιοσωματικών ή κοινωνικών αλλαγών που συντελούνται, όλοι οι συγγραφείς, ανεξαιρέτως, επικεντρώνονται στο μεταβατικό της χαρακτήρα. Η εφηβεία λοιπόν, είναι σαν μία δεύτερη «γέννηση» που γίνεται όμως προοδευτικά.

Στην εφηβεία το άτομο καλείται να αφήσει σιγά-σιγά την οικογενειακή προστασία, όπως άφησε κάποτε τον προστατευτικό πλακούντα. Η φύση, δουλεύει με το δικό της ρυθμό, το σώμα αλλάζει δημιουργώντας ορμές και επιθυμίες. Συχνά αυτές τις επιθυμίες ο έφηβος δεν καταφέρνει να τις συνειδητοποιήσει αλλά και να τις ελέγξει, με αποτέλεσμα να προκαλούνται εκρήξεις, είτε βίας-είτε αδυναμίας, μπροστά σε αυτό που θα ήθελε με τη φαντασία του να πραγματοποιήσει αλλά δεν είναι ικανός ακόμα.

Οι έντονες και ραγδαίες αλλαγές στο σωματικό, συναισθηματικό, ψυχικό και κοινωνικό τομέα δημιουργούν αισθήματα αναστάτωσης, ρευστότητας, αμφιταλάντευσης και ενδυνάμωσης των συγκρούσεων σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο.

Χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η εναντιωματική συμπεριφορά προς τους γονείς, η αποστασιοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον και η προσήλωση στην ομάδα συνομηλίκων, η αμφιθυμία, η ευερεθιστικότητα, τα αισθήματα θλίψης, άγχους, μοναξιάς, πλήξης, ντροπής, η ταλάντευση μεταξύ υπέρμετρα υψηλής και χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, ο πειραματισμός. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνθέτουν την εικόνα της «ανωριμότητας» του εφήβου και ίσως των γονέων του.

Στην πραγματικότητα η εφηβεία είναι μία ανακατάταξη, οι μεταβολές σε σχέση με το σώμα συμπαρασύρουν και μεταβολές σε σχέση με τους άλλους και τον κόσμο στο σύνολό του, κυρίως όμως, οδηγούν τον έφηβο στη δημιουργία ταυτότητας για να σταθεί σύντομα, στον κόσμο των ενηλίκων. Αναμφισβήτητα, η διεργασία του «ποιείν εαυτόν» έχει μεγάλη ένταση. Προϋποθέτει την «αποψευδαισθητοποίηση» από την αρχική υπόσχεση των ενηλίκων: δεν είναι όλα εφικτά, δεν είναι κανείς παντοδύναμος και δεν προστατεύεται αιώνια. Ταυτόχρονα όμως, το σώμα του εφήβου που αλλάζει του λέει ότι «μπορεί» ίσως να κάνει πραγματικότητα ό,τι θελήσει.

Οι έφηβοι που πράττουν αντί να σκέφτονται, είτε προσπαθούν να ηρεμήσουν από το υπερβολικό άγχος τους για όλα αυτά που τους συμβαίνουν μέσα τους, είτε μεταθέτουν το θυμό τους όταν χτυπούν για παράδειγμα, τις πόρτες για να μη χτυπήσουν τις μητέρες τους ή οδηγούνται στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά ως πράξη αυτοκαταστροφικής διαμαρτυρίας.

Οι έφηβοι που δεν μιλάνε, το κάνουν όχι γιατί δεν έχουν τίποτα να πουν, αλλά γιατί όλα μέσα τους είναι συγκεχυμένα και βιώνουν μία αδιόρατη αίσθηση κινδύνου. Βρίσκονται γεμάτοι ανασφάλεια μπροστά σε αλλαγές, όπως για παράδειγμα η αλλαγή της φωνής στα αγόρια, όπου καλούνται να πενήθσουν το «παλιό» με το οποίο αναγνώριζαν τον εαυτό τους, χωρίς να ξέρουν πως θα είναι το «καινούριο».

Έχουν διλήμματα στο ηθικό πεδίο, αμφισβητούν αρχές και αξίες στην προσπάθεια να επαναπροσδιορίσουν τους γονείς τους για να καταφέρουν αργότερα να τους «αποχωριστούν», να μπου δηλαδή σε μία νέα ενήλικη σχέση μαζί τους. Ζητούν το ενδιαφέρον των ενηλίκων για αυτή την απίστευτη εξέλιξη που συντελείται μέσα τους, όταν όμως το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώνεται, νιώθουν συχνά ακινητοποιημένοι.

Συμπερασματικά, η εφηβεία μπορεί να νοηθεί ως μία περίοδος έντονων συγκρουσιακών βιολογικών, γνωστικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών που συντελούνται στη ζωή του νεαρού ατόμου και οδηγούν στην ενηλικίωσή του.

1.4 Τα στάδια της εφηβείας

Η περίοδος της εφηβείας θεωρείται ότι καλύπτει ένα χρονικό διάστημα 7-8 χρόνων. Η είσοδος του ατόμου στην εφηβεία φαίνεται να ποικίλει χρονικά, καθώς επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, ενώ σημαντική διαφοροποίηση προκύπτει ανάλογα με το φύλο. Η έναρξη της εφηβείας παρατηρείται νωρίτερα, περίπου κατά δύο χρόνια στα κορίτσια σε αντίθεση με τα αγόρια καθώς για τα κορίτσια η εφηβεία σηματοδοτείται με την εμφάνιση της εμμηνου ρύσης, ενώ για τα αγόρια με την πρώτη εκσπερμάτωση (Κουράκης, 2004).

Η εφηβεία φαίνεται να υποδιαιρείται σε τρεις μικρότερες περιόδους:

- της προεφηβείας (11 - 13 ετών) με χαρακτηριστικά τη μεγάλη σωματική αύξηση και ανάπτυξη, τη τάση για απομάκρυνση από τους γονείς, την προσκόλληση στους φίλους (κατά κανόνα του ίδιου φύλου), το ρομαντισμό, την υπέρμετρη αφοσίωση σε πρόσωπα και ιδέες, τη συγκεκριμένη σκέψη και τη δυσκολία αποδοχής μεγάλων αλλαγών. Το άτομο σταδιακά εγκαταλείπει την παιδική ηλικία και εισέρχεται στο στάδιο της εφηβείας, όπου βιώνει τις εντονότερες βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές.

- της κυρίως εφηβείας (14 - 18 ετών) με χαρακτηριστικά το ενδιαφέρον για ετερόφυλες σχέσεις, το σεξουαλικό πειραματισμό, τη διεκδίκηση κύρους ανάμεσα στους φίλους, το πάθος, τις αδεξιότητες, την ικανότητα για αφηρημένη σκέψη (abstract thinking – ο έφηβος σε αυτή την φάση κρίνει, αναλύει, συγκρίνει, συνθέτει και οραματίζεται το μέλλον και το ρόλο του σ' αυτό, λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες του παρόντος και του παρελθόντος), τις εκρήξεις οργής και την εναλλαγή ευφορίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- της όψιμης εφηβείας ή μετεφηβείας (18 - 21 ετών) με χαρακτηριστικά την ολοκληρωμένη αφηρημένη σκέψη, τη σαφή επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης, την εξοικείωση με το σώμα, την περαιτέρω ανάπτυξη του ιδεαλισμού, τη σταδιακή σύγκλιση με τις απόψεις των γονιών, τις σοβαρότερες ποιοτικά σεξουαλικές σχέσεις. Το ενήλικο πλέον άτομο έχοντας ολοκληρώσει το μεγαλύτερο μέρος των προαναφερθέντων αλλαγών ετοιμάζεται να εισέλθει στην πλήρη ωριμότητα και να ανταποκριθεί σε όλους τους κοινωνικούς τομείς της ζωής του.

1.4.1 Βιολογική προσέγγιση - Φυσικές και Σωματικές αλλαγές

Οι βιολογικές αλλαγές που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της ήβης, θεωρούνται ως οι σημαντικότερες στη ζωή του ατόμου. Δεν υπάρχει άλλη αναπτυξιακή αλλαγή πιο βαθιά και πιο απαιτητική (Conger, 1981).

Η σωματική ανάπτυξη την περίοδο αυτή επέρχεται με ραγδαίους και έντονους ρυθμούς που οδηγούν στη σεξουαλική ωρίμανση των νέων και στην ταύτιση με το φύλο τους. Οι βιοσωματικές αυτές αλλαγές είναι αποτέλεσμα της επενέργειας των φυλετικών ορμονών, των οιστρογόνων για τα κορίτσια και των ανδρογόνων για τα αγόρια που οδηγούν στη θεαματική μεταβολή των οργάνων και οργανικών συστημάτων και με χαρακτηριστικότερη αλλαγή την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας, την επιμήκυνση των οστών και τη γενικότερη αλλαγή των αναλογιών του σώματος (Κουράκης, 2004).

Παράλληλα, εμφανίζονται και γενετήσια χαρακτηριστικά που καθορίζουν την σεξουαλική ιδιότητα του κάθε φύλου. Ανάπτυξη των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, διόγκωση του στήθους στα κορίτσια, τριχοφυΐα τόσο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων όσο και στην περιοχή του προσώπου και στις μασχάλες. Όλες αυτές οι μεταβολές που συναντώνται στην ηβική περίοδο και σηματοδοτούν την έναρξη της εφηβείας.

Όλα αυτά αποτελούν αναπόφευκτη κατάσταση η οποία ως επί το πλείστον, βιώνεται έντονα από το άτομο και αποτελεί πρόκληση ώστε να συμφιλιωθεί με τη νέα του εμφάνιση. Ο έφηβος σε πολύ σύντομο διάστημα ανακαλύπτει ότι αισθάνεται ξένος προς τον άνθρωπο που είχε συνηθίσει να είναι από τα πρώτα παιδικά του χρόνια. Το να μπορέσει ο νέος να ενσωματώσει με επιτυχία αυτές τις θεαματικές φυσιολογικές σωματικές αλλαγές σε μια σταθερή, γεμάτη εμπιστοσύνη, προσωπική ταυτότητα, μπορεί να είναι μια δύσκολη και παρατεταμένη διεργασία (Conger, 1981).

Μια διεργασία κατά την οποία ο νεαρός έφηβος καλείται να αποδεχτεί την νέα εικόνα που παρουσιάζει το σώμα του και να την προσαρμόσει στην αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Η προσπάθεια της εναρμόνισης του εφήβου με το σώμα του επιδρά σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο. Συχνά, οι έντονες αλλαγές οδηγούν σε έντονες συγκρούσεις στον εσωτερικό του κόσμο.

1.4.2 Ψυχολογική προσέγγιση -Γνωστικές αλλαγές

Παράλληλα, με την ανάπτυξη και τις αλλαγές που βιώνει ο έφηβος στο βιοσωματικό τομέα, παρατηρούνται και αλλαγές που αφορούν την ανάπτυξη των γνωστικών λειτουργιών του. Δεν ωριμάζουν ταυτόχρονα όλες οι διανοητικές λειτουργίες. Σύμφωνα με τον Piaget, ο έφηβος αποκτά πλέον αφαιρετική σκέψη, δηλαδή έχει την ικανότητα να περνά από τις έννοιες με συγκεκριμένο περιεχόμενο σε αυτές με αφηρημένο (Νομικού, 2004). Οι τομείς της γνωστικής λειτουργίας αναπτύσσονται παρέχοντας στον έφηβο τη δυνατότητα για υποθετικούς και συμπερασματικούς συλλογισμούς, εδραιώνοντας την συμβολική σκέψη (Κουρκούτας, 2001). Η λογική σκέψη και η κριτική του ικανότητα ωριμάζουν. Η σκέψη του βασίζεται έτσι, πλέον, σε πιθανότητες, σε θεωρητικά συστήματα, σε αναζήτηση τεκμηρίων και σε λογικά σχήματα επαγωγικού, απαγωγικού και αναλογικού συλλογισμού. Ο έφηβος αντιμετωπίζει τα προβλήματα κυρίως, με ιδεοσυλλογιστικά επιχειρήματα, αποφεύγοντας τις ενστικτώδεις τάσεις ή ενορμήσεις (Κουράκης, 2004).

Κατά μέσο όρο, η αντίληψη του χώρου και η λογική φτάνουν στο ανώτερο σημείο γύρω στα 14 και το επίπεδο ενηλικίωσης της μνήμης συνήθως επιτυγχάνεται στα 16 έτη. Ο μέσος όρος της διανοητικής ανάπτυξης φτάνει στην κορύφωση και για τα αγόρια και για τα κορίτσια στην ηλικία των 18-19 ετών περίπου (Νομικού, 2004).

1.4.3 Ψυχολογική προσέγγιση- Συναισθηματικές Αλλαγές

Όλες οι προαναφερθείσες αλλαγές που συντελούνται κατά τη περίοδο της εφηβείας και διενεργούνται με ραγδαίο και έντονο ρυθμό προκαλούν αυξημένο άγχος, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σημαντικές επιδράσεις στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του εφήβου. Στην προσπάθεια της ανακάλυψης της ταυτότητας του με στόχο την εδραίωση της, ο νέος βιώνει μία κατάσταση προβληματισμού και αμφισβήτησης. Αρχίζει να ασκεί κριτική στις υφιστάμενες οικογενειακές αξίες και πρότυπα, καθώς και στους κοινωνικούς κανόνες, καταλήγοντας είτε να τους ενστερνιστεί είτε να τους αναθεωρήσει. Επιπλέον, επιδιώκει να γνωρίσει τις πτυχές που συνιστούν την προσωπικότητα του, τα ενδιαφέροντα του, τις ανάγκες του, τον τρόπο συμπεριφοράς και τις προτιμήσεις του.

Στη διαδικασία της διαμόρφωσης της ταυτότητας θεωρεί αναγκαία την ψυχολογική του ανεξαρτησία και την αυτονομία από το οικογενειακό του περιβάλλον, ώστε να κάνει ανεπηρέαστος τις επιλογές του. Η ανάγκη αυτή γίνεται αυτοσκοπός και φαίνεται να τον οδηγεί σε διεκδικήσεις με επαναστατικό τρόπο. Η αναζήτηση της ταυτότητας από την πλευρά του εφήβου οδηγεί συχνά σε αντιφατικές εκφάνσεις της συμπεριφοράς και σε αντιφατικές θέσεις (Κορώσης, 1997).

Τέτοιου είδους συμπεριφορές θεωρούνται συνήθως, από τους ειδικούς, φυσιολογικές και αναμενόμενες, λόγω της έντασης και του τρόπου με τον οποίο εμφανίζονται οι αλλαγές, κυρίως οι βιοσωματικές. Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2001) ο έφηβος παρουσιάζει τις ακόλουθες ψυχολογικές αντιδράσεις, επιθυμία να μένει μόνος, αποστροφή από τις αρμοδιότητες του, αίσθημα ανίας, νευρική κατάσταση - ανησυχία, αυξημένη ευσυγκινησία, αντιδραστική – εχθρική στάση τόσο προς τους άλλους όσο και προς το αντίθετο φύλο. Όπως ισχυρίζεται η Νομικού (2004) οι νέοι τείνουν να αντιμετωπίζουν με θετικό τρόπο τις αλλαγές που επιφέρει η εφηβεία, αν και μερικές φορές τις εκφράζουν με τρόπο μη αποδεκτό από το περιβάλλον.

1.4.4 Κοινωνιολογική Προσέγγιση - Κοινωνικές αλλαγές

Κατά τη μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία, οι απαιτήσεις τόσο του κοινωνικού όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται ο έφηβος, παρουσιάζουν διαφοροποίηση ως προς το είδος και την ποσότητα.

Το κοινωνικό πλαίσιο αναμένει η συμπεριφορά του εφήβου να χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ωριμότητα παραπέμποντας περισσότερο σε συμπεριφορές ενήλικου ατόμου, παρά σε συμπεριφορές

ενός παιδιού. Βασικό παράγοντα στην αναπτυξιακή διαδικασία της εφηβείας αποτελεί η σταδιακή απομάκρυνση του νέου από τα γονεϊκά πρότυπα, τα οποία αδυνατούν πλέον να παρέχουν την πλήρη ασφάλεια και ικανοποίηση που κατά την παιδική ηλικία παρείχαν.

Ο έφηβος αρχίζει να αναζητά την ικανοποίηση και την επιβεβαίωση της ταυτότητάς του, πέρα από την οικογένεια, επιδιώκοντας την απόκτηση της ανεξαρτησίας του.

Ο αποχωρισμός φαίνεται να αποτελεί για τον έφηβο έντονη ανάγκη, η οποία πηγάζει από την επιθυμία για την αναζήτηση της ταυτότητας, της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του. Στην προσπάθεια αυτή, ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με τις αξίες και τους ηθικούς κανόνες που διέπουν τη δομή της οικογένειας, ασκώντας κριτική και αμφισβητώντας την απόλυτη ισχύ τους. Οι συγκρούσεις με τους γονείς είναι φυσικές και αναμενόμενες, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της εφηβείας. Καθώς διευρύνονται οι πνευματικοί τους ορίζοντες, οι έφηβοι αρχίζουν να βλέπουν ότι οι αξίες και ο τρόπος ζωής της οικογένειας δεν είναι οι μόνες πιθανές.

Όχι μόνο υπάρχουν περιθώρια για εναλλακτικές αξίες, απόψεις ή πράξεις, αλλά ότι και ο τρόπος άλλων γονιών μπορεί ουσιαστικά να είναι ανώτερος από αυτόν των δικών του (Conger, 1981).

Σύμφωνα με τον Erikson, η απόκτηση της συνείδησης της ταυτότητας του “Εγώ” συνιστά το κρίσιμο γεγονός της εφηβείας. Η πάλη για τον προσδιορισμό της ταυτότητας πιθανόν να οδηγήσει το άτομο να γίνει μέλος διάφορων ομάδων (Pervin & John, 2001). Η ομάδα βοηθά τον έφηβο να αποκτήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του, να αναγνωρίσει τις ικανότητες και τις αδυναμίες του, διαμορφώνοντας μια σαφή εικόνα για τον εαυτό του και την προσωπικότητά του, αποκτώντας την απαραίτητη αυτοεκτίμηση.

Ωστόσο, η ομάδα αφορά σε προσωπικά ενδοψυχικά κίνητρα. Συχνά αποτελεί σταθμό γι’ αυτό που ονομάζεται “Ιδεώδες του Εγώ”. Μέσα από την κυρίαρχη ιδεολογία της ομάδας, ή απλούστατα λόγω των δυνατοτήτων πρόσβασης σε νέες δραστηριότητες, η ομάδα αποτελεί ένα μέσο κατάκτησης εκείνου που θέλουμε να επιτύχουμε, να κατακτήσουμε ή να είμαστε (Μπρακόνιε και Μαρτσέλι, 2002).

1.5 Ανάπτυξη της προσωπικότητας του εφήβου

Ο ψυχαναλυτής Erick Erickson περιέγραψε οκτώ εξελικτικά στάδια μέσα από τα οποία αναπτύσσεται η προσωπικότητα του ατόμου και υποστήριξε ότι η εφηβική περίοδος αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διαμόρφωσης της προσωπικής ψυχοκοινωνικής ταυτότητας κάθε ατόμου, δηλαδή της αίσθησης συνέχειας και συνοχής του εαυτού του κάθε ατόμου που καθορίζει τους τρόπους επίλυσης των προβλημάτων, τις επιλογές, τους ρόλους και τον τρόπο ζωής του. Η ψυχαναλύτρια Anna Freud υποστηρίζει ότι η αναταραχή στην περίοδο της εφηβείας αποτελεί μια

ένδειξη φυσιολογικής ανάπτυξης. Η ανωριμότητα του εφήβου είναι αποτέλεσμα της προσαρμοστικής αναδιάρθρωσης του ψυχισμού του, η οποία είναι απαραίτητη για την προοδευτική επίτευξη των νέων αναπτυξιακών στόχων. Σύμφωνα με τον ψυχαναλυτή Donald Winnicott, η ανωριμότητα της εφηβικής ηλικίας αποτελεί μια απαραίτητη προϋπόθεση για την ενήλικη ωριμότητα, ενώ αντιθέτως η ψευδή ωριμότητα του εφήβου οδηγεί στην ενήλικη ανωριμότητα.

1.5.1 ο ρόλος της οικογένειας στην διαμόρφωση της προσωπικότητας

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου παίζουν οι γονείς και οι σχέσεις που διατηρούν μαζί του. Οι ιδανικοί γονείς είναι όσοι διαθέτουν συγχρόνως τρία χαρακτηριστικά εκδηλώνουν ελεύθερα την αγάπη τους προς το παιδί, ενθαρρύνουν την αυτονομία του παιδιού και απαιτούν από το παιδί ολοένα και ωριμότερη συμπεριφορά. Το είδος της ταυτότητας που προκύπτει από την επιλογή μέσα από εμπειρίες και επαφές αποτελείται από κατακτημένη ταυτότητα.

Στην κατακτημένη ταυτότητα η τελική επιλογή συμπίπτει με την προτίμηση των γονέων, η επιλογή αυτή έχει γίνει με κριτήρια που έχει θέσει ο ίδιος ο έφηβος και αφού έχει λάβει υπόψη του ποικίλες εναλλακτικές δυνατότητες έχοντας συγκριτικά συνεξετάσει ποικίλες λύσεις.

1.5.2 Ο ρόλος των υπόλοιπων φορέων κοινωνικοποίησης

Εκτός από το στενό κύκλο της οικογένειας, το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον (η κοινωνική οργάνωση με τους κανόνες και τους θεσμούς αλλά και η ιστορία, τα έργα των πολιτισμών, οι πεποιθήσεις, οι κατακτημένες γνώσεις, η τέχνη, οι ιδέες και η εξέλιξή τους) επίσης, μεταβιβάζεται μεθοδευμένα και ανεπαίσθητα στα μέλη της κοινωνίας από του υπόλοιπους φορείς κοινωνικοποίησης. Αυτή η συστηματική μετάδοση των προτύπων συμπεριφοράς με τις αντιδράσεις που προκαλεί στο κάθε άτομο ξεχωριστά, διαμορφώνει την προσωπικότητά του στο εσωτερικό των ανθρώπινων ομάδων.

Η δημιουργία των εσωτερικών προβλημάτων του εφήβου αλλά και η μορφή με την οποία εκδηλώνονται, καθορίζονται, όπως προαναφέραμε, και από τον κοινωνικό παράγοντα, με δύο βασικούς τρόπους: από την κοινωνία στους κόλπους της οποίας ζουν, αναπτύσσονται και δρουν οι νέοι, καθώς επίσης και από τον οικογενειακό τους περίγυρο. Η κοινότητα στην οποία ζουν οι έφηβοι, ο κόσμος που συναναστρέφονται, οι πολιτισμικές αξίες, το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνουν, γενικότερα οι κοινωνικοί θεσμοί που επικρατούν, είναι σοβαροί λόγοι για να κατανοήσουμε τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς του, από την επιθετικότητα έως την μελαγχολία.

Μαζί με τα προσωπικά προβλήματα που απασχολούν τον έφηβο, υπάρχουν και εκείνα που απορρέουν από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που έχει η κοινωνία από τον ίδιο. Η στάση της όμως δεν ενθαρρύνει τη συμμετοχή του έφηβου στα κοινωνικά δρώμενα και για αυτό το λόγο αντιμετωπίζει τους σκοπούς των ενηλίκων με δυσπιστία ή τους απορρίπτει. Οι κοινωνικοπολιτικές φιλοδοξίες της εποχής, δεν παρουσιάζουν ελκυστικές και κατάλληλες ιδέες, οι οποίες να ικανοποιούν τις πνευματικές και συναισθητικές ανάγκες ενός εφήβου.

Σε αυτή τη φάση, καλείται να επιλύσει προβλήματα ή να διαχειριστεί κάποιες καταστάσεις δύσκολες, για αυτό πρέπει να έχει πάρει τα κατάλληλα εφόδια από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνία, ώστε να μην εκδηλώσει συμπεριφορά βίαιη, επιθετική, διεκδικητική, χωρίς ηθικούς κανόνες και φραγμούς αλλά ούτε και συμπεριφορά παθητική, ανήμπορη, στρεφόμενος στον εαυτό του και πέφτοντας σε μελαγχολία στις σχέσεις με τον εξωτερικό κόσμο, ο οποίος βρίσκεται σε συνεχή μετασχηματισμό. Η παράταση της σχολικής ζωής, η οποία συνοδεύεται από την οικονομική εξάρτηση του εφήβου, ο περιορισμός της υπευθυνότητας και η έλλειψη της αυτονομίας, τον αναγκάζουν να συγκρούεται με τον έξω κόσμο. Για πολλούς νέους σήμερα λοιπόν, είναι αισθητή η ανησυχία για την επαγγελματική τους προοπτική, για το ενδεχόμενο να μείνουν άνεργοι ή να ζήσουν στο περιθώριο.

Η παράταση των σπουδών, εξάλλου, οδηγεί στην παράταση της οικονομικής εξάρτησης και την καθυστέρηση της ψυχολογικής ωρίμανσης. Ο νέος σήμερα, υπερπροστατευόμενος από τους γονείς, είναι πιο εύθραυστος. Η αγωνιστικότητά του για τη ζωή είναι μειωμένη. Επιπλέον, ο γρήγορος ρυθμός τεχνολογικής ανάπτυξης επιτείνει την ανισότητα στις γνώσεις και δυσκολεύει την επικοινωνία γονιού-παιδιού, μεγαλώνοντας το χάσμα ανάμεσα στις γενιές.

Όλα τα προαναφερθέντα συντελούν στη δυσλειτουργία των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και συντελούν στην προσχώρηση σε ομάδες συνομηλίκων που διαμορφώνουν τη δικιά τους “κουλτούρα” που, πολύ συχνά, ενώ προβάλλεται ως αντίδραση στο κατεστημένο τρόπο ζωής, γίνεται αντικείμενο εμπορικής εκμετάλλευσης. Όλες οι τεχνικές του σύγχρονου μάρκετινγκ χρησιμοποιούνται για να δημιουργήσουν νέες ανάγκες και επιθυμίες. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και η αυξημένη δυνατότητα μετακινήσεων, ενισχύουν τη διάδοση της “κουλτούρας των νέων” και τη διεθνοποιούν ως κοινωνικό φαινόμενο.

Παρόλο που η συμπεριφορά ενός εφήβου και τα προβλήματα του συνδέονται με το ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών δομών και αλλαγών, δεν πρέπει να ξεχνάμε το ρόλο που παίζει το ατομικό – ψυχολογικό υπό βάθρο, η παιδική ηλικία και τα πρότυπα που διαμορφώνονται και τροφοδοτούν την προσωπικότητα του εφήβου.

1.5.3 Ο ρόλος της Ομάδας

Η συμμετοχή των εφήβων σε ομάδες συνομηλίκων τους είναι πολύ συνηθισμένη και ο ρόλος της είναι πολύ πιο σημαντικός για την εξέλιξη του. Η ομάδα είναι για τον έφηβο ένα μέσο αναζήτησης της κοινωνικής του ταυτότητας και ταυτόχρονα ένα μέσο άμυνας απέναντι στους ενήλικες κι απέναντι στο εαυτό του. Η ισχύς της ομάδας αντισταθμίζει τα συναισθήματα αδυναμίας του. Η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην ομάδα τον προετοιμάζει για τη συναισθηματική του συναλλαγή με τους άλλους στην ενήλικη ζωή του (Αναγνωστόπουλος και Λαζαράτου, 1998).

Η ομάδα βοηθά τον έφηβο να αποκτήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του, να αναγνωρίσει τις ικανότητες και τις αδυναμίες του, διαμορφώνοντας μια σαφή εικόνα για τον εαυτό του και την προσωπικότητά του, αποκτώντας την απαραίτητη αυτοεκτίμηση.

Οι Μπρακόνιε και Μαρτσέλι (2002) ισχυρίζονται ότι η αναγκαιότητα του εφήβου να βρίσκεται στο πλαίσιο μιας “ομάδας” ανταποκρίνεται σε ορισμένες παιδαγωγικές και κοινωνικές ανάγκες, αλλά έχει να κάνει επίσης και με προσωπικά ενδοψυχικά κίνητρα. Αυτή η προσχώρηση στην ομάδα οφείλεται σε κάποιες κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στον έφηβο να νιώσει ενσωματωμένος στην κοινωνία και κυρίως σε μια συγκεκριμένη ηλικία, γεγονός που χαρακτηρίζει την κοινωνία μας. Η ομάδα αφορά σε ενδοψυχικά κίνητρα. Συχνά αποτελεί σταθμό γι’ αυτό που ονομάζεται “Ίδεώδες του Εγώ”.

Όσο πιο έντονη γίνεται για τον έφηβο η ανάγκη της ανακάλυψης και της διαμόρφωσης της ταυτότητάς του, τόσο σπουδαιότερη και συχνότερη γίνεται η αναζήτηση των προτύπων εκτός του γονεϊκού περιβάλλοντος. Μέσα από την ομάδα των συνομηλίκων, «ο έφηβος αντλεί, εν μέρει τουλάχιστον, τα πρότυπά του και έχει στη διάθεσή του ένα σημαντικό σημείο αναφοράς, ακόμη και ως προς τον τρόπο ντυσίματος, ψυχαγωγίας και έκφρασης (Κουράκης, 2004).

Μέσα, λοιπόν, από τη συλλογικότητα και τα κοινά στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ομάδα, αισθάνεται την αποδοχή και την υποστήριξη των ομηλίκων, η οποία δρα ως ανασταλτικός παράγοντας στη μοναξιά και την απομόνωση την οποία βιώνει ο έφηβος απέναντι στον κόσμο των ενηλίκων. Η διαμόρφωση ενός ιδιαίτερου τρόπου επικοινωνίας σε συνδυασμό με τα κοινά ενδιαφέροντα, που υιοθετούν τα μέλη και συνιστούν τα χαρακτηριστικά μιας υποκοουλτούρας, ωθούν τους εφήβους στο να αποκτήσουν μια κοινή συλλογική ταυτότητα, η οποία διασφαλίζει την ιδιαιτερότητα και την ατομικότητά τους (Κουρκούτας, 2001).

Επιπρόσθετα, η ομάδα παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον, η συντροφικότητα και η κοινωνική αλληλεγγύη που υφίσταται στα πλαίσια της ομάδας, βοηθά τον έφηβο να αποκτήσει την ικανότητα σκέψης και δράσης σε συλλογικό επίπεδο. Μέσα στην ομάδα διαμορφώνει μία συγκεκριμένη

ταυτότητα και αναλαμβάνει ρόλους, η εξάσκηση των οποίων αποτελεί σημαντική εμπειρία για τις μετέπειτα κοινωνικές του σχέσεις.

Τέλος, η στενή και συστηματική παρέα με άτομα του ίδιου φύλου, βοηθούν τον έφηβο να ενσωματώσει χαρακτηριστικά συμπεριφοράς του φύλου του, οδηγώντας στη διαμόρφωση της σεξουαλικής του ταυτότητας, ενώ συνάμα αποτελεί μια βασική εμπειρία ως προς τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν και την σύναψη ερωτικών σχέσεων.

Σύμφωνα με την θεωρία του Sullivan (Pervin & John, 2001) η σχέση της στενής φιλίας, της αγάπης, συνιστά το θεμέλιο για την ανάπτυξη σχέσης αγάπης με πρόσωπο του αντίθετου φύλου κατά την εφηβεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ **(οικογένεια, σχολείο)**

2.1 Ορισμός

Η οικογένεια είναι μια ψυχοκοινωνική και ψυχολογική ομάδα, αποτελούμενη από ένα σύνολο ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με φυσικούς και νομικούς δεσμούς, εξ αίματος ή εξαγχιστείας, το οποίο αποτελείται συνήθως από το ζεύγος, τα παιδιά ή και άλλους ανιόντες ή κατιόντες συγγενείς που διαμένουν κάτω από την ίδια στέγη, συγκροτούν ενιαίο νοικοκυριό και αλληλεπιδρούν στις μεταξύ τους σχέσεις (Θεοδωροπούλου, 2003). Αποτελεί μια από τις σημαντικότερες όψεις της ανθρώπινης κοινωνίας και παίζει κεντρικό ρόλο στην κοινωνική οργάνωση των λαών. Η οργάνωση της οικογενειακής ομάδας όμως, ποικίλει ανάλογα με την κοινωνία και την εποχή. Η οικογένεια έχει δομή και επιτελεί ορισμένες λειτουργίες. Δομή είναι ο αριθμός των μελών της καθώς και οι ρόλοι και οι θέσεις των μελών της. Η λειτουργία αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια ικανοποιεί τις φυσικές και ψυχολογικές της ανάγκες των μελών της και εξασφαλίζει την επιβίωση τους (Γεώργας, 1999). Παράλληλα με τον δομικό, υπάρχει και ο λειτουργικός ορισμός της οικογένειας. Για την οικογένεια λοιπόν, δεν αρκεί μόνο η κάλυψη και η κατοχή από τα μέλη της ορισμένων θέσεων. Επιβάλλεται, ακόμα η συμπλήρωση από τα μέλη αυτά του κοινωνικού συστήματος της οικογένειας και κάποιων λειτουργιών και δραστηριοτήτων. Είναι προφανές πως ένα οικογενειακό σύστημα θεωρείται πλήρως ανεπτυγμένο όταν εκπληρώνονται και τα δύο αυτά κριτήρια, δομικό και λειτουργικό (Μοριχοβίτης, 2001).

Η οικογένεια σχετίζεται με την οργάνωση τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ζωής των ατόμων και αποτελεί κύριο στοιχείο του συλλογικού και ατομικού βίου. Η σημασία που της αποδίδεται οφείλεται στο ρόλο της ως γέφυρα που συνδέει τον κοινωνικό και τον ατομικό δημόσιο και ιδιωτικό βίο (Μουσούρου, 1999). Πρόκειται για μια ιδιότυπη και πρωταρχική κοινωνική ομάδα, όπου τα μέλη που την συγκροτούν εμπλέκονται σε πεδία πολυάριθμων ψυχολογικών μορφών ζωής με έντονο συναισθηματικό φορτίο (Κρασανάκης, 1999).

Η οικογενειακή ομάδα, λοιπόν είναι η κοινωνική ομάδα στην οποία το άτομο ανήκει και βιώνει ψυχικές καταστάσεις που διαμορφώνονται στο χρόνο, ενώ η ίδια η οικογένεια παραμένει σταθερή. Είναι η ομάδα που λειτουργεί σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τα άτομα που απαρτίζουν μια οικογενειακή ομάδα βιώνουν ομαδικά καταστάσεις ψυχολογικού περιεχομένου και αναπτύσσουν μεταξύ τους στενές συναισθηματικές σχέσεις που λειτουργούν σε πολλαπλά επίπεδα. Μέσα στην οικογένεια τα μέλη βιώνουν όλη την κλίμακα των συναισθημάτων (Χουρδάκης 1992).

2.2 Οι λειτουργίες της οικογένειας

Μπορούν να συνοψισθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- **Αναπαραγωγική Λειτουργία:** Πρόκειται για την απαραίτητη λειτουργία εξασφάλισης της βιολογικής αναπαραγωγής της κοινωνίας. Χαρακτηριστικό στο σημείο αυτό είναι πως το γεγονός των βιολογικά διαφορετικών ρόλων των φύλων στην αναπαραγωγική λειτουργία, είναι καθοριστικό στον κοινωνικό προσδιορισμό των ρόλων τους στις άλλες λειτουργίες. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο παραδοσιακή είναι μία κοινωνία τόσο πιο καθοριστικός είναι ο βιολογικός ρόλος στον προσδιορισμό των κοινωνικών ρόλων (Τσαούσης, 1983).
- **Οικονομικές Λειτουργίες:** Οι οικονομικές λειτουργίες είναι αυτές που διαφοροποιούνται περισσότερο από όλες τις άλλες, ως αποτέλεσμα του κοινωνικό - οικονομικού εκσυγχρονισμού. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία οι λειτουργίες αυτές συνίστανται σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων όπου η κατανομή της εργασίας εξαρτάται από το φύλο και καθιστούν την οικογένεια συνολικά μια πλήρη οικονομική μονάδα, μια μονάδα δηλαδή παραγωγής και κατανάλωσης. Στις σύγχρονες όμως οικογένειες, η οικογένεια ως ομάδα είναι κατά κύριο λόγο μονάδα κατανάλωσης και όχι μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης, όπως στις παραδοσιακές κοινωνίες, με συνέπεια την έντονη διαφοροποίηση των ρόλων των φύλων (Stephenson, 1973).
- **Εκπαιδευτικές Λειτουργίες:** Πρόκειται για τις λειτουργίες εκείνες που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της πολιτισμικής παραγωγής της κοινωνίας, για την αναπαραγωγή δηλαδή της ίδιας της κοινωνίας. Στις παραδοσιακές κοινωνίες, οι λειτουργίες της εκπαίδευσης και της κοινωνικοποίησης δεν διαχωρίζονται, σε αντίθεση με τις σύγχρονες κοινωνίες, όπου η εκπαίδευση αποτελεί ευθύνη εξειδικευμένων θεσμών (Μουσούρου, 1989).
- **Ψυχολογικές Λειτουργίες:** Οι λειτουργίες αυτές συνίστανται κυρίως στην ικανοποίηση της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν τη στοργή των άλλων. Είναι θετικό από κάθε άποψη να αισθάνεται το κάθε μέλος ότι κάθε πράξη του τελικά αναφέρεται στην οικογένεια του και να ενισχύεται από την αίσθηση ότι ανήκει σε μια οικογένεια στην οποία προσφέρει τις δυνάμεις του, και από την οποία μπορεί να αναμένει ηθική και υλική συμπαράσταση. Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου η ταχύτητα των κοινωνικών μετασχηματισμών δημιουργεί ρευστότητα στις κοινωνικές σχέσεις και ανασφάλεια στα άτομα, οι σχετικές λειτουργίες έχουν αποκτήσει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία (Τσαούσης, 1984).

2.3 Η οικογένεια ως θεσμός κοινωνικοποίησης

Η οικογένεια είναι ο αρχαιότερος θεσμός και η πρωταρχική βιολογική, συναισθηματική και κοινωνική εμπειρία του ανθρώπου, που σημαδεύει ανεξίτηλα ολόκληρη τη ζωή του και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Η οικογένεια αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα σημαντικό θεσμό που χαρακτηρίζεται από διαχρονικότητα, εφόσον συνιστά τον πρωταρχικό φορέα κοινωνικοποίησης του ατόμου, παρά τις αλλαγές που έχει υποστεί τόσο στη δομή όσο και στους ρόλους που διαδραματίζουν τα μέλη της με το πέρασμα του χρόνου. Ο θεσμός της οικογένειας δέχτηκε πολλές μεταβολές τους τελευταίους τρεις αιώνες. Οι κυριότεροι συντελεστές των μεταβολών αυτών ήταν η άνοδος της αστικής τάξης και οι κοινωνικές συνθήκες που αναπτύχθηκαν στις βιομηχανικές πόλεις και τη σύγχρονη ηλεκτρονική εποχή.

Σύμφωνα με την Μουσούρου (1993) η οικογένεια ως κοινωνικός θεσμός είναι ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ κοινωνικά προσδιορισμένων ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων ατομικής ή ομαδικής δράσης. Ο θεσμός αυτός ως κοινωνικός χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και τυποποίηση. Επίσης, ο οικογενειακός θεσμός επιβάλλεται στα μέλη της κοινωνίας εξασφαλίζοντας σ' αυτά κοινωνική ένταξη και αποδοχή, επειδή λειτουργεί ως κύριο κανονιστικό πρότυπο, ενώ η παραγνώριση του θεσμού οδηγεί σε κοινωνική οριακότητα και σε απόρριψη. Γενικά αναγνωρίζεται ότι, όσο πιο παραδοσιακή μια κοινωνία είναι τόσο πιο άτεγκτη γίνεται στον προσδιορισμό των ρόλων και στην τήρηση των μεταξύ τους σχέσεων.

Ασφαλώς, η οικογένεια δεν είναι μία ομάδα ανθρώπων ίσων μεταξύ τους, αλλά εμπεριέχεται το στοιχείο της ιεραρχίας. Οι κοινωνικά σημαντικοί σκοποί του θεσμού της οικογένειας συνοψίζονται στην εξασφάλιση της συνέχειας της κοινωνίας και στην μεταβίβαση από τη μία γενιά στην άλλη του πολιτισμού. Αποτελεί δηλαδή, μέσο μεταβίβασης των κοινωνικών, προτύπων, κανόνων και αρχών, βοηθώντας το μέλος να κατανοήσει την έννοια του κοινωνικά αποδεκτού και μη αποδεκτού ώστε να καταφέρει να εναρμονιστεί με τις επιταγές του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο ανήκει. Μέσω των λειτουργιών της η οικογένεια προωθεί τόσο σημαντικούς για το άτομο και το σύνολο ρόλους και στόχους, ώστε ο θεσμός αυτός να εμφανίζεται σ' όλες τις κοινωνίες και σ' όλες τις εποχές.

2.4 Ο ρόλος της οικογένειας στην διαμόρφωση της προσωπικότητας

Ο πολιτισμός ολόκληρος δημιουργήθηκε και εξακολουθεί να υπάρχει για να καλύψει τις διάφορες ανάγκες των ατόμων και η οικογένεια ως υποσύστημα του πολιτισμού και θεσμός εξυπηρετεί με τις λειτουργίες της αυτό το σκοπό. Η οικογένεια είναι ένα σύστημα ικανοποίησης ταυτοχρόνως πολλών αναγκών του ανθρώπου, ενώ η αδυναμία να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές, δημιουργεί διάφορα ψυχοσωματικά και κοινωνικά προβλήματα.

Εξακολουθεί και στην σύγχρονη εποχή λοιπόν, να αναγνωρίζεται ως ο πρωταρχικός φορέας κοινωνικοποίησης και διαμόρφωσης της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ανήλικων μελών της.

Εντός των πλαισίων της οικογένειας δίδεται στο νέο μέλος η δυνατότητα να αναζητήσει πρότυπα στα πρόσωπα των ενηλίκων και να ταυτιστεί μαζί τους, διαδικασία που προοδευτικά θα το οδηγήσει στην απόκτηση ικανότητας για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Τέλος, η οικογένεια παρέχει ένα σύστημα αξιών και προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία αφομοιώνονται ασυνείδητα, καταλήγοντας στη συγκρότηση του μεγαλύτερου μέρους της προσωπικότητας.

Όμως, σταδιακά, στην πορεία ανάπτυξης του ατόμου παρεμβάλλονται και άλλοι κοινωνικοί φορείς και κοινωνικές δομές που συμβάλλουν στη διαμόρφωσή του, αφαιρώντας από την οικογένεια την απόλυτη κυριαρχία της θέσης που μέχρι πρότινος κατείχε στη διαδικασία αυτή. Ιδίως στην εφηβεία το γεγονός αυτό γίνεται εντονότερο, εφόσον ο έφηβος επιδιώκει να έρθει σε επαφή με νέα συστήματα αξιών, πρότυπα και αρχές, όντας σε περίοδο αμφισβήτησης και αναζήτησης της ταυτότητάς του. Ακόμα όμως, και την περίοδο αυτή, όπου οι οικογενειακές αξίες συνιστούν πεδίο σύγκρουσης, η οικογένεια δεν παύει να αποτελεί κεντρικό σημείο αναφοράς για τον έφηβο, αφού λειτουργεί ως ένα ασφαλές καταφύγιο που προσφέρει υποστήριξη.

2.5 Η Συμβολή της Οικογένειας στην Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου

Στην οικογένεια συνυφαίνονται για πρώτη φορά οι βιοψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Οι μέθοδοι ανατροφής ενός ατόμου, με λίγα λόγια οι σχέσεις που αναπτύσσονται στην οικογένεια και ιδιαίτερα ανάμεσα στη μάνα και το παιδί δείχνουν πως είναι υπεύθυνες για τις ανθρώπινες διαφορές, που δεν οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες. Οι τρόποι που το περιβάλλον της οικογένειας υιοθετεί για να μεγαλώσει ένα παιδί, είναι ποικίλοι και επηρεάζονται και από τους κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Οι τεχνικές ανατροφής που μια οικογένεια χρησιμοποιεί, πρέπει να συσχετισθούν και με άλλες μορφές της κοινωνικής δομής καθώς, τόσο η οικονομική όσο και η κοινωνική της λειτουργία καθορίζεται και ακολουθεί τις αλλαγές που υφίστανται όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί, ιδιαίτερα σε περιόδους μετασχηματισμού. Η σημερινή κοινωνία οφείλει να υπερασπίζεται την οικογένεια, διότι έχει ανάγκη να διατηρήσει το θεσμό αυτό, ο οποίος λειτουργεί σαν μια “κοινωνική μήτρα” όπως ονομάζεται, στην οποία μεταβιβάζονται και αναπαράγονται οι όψεις της επικρατούσας ιδεολογίας.

Ωστόσο, το ίδιο το σύστημα δημιουργεί προϋποθέσεις που δεν επιτρέπουν στην οικογένεια να επιβιώσει, με την έννοια ότι οδηγούν στην αμφισβήτηση του ρόλου της ή ακόμα απαιτούν την τροποποίηση ή ξεπέραςμα του θεσμού. Η οικογένεια όπως βιώνεται σήμερα, θέτει οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Την σπουδαιότερη όμως ιδεολογική διαμάχη, θα πρέπει να την αναζητήσουμε στο επίπεδο των σχέσεων της οικογένειας. Οι απότομες αλλαγές στον τρόπο ζωής, σε συνδυασμό με την εκβιομηχάνιση, την εργασία και των δύο γονέων εκτός σπιτιού, την αντικατάσταση των γονέων από το νηπιαγωγείο έως και την τηλεόραση και η σύγχρονη βαθιά οικονομική κρίση, δεν επιτρέπουν τη διατήρηση των παραδοσιακών τρόπων λειτουργίας και έχουν διασπάσει την οικογενειακή ενότητα. Στις σχέσεις λοιπόν εφήβου – γονέα, η προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία αποτελεί απειλή για την ισορροπία που είχε η οικογένεια μέχρι την περίοδο αυτή, όταν αρχίζουν οι διαδικασίες της ατομικοποίησης του εφήβου.

2.6 Σχέσεις γονέων-εφήβων

Οι γονείς κατά την περίοδο της εφηβικής αναστάτωσης νιώθουν προδομένοι, καθώς αισθάνονται ότι αν και έχουν κάνει ό,τι μπορούν για να βοηθήσουν το παιδί τους και έχουν προσφέρει περισσότερο σε αυτό από ό,τι οι ίδιοι είχαν λάβει από τους δικούς τους γονείς, αντιμετωπίζουν την αμφισβήτηση και την απόρριψη του. Συχνά οι γονείς αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο της κατάστασης και θεωρούν ότι οι συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις του παιδιού τους δεν είναι παρά η αρχή μιας αρνητικής εξέλιξης, την οποία πρέπει να αποτρέψουν με κάθε τρόπο. Η αντίληψη αυτή προκαλεί γονικές συμπεριφορές που επιδεινώνουν το αδιέξοδο, γιατί μεγαλώνουν το χάσμα μεταξύ εφήβου και των γονέων του και δρουν ανασταλτικά στην ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη.

Για παράδειγμα, οι γονείς μπορεί να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν την ανυπακοή ή την επαναστατική συμπεριφορά του εφήβου χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα, όπως η υπερπροστατευτική, η επικριτική, η αυταρχική, η τιμωρητέα, η αυστηρή ή η υπερβολικά υποχωρητική στάση.

Άλλες φορές προσπαθούν να κερδίσουν τη συνεργασία του εφήβου μέσα από μια εναλλαγή υπέρμετρα αυστηρής και επιτρεπτικής συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα τα όρια, οι ρόλοι και οι κανόνες να μην είναι ευδιάκριτα, σταθερά και κατάλληλα. Οι γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με τον έλεγχο επιβάλλουν περιορισμούς, είναι υπερπροστατευτικοί, κτητικοί ή υποχωρητικοί προς το παιδί, συνδυάζουν την απόρριψη με την παραχωρητικότητα είναι απόμακροι, αδιάφοροι, συμπεριφέρονται με περιφρόνηση ή εχθρικότητα προς τα παιδιά τους. Οι υπερπροστατευτικοί γονείς παρουσιάζουν συχνά εναλλαγές στην συμπεριφορά τους. Άλλοτε, έχουν την τάση να κυριαρχούν στα παιδιά τους και άλλοτε, να υποτάσσονται σε αυτά. Αν οι γονείς απορρίπτουν το παιδί τους, τότε μπορεί η ψυχολογική ανεξαρτησία των παιδιών αυτών να βρίσκεται σε κίνδυνο.

Για μερικούς εφήβους απόρριψη σημαίνει παραμέληση, χωρίς ίχνος συναισθήματος και αδιαφορία ή αναμφισβήτητη εχθρότητα εκ μέρους των γονέων, αλλά μπορεί επίσης η συναισθηματική απόρριψη να μην είναι τόσο εμφανής αλλά οι έφηβοι φτάνουν να πιστέψουν ότι δεν αξίζουν, ότι η ίδια η ύπαρξή τους κάνει τους γονείς τους δυστυχείς.

Ένας απορριπτικός γονέας ίσως να μην αγνοεί μόνο την ανάγκη του παιδιού του για καθοδήγηση αλλά και να τιμωρεί εκδηλώσεις αυτής της ανάγκης. Πιστεύεται ότι, αν οι νέοι αποθαρρύνονται από την ανεξάρτητη δράση, την εξερεύνηση και τον πειραματισμό, αναπτύσσουν φοβίες, αδεξιότητες και έλλειψη αυθορμητισμού.

Τα παιδιά κυρίαρχων γονέων έχουν συχνά έλλειψη αυτοπεποίθησης και στερούνται της ικανότητας να αντιμετωπίζουν ρεαλιστικά τα προβλήματά τους, αργότερα μπορεί να αποτύχουν ή να αργήσουν να αποδεχθούν τις ευθύνες του ενήλικου. Έχουν την τάση να αποσύρονται από καταστάσεις που θεωρούν δύσκολες και συχνά, εξελίσσονται σε άτομα που αργότερα θα συστήσουν το μεγαλύτερο μέρος εκείνου του ενήλικου πληθυσμού που ψυχολογικά δεν φεύγει ποτέ από το σπίτι και, τις περισσότερες φορές, δεν τολμά να φεύγει και στην πραγματικότητα.

Οι γονείς που συνδυάζουν την αγάπη με την παραχωρητικότητα χαρακτηρίζονται από μια στάση αποδοχής προς το παιδί, συνεργατικότητα και δημοκρατικότητα. Οι παραχωρητικοί γονείς - και αυτό δεν σημαίνει γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους και δεν ενδιαφέρονται για τίποτα - προσπαθούν να μην είναι τιμωρητικοί, καλλιεργώντας μια στάση αποδοχής και κατανόησης απέναντι στις ορμές, τις επιθυμίες και τις ενέργειες των παιδιών τους, συσκέπτονται μαζί τους για να αποφασίσουν τι είναι πιο φρόνιμο να γίνει και δίνουν ερμηνείες για τους οικογενειακούς

κανόνες, επιτρέπουν στους νέους να ρυθμίζουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις προσωπικές τους δραστηριότητες και αποφεύγουν την υπερβολική άσκηση ελέγχου και δεν ενθαρρύνουν τη συμμόρφωση με εξωτερικά πρότυπα (Herbert, 1996). Αυτοί οι έφηβοι αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της ζωής με ψυχραιμία, μεθοδικότητα και ωριμότητα.

Τέλος, δεν θα πρέπει να ξεχνά κανείς ότι δεν είναι δυνατόν να αποφεύγει τις διαφωνίες σχετικά με κανόνες, κατά τη διάρκεια της εφηβικής τάσης για ανεξαρτητοποίηση.

2.7 Το σχολείο ως θεσμός κοινωνικοποίησης

Το σχολείο θεωρείται επίσης σημαντικός θεσμός κοινωνικοποίησης ο οποίος έχει την αποκλειστική ευθύνη για τη μετάδοση και την επίσημη βεβαίωση της γνώσης (Φραγκουδάκη, 1985). Κάθε κοινωνία, για να συνεχίσει να υπάρχει, χρειάζεται κάποια βασική ομοιότητα σκέψης, αξιών και κανόνων ανάμεσα στα μέλη της. Απαιτεί επίσης κάποια εξειδίκευση, γιατί ο καταμερισμός τα εργασίας είναι απαραίτητος για να διατηρηθεί η κοινωνία.

Η λειτουργία της εκπαίδευσης είναι η συντήρηση και η εξέλιξη της κοινωνίας(Blackledge – Hunt, 1995). Μέσω των λειτουργιών του σχολείου και της εκπαίδευσης επιτυγχάνεται η μεταβίβαση της πολιτικής και της πολιτισμικής κουλτούρας από γενιά σε γενιά, η μετάδοση των αξιών και των προτύπων και η διατήρηση των κοινωνικών δομών (Κυρίδης, 1996). Σύμφωνα με τον Bourdieu (Μυλωνάς, 1998) η εκπαίδευση οφείλει να αναπτύσσει την ικανότητα της κριτικής σκέψης των μαθητών και τη διάθεση τους προς απόκτηση της νέας γνώσης.

Επιπλέον, η συστηματική λειτουργία του σχολείου αναγνωρίζεται ως μέσο τυπικής κοινωνικοποίησης. Μέσα από το σχολείο οι μαθητές έρχονται σε επαφή με τις σχέσεις που επικρατούν και χαρακτηρίζουν τον εργασιακό χώρο, εφόσον το σχολείο και η σχολική τάξη αντικατοπτρίζουν το κοινωνικό σύστημα.

Τέλος, μέσω της σχολικής κοινωνικοποίησης όπου περιλαμβάνεται η αλληλεπίδραση με τους συμμαθητές και εκπαιδευτικούς, ο έφηβος χειραφετείται και οδηγείται στη δημιουργία μίας σταθερής προσωπικής ταυτότητας (Καζάζη, 1993).

2.8 Η αλληλεπίδραση μεταξύ σχολείου και οικογένειας

Η οικογένεια και το σχολείο θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες αγωγής και κοινωνικοποίησης καθ' όλη την πορεία της ζωής του ανηλίκου, σε ότι αφορά την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του. Οι δύο αυτοί θεσμοί παρ' όλο που επιδρούν με διαφορετικό τρόπο στον ανήλικο και λειτουργούν σε διαφορετικά πλαίσια, συχνά εμφανίζονται να βρίσκονται σε άμεση

σχέση μεταξύ τους. Η οικογένεια και το σχολείο αποτελούν δύο από τα πιο βασικά συστήματα αναφοράς στην προσωπική ανάπτυξη του ανθρώπου.

Η Dowling αναφέρει ότι υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία μεταξύ της οικογένειας και του σχολείου, όπως η ιεραρχική οργάνωση, οι κανόνες, η κουλτούρα και τα συστήματα πεποιθήσεων. Ο Κωνσταντινίδης (1997) υποστηρίζει ότι οι γονείς αποδίδουν διπλό ρόλο στο σχολείο, εκείνον της εκπαίδευσης και εκείνον της καταξίωσης των παιδιών. Θεωρούν δηλαδή το σχολείο ως το αρμόδιο πλαίσιο για τη μετάδοση γνώσεων και για την διανοητική ανάπτυξη των παιδιών. Επίσης, θεωρούν ότι συνιστά ένα προστατευτικό πλαίσιο όπου αναπτύσσονται οι προϋποθέσεις για την μετέπειτα καταξίωση και την κοινωνική εξέλιξη των παιδιών τους. Η θέση λοιπόν των εφήβων στο σχολικό περιβάλλον και ο τρόπος που το αντιμετωπίζουν προσδιορίζεται από τις αρχές και τις αξίες της οικογένειας τους.

2.9 Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παράγοντας κινδύνου για κακοποίηση εφήβων από γονείς.

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι εν δυνάμει βίαιοι. Ενεργοποιούν αυτή τους την ιδιότητα, όταν για παράδειγμα, εμποδίζονται να ικανοποιήσουν μιας ζωτικής για αυτούς σημασίας ανάγκη. Δεν υπάρχουν βίαιοι άνθρωποι, κάποιοι όμως γίνονται κάτω από ορισμένες συνθήκες, οι οποίες δημιουργούνται από την αλληλεπίδρασή τους με το περιβάλλον (Τσαλίκου, 1989). Η βία στις σύγχρονες κοινωνίες είναι ένα φαινόμενο που συνδέεται με την ανισότητα, αποξένωση, τις διακρίσεις, τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την κρίση στις οικογενειακές σχέσεις, το άγχος, τις συγκρουόμενες αξίες και τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα που εμφανίζονται κατά καιρούς.

Η σημασία των έξω – οικογενειακών παραγόντων αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Είναι γεγονός ότι η εφηβική σωματική κακοποίηση εκδηλώνεται συχνότερα σε οικογένειες χαμηλού μορφωτικού – οικονομικού επιπέδου. Οι οικονομικές αντιξοότητες (π.χ. ανεργία, στέρηση υλικών αγαθών) και οι περιορισμένες παροχές και πηγές στήριξης αυξάνουν σημαντικά το στρες και μειώνουν την αντοχή του γονέα στις αναμενόμενες πιέσεις από το έφηβο και την ανατροφή του. Ακόμα, οι στάσεις της ευρύτερης κοινωνίας και της τοπικής κοινότητας μπορεί να λειτουργήσουν διευκολυντικά στην εκδήλωση της κακοποίησης. Το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας των εφήβων σε δείγμα μελέτης του ΕΨΥΠΕ συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ύπαρξη βίαιων συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια με ποσοστό 54%. Στην οικογένεια επιπλέον ποσοστό 6-9% δέχεται κλωτσιές, χτύπημα με βέργα, δυνατά τσιμπήματα και πέταγμα αντικειμένων.

Το κλείδωμα, πνίξιμο αλλά και η απειλή με μαχαίρι ανερχόταν στο 3%. Τα ποσοστά των εφήβων που έχουν υποστεί σεξουαλική βία ή κακοποίηση μία ή περισσότερες φορές από μέλη της οικογένειας τους ανερχόταν στο 2-2.5%.

Στην άσκηση ψυχολογικής βίας από τους γονείς προς τους εφήβους, διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των πατεράδων που ακούν ψυχολογική βία είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο μεταξύ αυτών που έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλό. Η σημερινή αποδιοργάνωση και η δυσλειτουργικότητα της οικογένειας εκθέτει τα παιδιά/έφηβους σε μεγαλύτερα ποσοστά βίας εναντίον τους (διαζύγιο, διάσταση, θάνατος γονιού και νέος γάμος γονιών). Οι έρευνες δείχνουν ότι από εφήβους που είναι μάρτυρες βίαιων επεισοδίων μεταξύ των γονιών τους, ένα 30% περίπου πέφτει θύμα σωματικής κακοποίησης. Τα αποτελέσματα της έκθεσης των εφήβων σε αυτές τις αρνητικές συνθήκες είναι η εμφάνιση ενδογενών (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, απομόνωση) ή και εξωγενών διαταραχών (επιθετικότητα, παραβατικότητα) (Chamberland et. al. στο Bourassa 2007).

Επίσης, κοινωνικά πρότυπα βίας, εξουσίας, ανδρικής κυριαρχίας, συνοδευόμενα από φαινόμενα κοινωνικής απομόνωσης, σύγχυσης και ακύρωσης ρόλων και προσδοκιών στη σεξουαλική συμπεριφορά, μπλέκονται και δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών και εφήβων. Η ζωή λοιπόν είναι βίαιη σε μια δυστυχημένη και δυσλειτουργική οικογένεια, στην οποία παρατηρούνται σημαντικά οικονομικά προβλήματα, προβλήματα στέγης και σχέσεων μεταξύ γονέων. Έτσι, το παιδί που κακοποιείται, εκδηλώνει συναισθηματικές δυσκολίες, αντιδράσεις και συμπεριφορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1 Ορισμός

Η έννοια της κρίσης, ως πολυδιάστατη, έχει αποδοθεί ποικιλοτρόπως, ακόμη και από απλούς ανθρώπους για να περιγράψουν με μια λέξη ότι αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο πρόβλημα, ότι διανύουν μια περίοδο ανωμαλίας και αντικανονικότητας ή βρίσκονται σε κρίσιμη φάση. Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη κρίση προέρχεται από το ρήμα κρίνω θέλοντας να χαρακτηρίσει μια μη κανονική κατάσταση. Μια κατάσταση κρίσιμη, δύσκολη, επικίνδυνη. Συγκεκριμένα, κρίση είναι μια εκτροπή από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να προσλάβει διαβαθμίσεις αντικανονικότητας από μια κατάσταση απλής διαταραχής μέχρι την κατάσταση μη ελεγχόμενων εκρηκτικών γεγονότων και την κατάσταση του χάους και του πανικού. Συνεπώς, μια κρίση εμπεριέχει μια απειλή σχετικά με τους πόρους και τους ανθρώπους, την απώλεια του ελέγχου και ορατές ή άορατες συνέπειες στους ανθρώπους, τους πόρους και τους οργανισμούς (Παναγιωράκης, 2001).

Οι οικονομικές κρίσεις κυρίως χαρακτηρίζονται από:

- έλλειψη ρευστότητας στις καθημερινές συναλλαγές
- αδυναμία πληρωμής οικονομικών υποχρεώσεων
- αύξηση ανεργίας λόγω χαμηλής κατανάλωσης και αγοραστικής δύναμης
- και αρνητική ψυχολογία, ως γενεσιουργό αιτία διακράτησης πόρων που σε άλλη εποχή θα διοχετεύονταν για επενδύσεις ή αγορές

Μία κρίση μπορεί να αποτελείται από τέσσερα διαφορετικά και διακριτά στάδια. Ο συνήθης κύκλος ζωής μιας κρίσης ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

- στάδιο διαμόρφωσης της κατάστασης ή πρόδρομων συμπτωμάτων (Prodromal crisis stage)
- στάδιο εκδήλωσης-κορύφωσης της κρίσης (acute crisis stage),
- στάδιο των επιπτώσεων (Chronic crisis stage) και
- στάδιο επίλυσης - ομαλοποίησης (crisis resolution stage).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που τώρα εξελίσσεται δημιουργεί νέες καταστάσεις σε εκατομμύρια ανθρώπους με δυσάρεστες για την ποιότητα ζωής τους συνέπειες (Maniatis and Passas, 2012).

3.2 Τα Αίτια της οικονομικής κρίσης

Οι κυριότερες αιτίες που προκάλεσαν την εμφάνιση και ανάπτυξη της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι οι εξής:

- Υπερβολική χρήση δανειακών Κεφαλαίων (Leverage).
- Πλημμελής διαβάθμιση πιστοληπτικού κινδύνου (Bond Ratings).
- Αμοιβές στελεχών στον χρηματοπιστωτικό τομέα (Bonus).
- Κίνητρα για αλόγιστη χορήγηση στεγαστικών δανείων, ανεξάρτητα από τον πιστοληπτικό κίνδυνο των δανειοληπτών
- Στεγαστικά δάνεια για αγορά κατοικίας χωρίς συμμετοχή δανειολήπτη
- Η τιλοποίηση των στεγαστικών δανείων με την εισαγωγή παράγωγων επενδυτικών προϊόντων
- Η κατάρρευση της κτηματομεσιτικής αγοράς
- Η απελευθέρωση των αγορών, χωρίς ανάλογο κανονιστικό πλαίσιο
- Η χρηματοδότηση επιχειρήσεων και νοικοκυριών από δανειακά κεφάλαια σε μεγάλα ποσοστά
- Η ελλιπής διαβάθμιση των προϊόντων από τους διεθνούς οίκους αξιολόγησης
- Το χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο πλαισίωσης των αγορών
- Οι λανθασμένες πολιτικές από τις κρατικές αρχές και τους διακρατικούς θεσμούς (Μανιάτης, 2010).

3.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Οι σημαντικότερες επιπτώσεις που είχε η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης είναι οι εξής :

- κρίση ρευστότητας καθώς μέσω της μη χορήγησης επαγγελματικών και καταναλωτικών δανείων, θα τεθεί πρόβλημα ρευστότητας στην αγορά και την κατανάλωση, στην ευκολία παροχής δανείων και στην αύξηση επιτοκίων
- βραχυπρόθεσμα μείωση επενδυτικής δραστηριότητας και περιορισμός καταναλωτικής πίστης
- μείωση παραγωγής
- μείωση κατανάλωσης

- μείωση εθνικού εισοδήματος
- μείωση του εμπορικού ισοζυγίου
- συνεπακόλουθη μείωση του κόστους και του πληθωρισμού
- πτώση στις τιμές των ακινήτων («Επιστημονικό marketing», Τεύχος 56).

3.4 Επιπτώσεις στην ελληνική οικονομία και κοινωνία

Οι βασικότερες επιπτώσεις, λοιπόν, της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ελληνική οικονομία και κοινωνία μπορούν να συνοψισθούν ως εξής : αυξημένη ανεργία, περιορισμός καταναλωτικής πίστης που οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσης, μείωση εξαγωγών και μετανάστευση νέων.

Ιδιαίτερα σημαντική επίπτωση είναι αυτή που αφορά την καταναλωτική συμπεριφορά των Νεοελλήνων. Κατά τη διάρκεια των κρίσεων παρατηρείται μια αλλαγή της συμπεριφοράς του καταναλωτή που είναι ήδη ορατή στην ελληνική κοινωνία - η μείωση των δαπανών για κατανάλωση, η επιλογή φθηνότερων προϊόντων καθώς και των υποκατάστατων τους, η «αποστροφή στις μάρκες». Οι κυριότεροι από τους λόγους που οδηγούν σε αυτή την αλλαγή είναι η οικονομική του αδυναμία και η προπαγάνδα που δέχεται από τα Μ.Μ.Ε, το άγχος, ο φόβος και η ανησυχία (Σφακιανάκης, 1998).

Η κοινωνική καταπίεση που συνδέεται με τα υπερκαταναλωτικά πρότυπα ζωής ενδέχεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και στη διαμόρφωση μια υγιούς ταυτότητας.

3.5 Οι επιπτώσεις της Ανεργίας

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν τις επιπτώσεις της ανεργίας, τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική υγεία. Μελέτες στη Βρετανία, κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν ποσοστό θνησιμότητας 25% μεγαλύτερο σε σχέση με τους εργαζόμενους ισοδύναμης κοινωνικοοικονομικής ομάδας. Επιπλέον, η διάρκεια της ανεργίας δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, αφού περιληφθούν παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, γάμος, εισόδημα και επαγγελματική τάξη. Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8^η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, όπως αναφέρει ο Τούντας (2004), σε ότι αφορά στη ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών. Σύμφωνα με τη θεωρία της Βρετανής κοινωνικής

ψυχολόγου Jahonda (1982), η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρόνου οργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων. Περιορισμένοι πόροι επίσης, μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Πρόσφατη εκτενής έρευνα διαπίστωσε στενή σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και σε μια σειρά επιβλαβών συνηθειών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά αρκετά υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για παράδειγμα, στους άνεργους βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη αύξηση σωματικού βάρους, χρήση καπνού και αλκοόλ, καθώς και κακής διατροφής, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.

Άλλες έρευνες βρήκαν ότι τα υψηλά επίπεδα ανεργίας συνοδεύονται από μεγαλύτερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών, ψυχοσωματικών διαταραχών, και αυτοκτονιών. Η ανάλυση των Paul & Moser έδειξε ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (34% έναντι 16%), παρουσιάζοντας μεικτά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Παράγοντας που φαίνεται να μεγεθύνει τον αντίκτυπο της ανεργίας στην ψυχική υγεία είναι η φύση της εργασίας και το επίπεδο εξειδίκευσης. Για παράδειγμα, άτομα με χειρωνακτική εργασία δείχνουν να βιώνουν μεγαλύτερη δυσφορία σε σχέση με τους υπαλλήλους. Άλλος παράγοντας είναι η διάρκεια της ανεργίας, αφού έχει βρεθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι αυτή τόσο πιο δυσμενείς οι επιπτώσεις που παρουσιάζονται. Επίσης, η διαβίωση σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση κατανομή εισοδήματος ή αδύναμα προγράμματα προστασίας κατά της ανεργίας, δείχνει να αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ψυχολογικής επιβάρυνσης. Στην ίδια πλευρά της αμφισβήτησης της απόλυτης και ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με τη πτωχή υγεία βρίσκεται η έρευνα των (Edward R. Berchick, William T. Gallo, Vida Maralani and Stanislav V. Kasl, 2012) στα πορίσματα της οποίας φαίνεται ότι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζονται με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας (η παρουσία υψηλού αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία έχει πιεστικά και καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμη και στους εργαζόμενους που νιώθουν ότι βρίσκονται υπό την απειλή απώλειας της εργασίας τους).

Μια οικονομική κρίση προκαλεί ψυχολογική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Το οικονομικό αυτό στρες περιλαμβάνει τις πλευρές της οικονομικής ζωής που λειτουργούν ως δυνητικά στρεσογόνα ερεθίσματα για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους

και αποτελούνται τόσο από υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά συστατικά. Τα στρεσογόνα αυτά ερεθίσματα αφορούν σε δύο βασικές παραμέτρους, στην εργασιακή κατάσταση και το ατομικό εισόδημα. Για παράδειγμα, η παράμετρος «εργασιακή κατάσταση» αφορά τόσο στην ανεργία, που είναι αντικειμενικό στρεσογόνο ερέθισμα, όσο και στην εργασιακή ανασφάλεια που είναι υποκειμενικό.

Παρομοίως, η παράμετρος «ατομικό εισόδημα», αφορά τόσο στην οικονομική ανέχεια που είναι η αντικειμενική ανικανότητα πλήρωσης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, όσο και στην οικονομική πίεση που αφορά στην υποκειμενική αίσθηση ανεπάρκειας του εισοδήματος.

Έτσι εξηγείται γιατί σε μια κοινωνία με οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι φτωχοί και οι άνεργοι αλλά το άγχος και η δυσφορία επηρεάζουν και το υπόλοιπο, οικονομικά ισχυρότερο κομμάτι του πληθυσμού.

Σε ατομικό επίπεδο, αξίζει να εξετάζονται τα αντικειμενικά στρεσογόνα ερεθίσματα όπως ανεργία, εισόδημα νοικοκυριού, αριθμός μελών οικογένειας, χρέος, ατομικές διαφορές στη διαχείριση των χρημάτων, όπως τάσεις εξοικονόμησης χρημάτων ή συσσώρευσης χρεών, καθώς και οι οικονομικές γνώσεις και ικανότητες. Η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους και τις γυναίκες. Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η υποστήριξη στο χώρο εργασίας από ανώτερους αλλά και συνεργάτες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το οικονομικό στρες. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως νεύρωση ή χαμηλή ανοχή στη ματαιώση, τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγχου των καταστάσεων και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας.

Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι οι εργαζόμενοι στο Δημόσιο Φορέα παρουσιάζουν λιγότερη εργασιακή ανασφάλεια, ενώ οι εργαζόμενοι σε παρακμάζουσες επιχειρήσεις είναι πιο ευάλωτοι. Επίσης, το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις όπως άδειες άνευ αποδοχών και οι αποζημιώσεις δρουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

Τα ευρήματα από τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ανεργία και την ψυχική νόσο παρουσιάζουν μεγαλύτερη ομοιογένεια. Συγκεκριμένα, η απώλεια εργασίας έχει βρεθεί να συνδέεται με καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, κατάχρηση αλκοόλ, αυτοκτονικότητα

και αντικοινωνική συμπεριφορά. Ωστόσο, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που απαιτεί ενδελεχή διερεύνηση των μηχανισμών που την απαρτίζουν. Στην Ελλάδα, αν και υπάρχουν ανασκοπήσεις με αντικείμενο την οικονομική κρίση και την υγεία γενικά και την ψυχική υγεία ειδικότερα περιορισμένος είναι ο αριθμός ερευνητικών εργασιών στο θέμα.

Σε επιδημιολογική συγχρονική μελέτη που συνέκρινε τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα το 2008 και το 2009, παρατηρήθηκε αύξηση της μηνιαίας επικράτησης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009, καθώς και θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προσωπική οικονομική δυσχέρεια και τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης.

3.6 Οι επιπτώσεις στην οικογένεια

Αναπόφευκτα το κλίμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα αντανακλάται και μέσα στην οικογένεια, την επηρεάζει και τη διαταράσσει και μάλιστα σε μια περίοδο κατά την οποία η οικογένεια μετασηματίζεται και επαναπροσδιορίζεται διαρκώς σε ένα κόσμο σε μετάβαση. Η κρίση αυτή είναι πολύ πιο δύσκολα διαχειρίσιμη μέσα στις οικογένειες γιατί τα μέλη της βρίσκονται αντιμέτωπα με μια πραγματικότητα πολύπλοκη και πολυδιάστατη η οποία επιβάλλεται από έξω και δεν παράγεται ενδοοικογενειακά. Επιπλέον, πρόκειται για κρίση την οποία δεν μπορούν να κατανοήσουν πλήρως σε όλες τις διαστάσεις της και έτσι αισθάνονται όλο και πιο ανήμπορα να ανταποκριθούν γενικότερα στις απαιτήσεις αυτών των αλλαγών.

Στο οικογενειακό περιβάλλον η ανικανότητα διαχείρισης συγκρούσεων, η ανεπάρκεια εκπλήρωσης του γονεϊκού ρόλου που οδηγεί σε συναισθηματική αποστέρηση, η ανεπαρκής επίβλεψη και πειθαρχία, καθώς και η επικράτηση προτύπων ανάρμοστης συμπεριφοράς μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας σε ορισμένα άτομα. Η ανατροφή σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου συνυπάρχουν πολλές γενιές – η μακροχρόνια διαβίωση των νέων κάτω από τη γονεϊκή στέγη είναι αποτέλεσμα της κρίσης - και όπου επικρατεί η υπερεμπλοκή και η αποτυχία εξατομίκευσης, σχετίζεται με τη διχτομική σκέψη ή με συμπεριφορά διάσπασης της συνοχής της ομάδας, τα οποία (splitting) παρατηρούνται σε ορισμένα άτομα με διάγνωση μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας.

Η χρηματοοικονομική πίεση που ασκείται στα νοικοκυριά είναι ουσιαστικά το χάσμα μεταξύ εισοδημάτων και των βασικών αναγκών του νοικοκυριού, το οποίο συνεχώς διευρύνεται από την ακρίβεια και την κερδοσκοπία (Μαστρογιαννάκης, 2010). Το έλλειμμα αυτό δεν καλύπτεται από

πραγματικά εισοδήματα ή άλλες εισοδηματικές ενισχύσεις αλλά συνήθως καλύπτεται με τραπεζικό δανεισμό, ο οποίος οδηγεί ουσιαστικά τα νοικοκυριά σε επιβίωση με δανεικά. Αυτό υπονοεί την ικανότητα εξυπηρέτησης του δανειακού χρέους που όμως στην Ελλάδα της κρίσης δεν είναι εξασφαλισμένη. Η παγκόσμια και κατά συνέπεια η ελληνική κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλη οικονομική κρίση με δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, καθώς η μείωση αλλά και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια.

3.7 Επιπτώσεις στην Υγεία των πολιτών

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργαζομένων βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας (Ferrie et al. 2002) και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους. Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20%, σχετιζόμενης κατά κύριο λόγο με καρδιαγγειακά αίτια και αυτοκτονίες (Τούντας, 2004). Ο Ferrie et al. (2002) διενήργησε έρευνα σε 931 γυναίκες και 2429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψε την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας, κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις - ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της.

Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας των Stuckler et al.(2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45%

των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεντάσσουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Από την άλλη πλευρά εξετάστηκε η συσχέτιση οικονομικής ανάπτυξης και οικονομικής ύφεσης με την υγεία προκύπτει ότι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα παρουσίασαν μόνο οι αυτοκτονίες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ανάμεσα στις δέκα αιτίες θανάτου. Επίσης περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτώχη διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Valkonen & Martikainen, 1995).

Η ζωή και η προσωπικότητα λοιπόν, του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η οικονομική δυσπραγία αυξάνει τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Δύο από τις κύριες διαστάσεις της οικονομικής κρίσης που φαίνεται πως φέρουν επίπτωση στην ψυχική υγεία είναι η μείωση του εισοδήματος από τη μία και η αύξηση της ανεργίας από την άλλη, με ετερόκλητα όμως ευρήματα που εντοπίζονται κυρίως στη σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και τις ψυχικές διαταραχές.

Πολλές μελέτες συγκλίνουν στην παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στη φτωχοποίηση και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Murphy & Athanasou, 1999). Η σημασία των ψυχικών και συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δεύτερες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001).

Οι Stuckler et al (2009) μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης, για το διάστημα 1970– 2006, τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές μπορεί να επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες και βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών.

Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser (2009) σχετικά με τις επιδράσεις της οικονομικής αδυναμίας στην ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%) σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και

των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή και το αίσθημα αυτοεκτίμησης (Paul – Moser 2009).

Η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, επηρεάζει αρνητικά τις ευκαιρίες αναψυχής και γενικά τις δραστηριότητες που αυξάνουν την ικανοποίηση του ατόμου. Η ικανοποίηση του ατόμου αυξάνεται όταν συμμετέχει σε τέτοιου είδους δραστηριότητες.

Στο πλαίσιο δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας εντάσσεται και η συμμετοχή σε πολιτισμικές δραστηριότητες που αποτελεί σημαντική πηγή της ποιότητας ζωής.

3.8 Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας

Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Οι περικοπές της τάξεως του 1 δις. ευρώ από τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων θα δυσκολέψουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση γιατί θα κληθούν να αντιμετωπίσουν ακόμη μεγαλύτερη ζήτηση, εφόσον η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες. έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

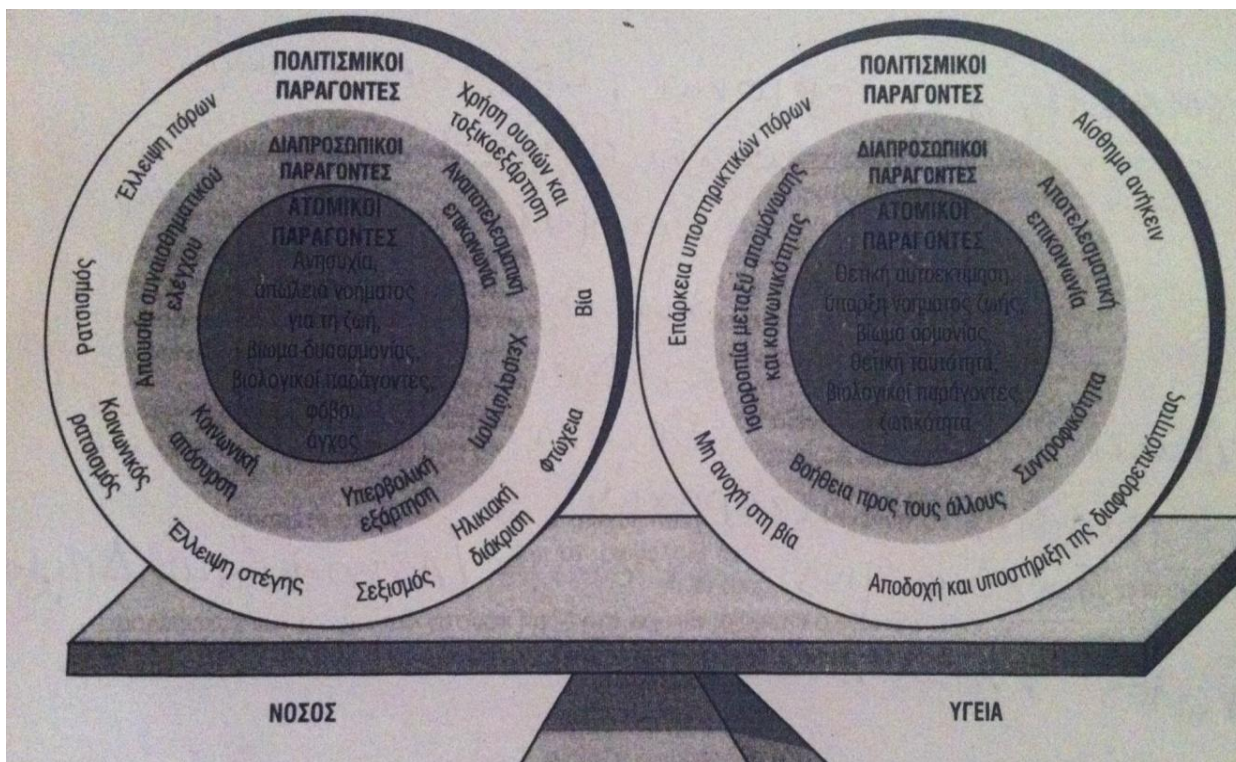
Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας. Έχουν λοιπόν, αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές – ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι ελληνικές κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008).

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Οι παράγοντες που επιδρούν στο συνεχές ψυχική υγεία- ψυχική νόσος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ

4.1 Ευαισθησία εφήβων – πίεση οικονομικής κρίσης

Όπως προαναφέρθηκε η εφηβική ηλικία, χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και αναζήτηση προτύπων και αυτοπροσδιορισμού. Το ασταθές κοινωνικό περιβάλλον επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία του εφήβου και σε πολλές περιπτώσεις γίνεται η αφορμή να εκδηλωθούν ψυχικά νοσήματα ή διαταραγμένη συμπεριφορά. Η οικονομική κρίση όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο αποδομεί κοινωνικούς θεσμούς και δομές. Απογυμνώνει αξίες και πρότυπα με αποτέλεσμα ο έφηβος να βρίσκεται στην δύνη ενός ρευστού - ανέλπιδου παρόντος και ενός αβέβαιου και απροσδιόριστου μέλλοντος.

4.2 Επιπτώσεις στο γενικό πληθυσμό των εφήβων

4.2.1 Κοινωνικός Αποκλεισμός – Απομόνωση

Οι οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες που δυσχεραίνουν την ποιότητα της ζωής πολλών ανθρώπων σήμερα αλλά και ορισμένα βιώματα μέσα στην οικογένεια εντείνουν στον έφηβο την αίσθηση κοινωνικού αποκλεισμού.

Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός καταγράφονται μέσα στο τρίπτυχο των τριών αξόνων:

- αναπαραγωγή των κοινωνικών ανισοτήτων
- αδυναμία άσκησης των κοινωνικών δικαιωμάτων
- διάρρηξη ή χαλάρωση του κοινωνικού δεσμού

Ο οικονομικός αποκλεισμός, η ανεπάρκεια των οικονομικών – βιοποριστικών πόρων, η έλλειψη απασχόλησης και γενικότερα κάθε μορφή έλλειψης κοινωνικού κεφαλαίου οδηγούν στην μοναξιά των ανθρώπων που αυξάνεται κατακόρυφα, κάτι το οποίο αυξάνει την ευαλωτότητα τους στην μελαγχολία και την απάθεια. Τα αισθήματα μειονεκτικότητας, τα βιώματα ψυχολογικής βίας, η βαθιά αίσθηση διαφορετικότητας, η αδυναμία να ανταποκριθεί στα προβαλλόμενα πρότυπα πάντα οδηγεί στην πίστη ότι «είμαι μόνος, κανείς δεν με καταλαβαίνει». Η φθορά και το άγχος της επιβίωσης λοιπόν εκτονώνονται με θυμό, με απόρριψη και με ευερεθιστότητα, είτε από την πλευρά του γονέα είτε από την πλευρά του εφήβου.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε και τη σημασία των γονεϊκών προτύπων, όπου και οι ίδιοι βιώνουν την ίδια κατάσταση, έτσι οι κοινωνικά απομονωμένοι, μοναχικοί ή καταθλιπτικοί γονείς χτίζουν αντίστοιχα μοτίβα συμπεριφοράς στα ευάλωτα παιδιά τους.

4.2.2 Φαινόμενο Εξάρτησης – Χρήση Ουσιών

Είναι γνωστό ότι παράγοντες χρήσης ουσιών είναι :

- **Ψυχολογικοί :** Οι έφηβοι οδηγούνται στις ναρκωτικές ουσίες όταν αδυνατούν να αντεπεξέλθουν σε ένα ψυχικό πόνο και σε δυσάρεστα συναισθήματα. Οι εσωτερικές οικογενειακές διαμάχες και η απομόνωση τον οδηγούν στην χρήση ουσιών ως μια διέξοδο από τον πόνο και το άγχος που νιώθει.
- **Κοινωνικοί :** η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, τα οικονομικά αδιέξοδα και ο κοινωνικός αποκλεισμός από τους συνομήλικους του
- **Ατομικοί :** οι κοινωνικές συνθήκες και η παρουσία προβλημάτων οδηγούν τον έφηβο σε συναισθηματική αστάθεια.

Αν και, στη φυσική και ψυχική υγεία φαίνεται να εμπεριέχονται τα ατομικά χαρακτηριστικά που μπορούν να αποτελούν τα ερείσματα που διευκολύνουν τον πειραματισμό με τα ναρκωτικά, οι ειδικοί επιστήμονες, τονίζουν ότι η επιδείνωση του σοβαρού προβλήματος των εξαρτήσεων είναι άμεσα συνδεδεμένο με την οικονομική κρίση. Οι εξαρτήσεις, οι προϋποθέσεις εξάπλωσής τους και έντασης του κοινωνικού αποκλεισμού των εξαρτημένων έχουν ενισχυθεί. Τα προσωπικά, οικογενειακά και κοινωνικά αδιέξοδα της κρίσης ενισχύουν τους παράγοντες κινδύνου για εξάπλωση της χρήσης, τόσο παράνομων όσο και νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών, ή άλλων μορφών εθισμού, όπως τα τυχερά παιχνίδια και η χρήση του διαδικτύου. Οι έφηβοι που βρίσκονται αντιμέτωποι με πρωτόγνωρα για αυτούς κοινωνικά δεδομένα είναι ακόμα πιο ευάλωτοι στους ψεύτικους παραδείσους.

Επιπλέον, η κρίση αναμένεται να επιβαρύνει την ψυχική και σωματική υγεία των χρηστών, να ενισχύσει την εξάρτηση και την παραβατική συμπεριφορά τους και να εντείνει την περιθωριοποίησή τους. Η απουσία θετικής προοπτικής μετά τη θεραπεία είναι πιθανόν να κάνει πιο δύσκολη την κινητοποίηση των χρηστών για αλλαγή τρόπου ζωής, οι υψηλοί δείκτες ανεργίας δυσχεραίνουν περαιτέρω την προσπάθεια εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των απεξαρτημένων,

ενώ η αβεβαιότητα και η έντονη πίεση μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα υποτροπής στη χρήση ή καταφυγής σε νόμιμες εξαρτήσεις, όπως το αλκοόλ, τα ψυχοφάρμακα και τα τυχερά παιχνίδια. Όταν ο χρήστης είναι στην εφηβική ηλικία τα αδιέξοδα αυτά δρουν πολλαπλασιαστικά και δυσκολεύουν ή ακυρώνουν την προσπάθεια απεξάρτησης και επανένταξης.

4.3 Επιπτώσεις σε εφήβους με προδιάθεση ψυχικής νόσου

Η προδιάθεση ψυχικής νόσου διαγιγνώσκεται όταν κάποια πρότυπα ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι ανελαστικά, επίμονα, δυσαπροσαρμοστικά και προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας ή υποκειμενική δυσφορία. Αντανακλούν πρότυπα εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει από τις εκάστοτε κοινωνικές νόρμες και πολιτισμικές προσδοκίες. Αναπτύσσονται πριν ή κατά τη διάρκεια της εφηβείας και διατηρούνται σε όλη τη ζωή. Στην συνέχεια αναλύονται σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται στην εφηβική ηλικία και που είναι πιο έντονα σε ασταθή, «χρεωκοπημένα» περιβάλλοντα (οικογενειακό – κοινωνικό). Η σημερινή οικονομική κρίση είναι γενεσιουργός αιτία τέτοιων αποδομητικών κοινωνικών καταστάσεων.

4.3.1 Διαταραχές προσωπικότητας

Οι διαταραχές της προσωπικότητας συνεπάγονται μάλλον προβλήματα στη διαβίωση, παρά κλινικά συμπτώματα. Τις περισσότερες φορές υπάρχει αλληλοεπικάλυψη, καθώς τα άτομα ενδέχεται να εμφανίζουν πρότυπα ή χαρακτηριστικά που συνδέονται με περισσότερες από μια διαταραχή προσωπικότητας. Η διαταραχή της προσωπικότητας εκδηλώνεται στα πρότυπα καθημερινής συμπεριφοράς και ελέγχου παρορμήσεων, στην συναισθηματική (ευμεταβλητότητα και την καταλληλότητα της συναισθηματικής ανταπόκρισης), στην γνωστική και κοινωνικό-πολιτισμική συμπεριφορά.

Ενδέχεται λοιπόν να συνυπάρχει με κλινικές διαταραχές όπως διαταραχές διάθεσης και ψυχωσικές διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-IV-TR. Οι πάσχοντες οργανώνονται σε τρεις διαγνωστικές ομάδες :

- Ομάδα Α τα άτομα χαρακτηρίζονται από περίεργη και εκκεντρική συμπεριφορά
- ομάδα Β τα άτομα με αυτές τις διαταραχές έχουν τάση προς την δραματοποίηση και

χαρακτηρίζονται από αιρετική συμπεριφορά

- ομάδα Γ τα άτομα με αυτές τις διαταραχές εμφανίζονται αγχώδη και φοβικά.

Ένας σημαντικός παράγοντας της διαταραχής προσωπικότητας αποτελεί το οικογενειακό περιβάλλον όπως επίσης και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες λόγω των συνεχών αλλαγών που παρατηρούνται στη δομή της σύγχρονης κοινωνίας και της οικογένειας (Μάνου, 1997).

4.3.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται ο φόβος, το στρες, ο πανικός και το άγχος.

Η φοβία θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι κάτι ενδιάμεσο μεταξύ φόβου και άγχους (Παρασκευόπουλος, 1988). Η αγχώδης αυτή διαταραχή μπορεί να χαρακτηριστεί από ένα έντονο, επίμονο και παράλογο φόβο για κάποιο αντικείμενο, χώρο ή κατάσταση που δεν μπορεί να υπερνικηθεί παρά μόνο αποφεύγοντας το φοβικό αντικείμενο. Όπως προαναφέρθηκε, το άτομο αυτό, αν χρειαστεί ή αναγκαστεί να αντιμετωπίσει το φοβικό αντικείμενο ή την κατάσταση που θεωρεί επικίνδυνη, καταλαμβάνεται από τρομερό άγχος, που συνοδεύεται από διάφορα νευροφυτικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, τρέμουλο, ταχυκαρδία (Χαρτοκόλλης, 1991). Μορφές της φοβίας είναι: απλή ή ειδική φοβία, κοινωνική φοβία και σχολική φοβία.

Το στρες είναι μια κατάσταση απουσίας ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων που προβάλλει μια κατάσταση και των ικανοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις αυτές. Η αντίδραση στρες, αλλά και τα συναισθήματα άγχους σχετίζονται με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται τους παράγοντες έντασης. Η αντίδραση στρες θεωρείται ως μια μη ειδική απάντηση του οργανισμού σε οποιαδήποτε κατάσταση απαίτησης. Εάν ο παράγον έντασης παραμένει, κάνει την εμφάνιση της η αντίδραση της φυγής, η οποία αποτελεί μια αυτόματη φυσιολογική αντίδραση σε καταστάσεις υψηλής έντασης.

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση κρίσεων πανικού, συνοδεύεται από έντονο φόβο. Οι λεπτομέρειες εξαφανίζονται από την προοπτική του ατόμου, η προσωπικότητα αποδιοργανώνεται και το άτομο αδυνατεί να λειτουργήσει. Επεισόδια έντονου άγχους και αυτονομικών εκδηλώσεων, τα οποία εκλύονται αυθόρμητα και αιφνίδια και διαρκούν συνήθως λιγότερο από μία ώρα. Τα έντονα συναισθήματα, που κατακλύζουν τον έφηβο, προκαλούν

επιστροφή του σε πρώιμες συμπεριφορές (παλινδρόμηση). Η απελπισία, η αδυναμία και η απόγνωση είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού. Συνοδεύονται από πόνο στο στήθος, αίσθημα πνιγμού, υπεραερισμό, ζάλη, αίσθημα παλμών, αίσθημα λιποθυμίας, τρόμο, εφίδρωση, παραισθησίες, εξάψεις ή ρίγη, ναυτία ή επιγαστρική δυσφορία, οξύ φόβο θανάτου, έντονο φόβο ότι τρελαίνονται ή ότι χάνουν τον έλεγχο (Hogan, 2011).

Ο παράγοντας έντασης (stressor) είναι ένα εσωτερικό ή εξωτερικό γεγονός ή μια κατάσταση που πυροδοτεί συνθήκες έντασης. Οι παράγοντες έντασης είναι έντονα γεγονότα, τα οποία προέρχονται από το εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον. Δεν προκαλεί ένταση - αντίδραση στρες ή άγχος, αλλά ο τρόπος που ο έφηβος αντιλαμβάνεται τον παράγοντα αυτό. Τα άτομα ωστόσο αξιολογούν τους παράγοντες έντασης με βάση την προηγούμενη εμπειρία τους, τις δεξιότητες αντιμετώπισης των συνομήλικων τους, τις κοινωνικές καταστάσεις και τους διαθέσιμους πόρους.

Η εξουθένωση (burnout) είναι μια κατάσταση πνευματικής, ψυχολογικής και σωματικής εξάντλησης. Είναι δυνατό να προκληθεί από έντονη και παρατεταμένη έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν στρες.

Το άγχος αποτελεί την ψυχολογική διάσταση της φοβίας (Herbet, 1994) και είναι ένα πολύ σύνθετο φαινόμενο, που εκδηλώνεται σε διάφορα επίπεδα, όπως το συναισθηματικό, το συμπεριφορικό και το φυσιολογικό. Είναι κάτι το υποκειμενικό και εμπειρικό, κάτι που ο έφηβος αισθάνεται (Cemen, 1989). Επίσης, το άγχος αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση, η οποία, όταν βιώνεται σε χαμηλή ένταση, λειτουργεί ως σήμα προειδοποίησης, προκειμένου να κινητοποιήσει το άτομο να αντιμετωπίσει επερχόμενες απειλές. Το άγχος έχει συναισθηματικές, νευροφυσιολογικές και γνωστικές διαστάσεις. Συνδέεται κυρίως με κοινωνικές καταστάσεις και περιλαμβάνει φόβους πιο "αφηρημένους" .

Ο έφηβος βιώνει το άγχος σαν ένα δυσάρεστο συναίσθημα ενός αόριστου, επικείμενου κινδύνου και το εκφράζει γενικά και απροσδιόριστα. Κατέχεται από αβάσιμες ανησυχίες. Η αλληλεπίδραση των βιολογικών παραγόντων με τους περιβαλλοντικούς συμβάλλουν στην εκδήλωση των αγχωδών διαταραχών. Η ποιότητα λοιπόν, των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των εφήβων και των γονέων φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση διαταραχών άγχους. Όταν οι σχέσεις των γονέων χαρακτηρίζονται από ένταση και ανασφάλεια, συμπτώματα που εντείνονται με την οικονομική κρίση (ανεργία, οικονομική δυσχέρεια, δανεισμός) τότε φυσικό είναι μια τέτοια ατμόσφαιρα να μεταδίδει μια εναγώνια αναμονή στον έφηβο (Ιεροδιακόνου, 1988). Έτσι ο έφηβος

γίνεται κομπλεξικός, μοναχικός, κλειστός και εσωστρεφείς. Προκαλείται διαταραχή και παρεμπόδιση της ελεύθερης, συγκινησιακής και συναισθηματικής εξέλιξής του.

Το άγχος εκδηλώνεται με :

- **σωματικές ενοχλήσεις:** πονοκέφαλος (κεφαλαλγία) είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα. Οφείλεται κυρίως σε σύσπαση των μυών του μετώπου και του αυχένα. Συγχρόνως, ο έφηβος μπορεί να παραπονιέται για 'ζάλη', ένα αίσθημα, δηλαδή, αστάθειας, που εκφράζεται με θόλωμα των ματιών και τάσεις λιποθυμίας (Ιεροδιακόνου, 1991). Ακόμα, παρατηρείται αύξηση των παλμών της καρδιάς και συνακόλουθα αύξηση της πίεσης του αίματος καθώς και αύξηση του ρυθμού αναπνοής. Κατά την ενεργοποίηση του άγχους είναι δυνατό να παρουσιαστούν μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, έκκριση κρύου ιδρώτα, διαστολή της κόρης των ματιών, αποδέσμευση σακχάρου στο συκώτι, διακοπή της πέψης, στέγνωμα του στόματος και συχνουρία (Cemen, 1989).
- **με τρόπους συμπεριφοράς, σκέψης και με ποικίλες ψυχολογικές διεργασίες:** νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση, διαταραχή ύπνου (Μπίμπου – Νάκου 2004). Στις συμπεριφορικές εκδηλώσεις του άγχους καταγράφονται το φάγωμα των νυχιών (ονυχοφαγία), το βημάτισμα πάνω-κάτω και το τρεμούλιασμα της φωνής. Άλλες συμπεριφορές τέτοιου είδους, πιθανότατα, μπορεί να είναι η ανήσυχη συμπεριφορά (νευρικές κινήσεις του σώματος, των χεριών ή των ποδιών), ο λυπημένος τόνος στη φωνή ή το σμίξιμο των φρυδιών (Cemen 1989).

4.3.3 Καταστάσεις Κρίσης

Είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με ένα στρεσογόνο παράγοντα , τον οποίο δεν μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά προκριμένου να επιλύσει το πρόβλημα του. Η αλλαγή ή η απώλεια απειλούν την ισορροπία του εφήβου. Η ισορροπία αφορά σε μια κατάσταση κατά την οποία οι ενυπάρχουσες αντιτιθέμενες δυνάμεις εξισορροποούνται. Το άγχος και η ένταση που προκαλεί η κατάσταση καθιστούν πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της. Η απελπισία και η αδυναμία προκαλούν αποδιοργάνωση του εφήβου, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να ενεργοποιήσει προηγούμενες εμπειρίες και προηγούμενους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση του επικείμενου προβλήματος. Η αντιμετώπιση ενός

προβλήματος συνιστάται στην συνειδητή προσπάθεια του ατόμου να διαχειριστεί το στρες και το άγχος. Η προσπάθεια αντιμετώπισης μπορεί να είναι σωματική, γνωστική ή συναισθηματική. Η απελπισία είναι μια υποκειμενική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο θεωρεί ότι διαθέτει περιορισμένες ή ανύπαρκτες εναλλακτικές ή προσωπικές επιλογές, και είναι ανίκανο να κινητοποιηθεί αυτόβουλα. Ενώ η αδυναμία είναι μια κατάσταση η οποία προκύπτει όταν ο έφηβος αντιλαμβάνεται ότι βρίσκεται υπό συνθήκες κατά τις οποίες εξαρτάται από εξωτερικούς παράγοντες προκειμένου να βρει στήριξη σε ζωτικούς τομείς της ζωής του. Το στρεσογόνο ερέθισμα ξεπερνά τη συνήθη εμπειρία του ατόμου. Οι προηγούμενοι μηχανισμοί αντιμετώπισης των προβλημάτων είναι στη συγκεκριμένη περίπτωση αναποτελεσματική (Hogan, 2011).

Προκαλείται ένταση, άγχος και γνωστική αποδιοργάνωση. Οι περιστασιακές κρίσεις αφορούν κάποιο εξωτερικό γεγονός, το οποίο διαταράσσει την ισορροπία του ατόμου και ταυτόχρονα απειλεί τη συνοχή μεταξύ συμπεριφοράς, αξιών και πεποιθήσεων του. Οι κοινωνικές κρίσεις αφορούν σε εξωτερικά γεγονότα, τα οποία είναι απρόβλεπτα και προκαλούν στο άτομο φόβο, σύγχυση, απώλεια συνοχής μεταξύ πεποιθήσεων, αξιών και συμπεριφοράς.

Η οικονομική κρίση που οδήγησε την ελληνική οικονομία και κοινωνία σε ποικίλα αδιέξοδα (αυξημένη ανεργία, περιορισμός καταναλωτικής πίστης που οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσης, μείωση εξαγωγών, μετανάστευση νέων) περιορίζει τις αντιστάσεις των εφήβων, τους απομονώνει και ενισχύει στρεσογόνες καταστάσεις κρίσεων πολύ περισσότερο όταν δεν υπάρχει διαθεσιμότητα ανθρώπινου υποστηρικτικού δικτύου.

4.3.4 Διαταραχές Διάθεσης

Διάθεση (mood) είναι η διάχυτη και συνεχής θυμική κατάσταση που αντανακλά την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο. Ο σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και εξωτερικά μέσω των συναισθημάτων. Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από έντονες εναλλαγές στην διάθεση του, οι οποίες κυμαίνονται από κατάθλιψη έως έντονη ευφορία. Το συναίσθημα λοιπόν αφορά τον τρόπο που εξωτερικεύεται η διάθεση. Οι άνθρωποι εκπέμπουν λεκτικά και εξωλεκτικά μηνύματα αναφορικά με τον τρόπο που αισθάνονται και την ποιότητα της διάθεσης τους κάθε στιγμή. Εκδηλώνουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους, μέσω της συμπεριφοράς τους. Όταν είτε η διάθεση είναι αμετάβλητη, είτε οι αλλαγές της τόσο έντονες ή διαταράσσουν το άτομο τότε πιθανόν πάσχει από διαταραχή της διάθεσης (Hogan, 2011).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), οι διαταραχές διάθεσης ή συναισθηματικές διαταραχές διαιρούνται στις εξής κατηγορίες: Δυσθυμική διαταραχή, Καταθλιπτική διαταραχή, Διπολικές διαταραχές και Κυκλοθυμική διαταραχή.

1. Δυσθυμική διαταραχή

Το άτομο έχει καταθλιπτική διάθεση, η οποία εναλλάσσεται με νορμοθυμική διάθεση. Χαρακτηρίζεται από απότομες εναλλαγές της διάθεσης, μεταξύ κατάθλιψης και υπερβολικής ευφορίας και αντίστροφα. Τα κριτήρια για την διάγνωση της είναι πια συγκεκριμένα. Χαρακτηρίζεται από επεισόδια μανίας και από ένα ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες επί 2 χρόνια τουλάχιστον.

Στην παθογένειά της εμπλέκονται βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Στους έφηβους παρατηρείται συνήθως ευερεθιστότητα παρά καταθλιπτική διάθεση. Κατά την διάρκεια των περιόδων καταθλιπτικής διάθεσης, παρατηρούνται δυο τουλάχιστον, επιπλέον συμπτώματα, μεταξύ των οποίων, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία, ή υπερβολική υπνηλία, απώλεια ενέργειας ή χαμηλή αυτοεκτίμηση και φτωχή συγκέντρωση της προσοχής ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και αισθήματα απελπισίας (Παπαγεωργίου, 2005).

Οι έφηβοι με Δυσθυμική διαταραχή είναι μελαγχολικοί, απαισιόδοξοι, δεν έχουν χιούμορ και δεν μπορούν να χαρούν, είναι απαθείς και ληθαργικοί, εσωστρεφείς, σκεπτικιστές, υπέρμετρα αυστηροί στις κρίσεις τους ή συνεχώς παραπονούμενοι, αυτοκριτικοί και πάντοτε με αυτοκατηγορίες. Βασανίζονται από ιδέες ανεπάρκειας, αποτυχίας και αρνητικών γεγονότων και μερικές φορές αισθάνονται παθολογική ευχαρίστηση με τις αποτυχίες τους (Hogan, 2011).

2. Κατάθλιψη

Η διάκριση μεταξύ της κατάθλιψης ως συμπτώματος και ως συνδρόμου, είναι σημαντική. Θλίψη, καταθλιπτικό συναίσθημα και γνωστικά σχήματα καταθλιπτικού περιεχομένου, βιώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι, σε κάποια στιγμή της ζωής. Πρόκειται για την φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση, στα πλαίσια των ανθρώπινων εμπειριών. Ωστόσο η έννοια της κατάθλιψης ως συνδρόμου δεν είναι συνώνυμη της θλίψης και χαρακτηρίζεται από συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθηματικό κενό, ανηδονία, καταθλιπτική συμπεριφορά, γνωστικά σχήματα και πεποιθήσεις με καταθλιπτικό περιεχόμενο (Harrington, 1993). Η ψυχική κατάσταση των πασχόντων χαρακτηρίζεται από πολλά είδη φόβων, εξάρτηση και έντονη ανάγκη να ξεχάσουν το πρόβλημα τους. Η κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να

επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων.

Οι πιο συχνοί παράγοντες κινδύνου που σηματοδοτούν την έναρξη της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης – καταθλιπτικοί γονείς χαρακτηρίζονται από εντονότερες συγκρούσεις, περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας, μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων, λιγότερη υποστήριξη προς τα μέλη της και υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης
- η αίσθηση εγκατάλειψης από το οικογενειακό περιβάλλον
- τα προβλήματα υγείας
- γεγονότα, όπως το διαζύγιο, η αποστέρηση, ο θάνατος, η αυτοκτονία μέσα στην οικογένεια (πατέρα ή μητέρα)
- τα οικονομικά προβλήματα.

Η διαταραχή της κατάθλιψης σχετίζεται με ψυχοπαιστικές καταστάσεις, ενώ επηρεάζονται σημαντικά η σχολική επίδοση και οι σχέσεις με τους άλλους. Είναι μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει το σώμα, το συναίσθημα και τη σκέψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα προβλήματα ταυτότητας η μειωμένη ανοχή στο στρες και η οικονομική δυσπραγία αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση των διαταραχών αυτών.

Ο έφηβος λοιπόν αδυνατεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ασχολίες και δραστηριότητες. Υπάρχουν αυξημένα περιστατικά αυτοκτονίας, χρήση ουσιών, περιοδική έξαρση των συμπτωμάτων και συνέχεια στην ενήλικη ζωή.

Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστικότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Τα συμπτώματα, τα οποία εκδηλώνονται με διαφορετική ένταση, είναι τα εξής:

- διαταραχές στην όρεξη (συνήθως απώλεια)
- διαταραχές στον ύπνο (λήθαργος και/ή αϋπνία)
- διαταραχές στο πεπτικό σύστημα (ευερέθιστο έντερο)
- απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης
- απώλεια σεξουαλικής διάθεσης
- απώλεια ενδιαφέροντος για τους άλλους
- απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή
- κρίσεις αναίτιου κλάματος

- ευερεθιστότητα
- εξάντληση, αδυναμία
- απελπισία, απόγνωση
- σύγχυση.

Άλλα συμπτώματα, όπως σκέψη με καταθλιπτικό περιεχόμενο, συναισθήματα κατωτερότητας, ιδέες αυτοκτονίας, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, απώλεια βάρους, διαταραχές πρόληψης τροφής παρατηρούνται συχνά. Οι σύνοδες ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν την εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής, κοινωνικής φοβίας επεισοδίων πανικού, ιδεο – ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και κατάχρηση ουσιών (Hogan, 2011).

Οι δυσλειτουργικές αυτόματες σκέψεις συμβάλλουν στην εκδήλωση των διαταραγμένων διατροφικών προτύπων. Προκειμένου λοιπόν, να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα οι έφηβοι μειώνουν δραματικά την ποσότητα τροφής και αυξάνουν την σωματική τους άσκηση με αποτέλεσμα να χάνουν βάρος, πάσχοντας από ψυχογενή ανορεξία. Παρόλα αυτά υπάρχουν και στάδια βουλιμίας, η ελαχίστη κατανάλωσης τροφής ακολουθείται από επεισόδια υπερφαγίας. Αντίθετα, δυσλειτουργικά πρότυπα διατροφής και συμπεριφορές υπερφαγίας οδηγούν στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Οι συμπεριφορές που συνδέονται με τη βουλιμία και την ανορεξία περιλαμβάνουν ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές. Φαίνεται μάλιστα ότι η επίδραση των φαγητών στην ψυχική διάθεση και συμπεριφορά, μπορεί να είναι άμεση αλλά και μακροχρόνια λόγω του τρόπου με τον οποίο επηρεάζονται η δομή και λειτουργία του εγκεφάλου (Hogan, 2011).

Σύγχρονες έρευνες δείχνουν αυξημένη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών σε οικογένειες εφήβων με διπολική διαταραχή, εύρημα που υπαινίσσεται γενετική βάση της νόσου, η οποία, λόγω της πρώιμης έναρξής της, αποτελεί εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD τοποθετούν την εικόνα της κατάθλιψης των νέων, πλησιέστερα προς την κλινική εικόνα των ενηλίκων, τονίζοντας κάποιες διαφορές. Ανάλογα με την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων, περιγράφονται δύο βασικές κλινικές εικόνες, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμία.

Η κλινική κατάθλιψη είναι πολύ διαφορετική από το αίσθημα κακής αίσθησης ή από τα αισθήματα λύπης ή πένθους. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου ούτε σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο που ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή με επεισοδιακό χαρακτήρα και διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας, χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση και απώλεια της ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες (ανηδονία) επί αρκετές εβδομάδες. Στους εφήβους παρατηρείται συνήθως, ευερεθιστότητα, παρά καταθλιπτική διάθεση. Και τα δυο ταξινομικά συστήματα αναγνωρίζουν ψυχωτικά και μη ψυχωτικά επεισόδια εκ των οποίων τα πρώτα είναι σπάνια πριν από τη μέση εφηβική ηλικία.

Η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στα πλαίσια της διπολικής διαταραχής, δηλαδή να αποτελεί μέρος της μικτής εικόνας της μανιοκατάθλιψης. Σήμερα είναι πλέον γνωστή η αυξημένη συχνότητα έναρξης της νόσου στην εφηβεία (4,7% εφηβεία) και η συνέχισή της στην ενήλικη ζωή. Η διπολική διαταραχή συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προ εφηβεία και κατά την εφηβεία εμφανίζεται υπομανία ή μανία (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001).

Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Καταθλιπτικά συμπτώματα είναι αναμεμιγμένα ή εναλλάσσονται ταχύτατα κάθε λίγες μέρες ή μέσα στην ίδια μέρα. Εξαιρετικά μεγάλη ευερεθιστότητα, ιδιαίτερα το πρωί, και ξεσπάσματα θυμού που διαρκούν μέρες είναι συχνότερα στους εφήβους, αντί για την κλασική ευφορία. Η διπολική νόσος της εφηβικής ηλικίας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης από αντίστοιχη νόσο μεγαλύτερης ηλικίας, επειδή παρεμβαίνει σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η απόκτηση ικανοτήτων και η επίτευξη και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων.

Η κατάθλιψη διαστρεβλώνει την πραγματικότητα. Όσοι έχουν κατάθλιψη μπορεί να είναι απρόθυμοι να το πιστέψουν. Και οι γύρω μπορεί να είναι εξίσου απρόθυμοι να δεχθούν ότι κάποιος δικός τους έχει κατάθλιψη ακόμα και αν γνωρίζουν με τι μοιάζει η κατάθλιψη. Η άρνηση παίζει μεγάλο ρόλο στην συχνή μας αδυναμία να αντιμετωπίσουμε πιο αποτελεσματικά μια ασθένεια που μπορεί να θεραπευθεί επιτυχώς στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων (ΕΠΙΨΥ).

Αναζητώντας την αιτιολογία της εφηβικής κατάθλιψης θα καταλήγαμε στο συμπέρασμα ότι είναι πολυπαραγοντική και ότι ως η διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης διαφορετικών παραγόντων προδιαθεσικών, που καθορίζονται γενετικά ή λόγω πρώιμων εμπειριών και ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής που συντηρούν τη διαταραχή.

Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι αυτές που έχουν μελετηθεί περισσότερο στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων. Η κατάθλιψη των παιδιών έχει διαπιστωθεί στις περισσότερες μελέτες, με κίνδυνο που κυμαίνεται από 13-70 % (Hammen, 1991). Οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέρχονται σε 7,8 % στα παιδιά καταθλιπτικών γονέων, διαφορά στατιστικώς σημαντική, σε σύγκριση με 1,4 % στα παιδιά μη καταθλιπτικών γονέων (Weissman, 1987). Φαίνεται ότι ο τύπος της γονικής κατάθλιψης παίζει ρόλο. Η ύπαρξη διπολικής διαταραχής, η πρώιμη ηλικία έναρξης και οι

υποτροπές των γονέων συνδέονται με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης στα παιδιά. Επίσης, υψηλότερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά όταν νοσούν και οι δύο γονείς. Εκτός από τη γενετική επιβάρυνση, οι οικογένειες καταθλιπτικών γονέων χαρακτηρίζονται από έντονες συγκρούσεις, περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας, μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων, λιγότερη υποστήριξη προς τα μέλη της και υψηλότερα ποσοστά παιδικής κακοποίησης.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν περιβαλλοντικούς παράγοντες, που, με τη σειρά τους, συμμετέχουν στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής στα παιδιά. Αντίθετα οι μηχανισμοί με τους οποίους οι αντίξοες οικογενειακές συνθήκες (ανεργία, οικονομική δυσπραγία, δανεισμός) οδηγούν στην ανάπτυξη κατάθλιψης δεν είναι γνωστοί. Η εφηβική κατάθλιψη έχει συνδεθεί με αρνητικά γεγονότα ζωής (καταστάσεις, παραμέληση και συναισθηματική αποστέρηση) κυρίως απώλειες. Γεγονότα, όπως διαζύγιο, αποστέρηση, θάνατος, αυτοκτονία, μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. έλλειψη υποστήριξης), ανεργία των γονέων σηματοδοτούν την έναρξη της κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις θανάτου ή αυτοκτονίας ο κίνδυνος κατάθλιψης είναι ανάλογος με το πόσο κοντινό ήταν το απολεσθέν πρόσωπο και τη βιαιότητα της έκθεσης στο γεγονός. Γενικά υποστηρίζεται ότι οι χωρισμοί και οι επαναλαμβανόμενες απειλές για την απώλεια του «αντικειμένου αγάπης» προκαλούν ψυχοπαθολογία. Ο αποχωρισμός είναι μια πραγματική απώλεια που προκαλεί απελπισία. Η απειλή της απώλειας προκαλεί άγχος.

Ο έφηβος αντιδρά στην απώλεια με μια ίδια σειρά συμπεριφορών:

- Απελπισία: Κλαίει και προσπαθεί να ξαναβρεί το χαμένο αντικείμενο
- Αποθάρρυνση: Εναλλαγή λύπης και θυμού, διαπιστώνει την αποτυχία στο να επαναφέρει τη μητέρα του και μένει έκπληκτο
- Αποδέσμευση: Εγκαταλείπει τελείως τη διεκδίκηση.

Οι λόγοι της σπανιότητας γνήσιας μελαγχολίας στους εφήβους πιστεύουμε ότι μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από ψυχοδυναμικής σκοπιάς. Κατά τις ψυχαναλυτικές θεωρίες για τη γένεση μελαγχολίας είναι αναγκαίο πρώτον η ύπαρξη ενός αυστηρού και αμείλικτου ΥΠΕΡΕΓΩ και δεύτερον αυτό να έχει προέλθει από ενδοβολή και πλήρη συνταύτιση με ένα αντικείμενο (πρόσωπο) προς το οποίο τα συναισθήματα είναι αμφιθυμικά (Hogan, 2011).

Επίσης, μη σοβαρά στρεσογόνα γεγονότα, όπως δυσκολίες στις σχέσεις με τους φίλους (άσκηση ενδοσχολικής βίας) ή με τους γονείς, προβλήματα στο σχολείο, ανευρίσκονται συχνά στη διάρκεια του χρόνου της έναρξης που προηγείται της κατάθλιψης. Συχνά οι έφηβοι βιώνουν δύσκολες στιγμές, νοιώθουν καταβεβλημένοι ψυχολογικά εξαιτίας διαφόρων καταστάσεων. Οι σχολικές υποχρεώσεις, οι προσδοκίες των γονιών τους, η οικονομική δυσπραγία, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, μπορεί να τους δημιουργούν περιστασιακά, ψυχική καταπόνηση. Το γεγονός ότι η σημερινή κοινωνία τους βομβαρδίζει με αντικρουόμενα και ποικιλόμορφα μηνύματα, δεν είναι ό,τι καλύτερο για τις αποφάσεις και τον προσανατολισμό τους.

Η τηλεόραση, το διαδίκτυο, η οικονομική κρίση, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, η επαγγελματική πορεία, προσθέτουν στο σύνολο των προκλήσεων στις οποίες καλούνται να ανταποκριθούν καθημερινά. Δεν είναι λοιπόν εκπληκτικό που οι έφηβοι αντιδρούν με το δικό τους ιδιόμορφο τρόπο κατά την ευάλωτη αυτή φάση της ζωής τους. Για αυτό η διάγνωση της κατάθλιψης που μπορεί να τους προσβάλλει δεν είναι εύκολο να ανιχνευθεί ούτε από τους ίδιους αλλά και ούτε από τους ανθρώπους του περιβάλλοντος τους. Οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι συνήθως θλιμμένοι, ενώ σε γενικές γραμμές βιώνουν την ασθένεια με παρόμοιο τρόπο με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αλλά και την αυτοκτονία.

Το πώς θα εξελιχθεί η ανάπτυξη του εφήβου εξαρτάται από το αν θα υπάρξει γονεϊκό υποκατάστατο για το παιδί, το οποίο όμως υποκατάστατο για τον έφηβο, πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού με ικανοποιητικό τρόπο. Αν ανταποκριθεί ικανοποιητικά το παιδί, ύστερα από μια περίοδο θλίψης, δε βιώνει κατάθλιψη. Η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες διαταραχές είναι πολύ υψηλή. Τα περισσότερα παιδιά κι οι έφηβοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Συχνές είναι οι διαταραχές διαγωγής, σε ποσοστό 40% περίπου, και οι αγχώδεις, το ποσοστό των οποίων ανέρχεται σε 34% (Angold, 1999a) όπως και η αντικοινωνική συμπεριφορά, η επιθετικότητα, η έντονη συναισθηματική αστάθεια, η κοινωνική απόσυρση, η υπερυπνία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τα πιο συχνά, λοιπόν, εμφανιζόμενα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης συνοψίζονται σε αισθήματα θλίψης, θυμού, αναξιότητας, απελπισίας, δυσφορίας και εκνευρισμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης, στην πτώση της σχολικής απόδοσης και στη χαμηλή συγκέντρωση, στην κοινωνική απομάκρυνση και αύξηση επιθετικών συμπεριφορών, στη δυσκολία στον ύπνο, στην απώλεια ή αύξηση βάρους και στα παράπονα για σωματικούς πόνους.

3. Η Διπολική Διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη

Οι διπολικές διαταραχές χωρίζονται σε δυο κατηγορίες ανάλογα με την φύση των επεισοδίων καταθλιπτικό ή μανιακό. Παρουσιάζεται με έντονες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της σκέψης, της ενεργητικότητας, της αυτοπεποίθησης και της σεξουαλικότητας και γενικότερα της συμπεριφοράς του ατόμου. Μπορεί να έχει μορφή αλλεπάλληλων κύκλων χωρίς να παρατηρούνται μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης μεταξύ δύο φάσεων ή να επαναλαμβάνονται χρονικά με ενδιάμεσες φυσιολογικές φάσεις. Ειδικότερα η φάση της μανίας χαρακτηρίζεται από υψηλή ενεργητικότητα, παρορμητική συμπεριφορά, γρήγορη σκέψη και λόγο, μειωμένη κριτική ικανότητα και αίσθηση κατοχής ιδιαίτερων ικανοτήτων και ταλέντων όπου το άτομο δεν αντιλαμβάνεται την διαφορά από μια φυσιολογική φάση μετατρέπόμενη σε μελαγχολία και απελπισία, απώλεια ενέργειας, κόπωση, αίσθηση "επιβράδυνσης", αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, απώλεια ικανοποίησης από τη συμμετοχή του ατόμου σε προηγούμενες δραστηριότητες που του ήταν ευχάριστες, και συχνά σκέψεις αυτοκτονίας.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να παραπλανήσει ότι είναι ένα πρόβλημα άλλου τύπου και όχι ψυχική ασθένεια. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί, επειδή το άτομο παρουσιάζει την τάση να εμπλέκεται με πάθος σε στοιχήματα και τυχερά παιχνίδια ή να κάνει χρήση ουσιών ή να φανερώνει μειωμένη δραστηριότητα και προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Τα επεισόδια κατάθλιψης και μανίας δεν είναι αποτέλεσμα της επίδρασης μιας ουσίας και έχουν προταθεί ποικίλες θεωρίες σχετικά με την αιτία των διαταραχών της διάθεσης, η αιτιολογία τους όμως παραμένει άγνωστη.

4. Κυκλοθυμική Διαταραχή

Η κυκλοθυμία αποτελεί μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Κυκλοθυμία ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία εναλλάσσονται περίοδοι κατάθλιψης με περιόδους υπερθυμίας (υπερβολικής ευθυμίας). Η κλινική εικόνα της διαρκεί για πολλά χρόνια (τουλάχιστον 2) και εκδηλώνεται με εναλλαγές καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων. Περίπου οι μισοί ασθενείς με κυκλοθυμία έχουν την κατάθλιψη ως κύριο σύμπτωμα. Αρχίζει συνήθως στην εφηβεία και η εξέλιξή της είναι χρόνια.

Στους εφήβους η διάρκεια πρέπει να είναι τουλάχιστον ένας χρόνος και κυρίως, ο ύπνος είναι διαταραγμένος. Πρόκειται για έφηβους που τη μια εμφανίζουν εύθυμα και αισιόδοξα περιστατικά και την άλλη καταθλιπτικά και απαισιόδοξα.

Η συμπτωματολογία αυτή δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε η πάθηση να καταταγεί στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι πάσχοντες δεν παραδέχονται το πρόβλημά τους και προσπαθούν να δικαιολογήσουν τις περιόδους κατάθλιψης με διάφορα συμβάντα. Οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία της είναι βιολογικοί ή ψυχοκοινωνικοί. Ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται λοιπόν με αυτόν τον τρόπο, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας (Hogan, 2011).

4.4 Αυτοκτονία

Είναι η εσκεμμένη και εκούσια αφαίρεση της ζωής ενός ατόμου από το ίδιο το άτομο. Η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου στους εφήβους. Τα τελευταία 25 χρόνια έχει σημειωθεί αύξηση 25% σε αυτοκτονίες εφήβων. Τα άτομα που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν αισθάνονται απομονωμένα. Αυτή η απομόνωση μπορεί να οφείλεται είτε στη σωματική απόσταση του ατόμου από το περιβάλλον του είτε σε διάσταση απόψεων από τους άλλους ανθρώπους. Συχνά τα άτομα βιώνουν αδυναμία, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και εκφράζουν αίσθημα αναξιοσύνης και απελπισίας. Μάλιστα, η απελπισία αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου είναι η ύπαρξη προηγούμενης αυτοκαταστροφικής διάθεσης και συμπεριφοράς. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι επίσης, δύσκολα γεγονότα και προβλήματα της ζωής, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα και απόπειρες αυτοκτονίας στο οικογενειακό περιβάλλον.

Προφανής ρόλος της οικογένειας είναι η υγιής ανάπτυξη και αυτονομία των εφήβων.

Οι αυτοκτονικοί έφηβοι έχουν χειρότερες σχέσεις με τους γονείς, οι οποίοι έτσι έχουν λιγότερη επίδραση πάνω τους, περνούν λιγότερα ευχάριστα μαζί τους και έχουν αρνητική εικόνα γι' αυτούς. Συχνά η επιθυμία να απελευθερωθεί το άτομο από τον πόνο ή να πεθάνει συνοδεύεται από κατάθλιψη και θυμό (Hogan, 2011).

1. Προδιαθεσικοί παράγοντες αυτοκτονίας

Τα χαρακτηριστικά που διακρίνονται στους εφήβους αυτόχειρες είναι η πλήρης αδυναμία τους να βρουν λύσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και η έλλειψη στρατηγικής ώστε να ξεπεράσουν τις άμεσες πιέσεις.

Κατά συνέπεια λοιπόν, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα υπάρχουν ορισμένοι προδιαθεσικοί

παράγοντες που οδηγούν τον έφηβο στις απόπειρες, κι αυτοί είναι οι εξής:

- προβλήματα συμπεριφοράς
- εθισμός - έναρξη χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών
- αλλαγές στις προσωπικές συνήθειες του ατόμου, όπως στην όρεξη, στον ύπνο, στην προσωπική εμφάνιση, στη προσωπικότητα
- αναφορά σωματικών ενοχλήσεων
- επιθετική και παραβατική συμπεριφορά, σωματική βία, βανδαλισμοί, κλοπές, προβλήματα με τις αρχές, συλλήψεις
- έκφραση υποτιμητικών σχολίων για τον εαυτό του
- έμμονες ιδέες για το θάνατο
- παρουσιάζει σημεία ψύχωσης, για παράδειγμα: ψευδαισθήσεις, φαντασιώσεις, περίεργες σκέψεις, βίαιες πράξεις, αντιδραστική συμπεριφορά ή ακόμη φυγή από το σπίτι.
- συναισθηματικά προβλήματα όπως μοναξιά, αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμία, μείζων κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, ψυχωτικές καταστάσεις.
- γνωστικά προβλήματα όπως δυσκολίες στη συγκέντρωση και την προσοχή..
- στον τομέα σπουδών όπου περιλαμβάνουν σκασιαρχεία, απουσίες, πτώση της ακαδημαϊκής επίδοσης, πλήξη, απάθεια, διαταραγμένη συμπεριφορά στη σχολική τάξη έκφραση θυμού και εχθρότητας
- η κυριότερη ψυχιατρική διαταραχή που αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι η διαταραχή της διάθεσης. Το συναίσθημα αφορά στον τρόπο που εξωτερικεύεται η διάθεση. Οι άνθρωποι εκπέμπουν λεκτικά και εξωλεκτικά μηνύματα αναφορικά με τον τρόπο που αισθάνονται και την ποιότητα της διάθεσης τους κάθε στιγμή. Εκδηλώνουν την διάθεση τους με τη διάθεση , τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους μέσω της συμπεριφοράς τους. Όταν είτε η διάθεση είναι αμετάβλητη είτε οι αλλαγές της είναι τόσο έντονες ή διαταράσσουν την καθημερινότητα , την σχολική επίδοση ή τις κοινωνικές σχέσεις ,τότε πιθανόν το άτομο πάσχει από διαταραχή της διάθεσης. Οι διαταραχές διάθεσης χαρακτηρίζονται από έντονες εναλλαγές στη διάθεση , οι οποίες κυμαίνονται από κατάθλιψη έως έντονη ευφορία. Η ένταση κυμαίνεται από μέτρια έως σοβαρή, το άτομο βιώνει απώλεια ενδιαφέροντος για την ζωή και καταθλιπτική διάθεση.
- πολλά άτομα εκδηλώνουν συμπεριφορά απόσυρσης και γίνονται λιγότερο κοινωνικά. Άτομα που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη είναι δυνατόν να εμφανίσουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις και η διάγνωση που τίθεται είναι μείζονα κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία.

2. Κοινωνικοί παράγοντες

Το κοινωνικό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση και εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών. Άτομα με προδιάθεση αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι αναγκαίο να στηρίζονται από το στενό τους περιβάλλον γιατί και ο ρόλος της οικογένειας σε ότι αφορά τις αυτοκτονικές τάσεις των εφήβων είναι καθοριστικός.

Εξωγενείς – κοινωνικοί παράγοντες που επιδεινώνουν τις διαταραχές διάθεσης όπως η αυτοκτονία είναι :

- διαζύγιο γονέων
- σχολική αποτυχία
- αποτυχία σε διαπροσωπικές σχέσεις- ερωτική απογοήτευση
- οικονομική κρίση

Εάν εστιάσουμε την προσοχή μας στις αυτοκτονίες λόγω της οικονομικής κρίσης που αυξάνει δραματικά τις πτωχεύσεις, την οικονομική ανέχεια, την ανεργία, θα παρατηρήσουμε ότι η οικονομική καταστροφή και δυσπραγία στην εποχή μας έχει χαρακτηριστικά ενός συνεχούς και παρατεταμένου stress. Δεν είναι εύκολο τώρα κάποιος να ανακάμψει από οικονομική καταστροφή, ανέχεια ή ανεργία. Το παρατεταμένο stress είναι εξαιρετικά ψυχοφθόρο για τον ανθρώπινο ψυχισμό όπως έδειξαν πειράματα των ναζί στον Β. Παγκόσμιο πόλεμο και ‘επαγγελματίες βασανιστές’ (μαρτύριο της σταγόνας, συνεχής αϋπνία κ.ά.). Μαζί με την οικονομική κρίση συνήθως έρχεται κρίση και σε όλες τις κοινωνικές, οικογενειακές, προσωπικές σταθερές. Ο γάμος συχνά κλονίζεται, οι φιλίες αποδεικνύονται πολύ λιγότερες ή ανύπαρκτες την ώρα της κρίσης, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον περιορίζεται. Η οικονομική κρίση του σήμερα στη χώρα μας, απογυμνώνει τις ανθρώπινες σχέσεις από τον μανδύα των υλικών αγαθών. Χάνοντας την ψευδή ταυτότητα που είχε χτίσει και μη γνωρίζοντας πως να δημιουργήσει ουσιαστικές σχέσεις ο άνθρωπος απομονώνεται και βιώνει την μοναξιά ανήμπορος να ανταπεξέλθει στα νέα δεδομένα της ζωής του.

Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι όσο πιο ψηλά ευρίσκεται κανείς, τόσο μεγαλώνει η επίπτωση από την πτώση. Οι πλούσιοι που ξαφνικά γίνονται φτωχοί βιώνουν δραματική διαφορά στην καθημερινότητά τους. Η αυτοκτονία μοιάζει τελικά σαν τη μόνη διέξοδο να γλυτώσει κανείς από τον πόνο της ανέχειας, της κοινωνικής υποβάθμισης, της αυτουποτίμησης, της αδυναμίας να βρεθούν διέξοδοι.

4.5 Σχολικός εκφοβισμός

Η βία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας. Η έννοια που αποδίδεται σε αυτήν δεν έχει καθολική ισχύ, αλλά συναρτάται με τις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, καθώς και με το ισχύον πολιτικό πλαίσιο. Η βία μπορεί να ιδωθεί ως κοινωνικό φαινόμενο το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διαφορά ισχύος και δύναμης, την κοινωνική ανισορροπία και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Συχνά η βία συνιστά μέσο έκφρασης και διεξόδου από συγκεκριμένες συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι (Σώκου, 2003).

Η σχολική βία αναφέρεται στην επιβολή της βούλησης ενός μέρους της εκπαιδευτικής διαδικασίας σε κάποιο άλλο και η πρόκληση ζημιάς ή βλάβης. Οι μορφές της σχολικής βίας περιλαμβάνουν τη λεκτική, τη σωματική, τη ψυχολογική, την σεξουαλική βία και τον βανδαλισμό. Η σχολική βία διακρίνεται στον εκφοβισμό και στη βία (Σώκου, 2003).

Ο εκφοβισμός συμπεριλαμβάνει βασικά την επιθυμία κάποιου να πληγώσει κάποιον άλλο και την ασυμμετρία δύναμης των εμπλεκομένων και συνήθως την επανάληψη και την άδικη χρήση της δύναμης και την προφανή ευχαρίστηση του επιτιθέμενου και γενικά μια αίσθηση καταπίεσης από την πλευρά του θύματος (Rigby 2008). Ο σχολικός εκφοβισμός συνιστά ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο είναι απόρροια της πολυπλοκότητας των σχέσεων μεταξύ της οικογένειας, της ομάδας των συνομηλίκων, του σχολείου, της κοινότητας και της κουλτούρας.

Ο σχολικός εκφοβισμός και η θυματοποίηση είναι φαινόμενα τα οποία εδραιώνονται και διαγωνίζονται στο χρόνο σαν αποτέλεσμα της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ των διαπροσωπικών και των ατομικών μεταβλητών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι παράγοντες που σχετίζονται με το σχολικό εκφοβισμό είναι ψυχολογικοί όπως θυμός και επιθετικότητα, κατάθλιψη και άγχος. Τέλος, το παρατεταμένο άγχος ενδέχεται να αυξήσει εκδηλώσεις κάθε είδους επιθετικών συμπεριφορών και περιβαλλοντικοί (σχολείο, οικογένεια, ομάδα συνομηλίκων).

Ιδιαίτερη σπουδαιότητα αποδίδεται στην επίδραση που ασκεί το οικογενειακό περιβάλλον στην ανάπτυξη και στη διαμόρφωση των συμπεριφορών, των απόψεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων των παιδιών. Η οικογένεια είναι εκείνη με τη μακροβιότερη επιρροή σε όλους τους τομείς της ζωής του ανηλίκου. Για το λόγο αυτό, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη της σχέσης του οικογενειακού περιβάλλοντος με τις συμπεριφορές του σχολικού εκφοβισμού από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Οι έφηβοι που ανατρέφονται σε περιβάλλοντα τα οποία χαρακτηρίζονται ως σκληρά, τιμωρητέα, αγχογόνα και βίαια έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν θυματοποίηση. Φαίνεται ότι οι επιθετικές και αυταρχικές συμπεριφορές των γονέων, επηρεάζουν τα παιδιά να καταφεύγουν στον εκφοβισμό ως διέξοδο της εσωτερικευμένης οργής και θυμού, συναισθήματα που προκαλούνται

από την συμπεριφορά των γονέων, να επιλέγουν τον εκφοβισμό ως μέσο διεκδίκησης επιθυμητών στόχων, εφόσον λειτουργούν μιμητικά ως προς τα πρότυπα των γονέων τους. Οι κακοποιητικές και βίαιες συμπεριφορές των γονέων επηρεάζουν το επίπεδο της αυτοεκτίμησής τους, θεωρώντας ότι αυτές οι συμπεριφορές τους αξίζουν, με αποτέλεσμα να γίνονται περισσότερο επιρρεπείς στη θυματοποίηση. Οι γονείς των θυτών χρησιμοποιούν σωματική και συναισθηματική επιθετικότητα στις αλληλεπιδράσεις τους με τον έφηβο.

Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι οι γονείς των θυτών συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά αρνητικής επίδρασης και χαμηλής συναισθηματικής υποστήριξης προς τα παιδιά τους. Οι έφηβοι που είχαν δημιουργήσει ανασφαλείς πρωταρχικούς δεσμούς, είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού, απ' ό,τι εκείνα με ασφαλείς πρωταρχικούς δεσμούς (Duncan, 2004).

Τα επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας συνιστούν έναν ισχυρό παράγοντα επίδρασης για τη συμπεριφορά των μελών της. Πιο συγκεκριμένα, οι συγκρούσεις μεταξύ των συζύγων έχει βρεθεί ότι έχουν αντίκτυπο στις σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους και ενοχοποιούνται για τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στις σχέσεις αυτές. Όταν οι σύζυγοι χειρίζονται τις διαφωνίες τους με εχθρότητα και συναισθηματική απόσυρση, φαίνεται η σχέση του εφήβου με τους συνομηλίκους να επηρεάζεται αρνητικά και να επιδεικνύει μια αδιάλλακτη στάση απέναντί τους (Duncan, 2004).

Τα παθητικά θύματα, τα οποία συναντώνται συνηθέστερα, χαρακτηρίζεται από ένα υποτακτικό και αγχώδες πρότυπο αντίδρασης, το οποίο εκπέμπει μηνύματα ανασφάλειας και αναξιότητας, που κάνουν τους θύτες να θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δεν θα αντεπιτεθούν σε μια ενδεχόμενη προσβολή ή επίθεση.

Αντίθετα, τα προκλητικά θύματα χαρακτηρίζονται από ένα συνδυασμό αγχώδους και επιθετικού προτύπου αντίδρασης. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως υπερκινητικά και αντιμετωπίζουν δυσκολία συγκέντρωσης, ενώ δύναται να προκαλέσουν εκνευρισμό και ένταση στους γύρω τους. Η επιθετικότητα της συμπεριφοράς τους προκαλεί αρνητικές ενέργειες από τους συμμαθητές τους. Η ανάγκη τους για δύναμη, εξουσία και κυριαρχία επάνω στους άλλους είναι ιδιαίτερα έντονη.

Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζονται ως άτομα εχθρικά, παρορμητικά και συνήθως, σε ότι αφορά τα αγόρια, περισσότερο σωματικά ανεπτυγμένοι από τα θύματα.

Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Αποτελεί, ουσιαστικά επαναλαμβανόμενο μοτίβο συμπεριφορών του γονέα, οι οποίες μεταφέρουν στο παιδί το μήνυμα ότι είναι ασήμαντο, άχρηστο και ότι αξίζει μόνο όταν ικανοποιεί τις ανάγκες των άλλων. Ο έφηβος αγνοείται, παραμελείται ή διώχνεται μακριά και γι' αυτό του δημιουργούνται αισθήματα αναξιότητας και μη αποδοχής.

Ο έφηβος επικρίνεται, στιγματίζεται, στερείται της αξιοπρέπειας, εξευτελίζεται, του δημιουργούνται αισθήματα κατωτερότητας, προσβάλλεται λεκτικά, εκφοβίζεται, απειλείται για πρόκληση σωματικής ή ψυχικής βλάβης. Στερείται των κοινωνικών επαφών εκτός της οικογένειας. Δεν του επιτρέπεται να έχει φίλους, κρατείται σε περιορισμένη περιοχή για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς κοινωνική αλληλεπίδραση. Δεν κοινωνικοποιείται σωστά, μαθαίνει να συμπεριφέρεται με αντικοινωνικούς τρόπους, ενθαρρύνεται να αναπτύξει κοινωνικά μη αποδεκτά ενδιαφέροντα ή ορέξεις. Στερείται της αγάπης και της επιμελούς φροντίδας, η συναισθηματική και η νοητική του ανάπτυξη καταπνίγονται, γενικώς ο έφηβος αγνοείται και παραμελείται. Βιώνει αντιφατικές και διφορούμενες απαιτήσεις από το παιδί, ασυνεπή και αναξιόπιστη γονική υποστήριξη ή φροντίδα και στέρση της οικογενειακής σταθερότητας.

Σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της ρηματοποίησης και της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Το συναίσθημα του θυμού μπορεί να οδηγήσει το θύμα στην αναζήτηση ενός, περισσότερο από τον ίδιο, ευάλωτου, ώστε να εξωτερικεύσει την οργή του με ασφαλέστερο τρόπο απ' ό,τι να αντεπιτεθεί στο θύτη. Αυτό έχει ως συνέπεια τη δημιουργία ενός επαναλαμβανόμενου κύκλου εκφοβισμού (Rigby, 2003).

Η χαμηλή αυτοπεποίθηση των θυμάτων, ενδεχομένως να προέρχεται από το γεγονός ότι τα παιδιά βιώνουν μια έντονα στρεσογόνα και εξευτελιστική κατάσταση. Όσο αφορά τον κοινωνικό περιβάλλον τα θύματα παρουσιάζουν μια γενικότερη εικόνα μοναξιάς. Ωστόσο, τα περιστατικά του εκφοβισμού έχει βρεθεί ότι εντείνουν τη μοναχικότητά τους, οδηγώντας τους στην απομόνωση. Δημιουργώντας αισθήματα κατάθλιψης και άγχους, με αποτέλεσμα να αποθαρρύνει τα άτομα από την προσπάθεια απόκτησης νέων φίλων, ενώ παράλληλα το κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να απομονώνει τα άτομα που υπόκεινται θυματοποίηση.

Όλες αυτές οι παθογενείς συμπεριφορές βρίσκουν πρόσφορο έδαφος να εκδηλωθούν στο σχολικό περιβάλλον καθώς η οικονομική κρίση αναδεικνύει τις κοινωνικές ανισότητες, ενισχύει φαινόμενα περιθωριοποίησης, απομόνωσης και αποκλεισμού. Οι οικογένειες που γονατίζουν κάτω από το πλήθος των οικονομικών προβλημάτων αδυνατούν να προσφέρουν στους εφήβους ασφάλεια και σιγουριά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια με τις στρεσογόνες καταστάσεις που προκύπτουν εξαιτίας της ενισχύει στους εφήβους τους παράγοντες προδιάθεσης ψυχικής νόσου με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται πιο εύκολα ψυχικά νοσήματα. Παράλληλα, ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει προδιάθεση οι έφηβοι πιέζονται από εξωγενείς κοινωνικούς – αρνητικούς παράγοντες και λόγω της ηλικίας τους εκδηλώνουν αντικοινωνικές συμπεριφορές (απομόνωση, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, χρήση ουσιών, σχολικός εκφοβισμός). Ο ρόλος ωστόσο του νοσηλευτή σε περιόδους κρίσης είναι ακόμα πιο αναγκαίος και υποστηρικτικός. Βασικό μέλημα των νοσηλευτών είναι η φροντίδα του αρρώστου ως μοναδικού ατόμου. Προσπαθούν γι' αυτό να προσφέρουν στον άρρωστο άνεση και ελευθερία να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις επιθυμίες του και να αναπτύξει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Αποτελούν το έμπυχο θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής ώστε ο άρρωστος να νιώσει προστασία, εμπιστοσύνη, αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοκατανόηση. Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύμορφος. Μπορεί να γίνεται ένα μοντέλο για τον άρρωστο, ένας κλινικός συνεργάτης των ειδικών ή ένας σύμβουλος ψυχικής υγείας για την οικογένεια. Αυτό το πετυχαίνει με την προθυμία του να ακούσει και να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε του ζητήσει βοήθεια, με την ευγένεια του, την συναισθητική σταθερότητα του χαρακτήρα, με το θάρρος και την υπομονή του. Κατέχει καλά την τέχνη της «προσέγγισης» του ψυχιατρικού αρρώστου, ώστε να νιώθει ο άρρωστος ασφαλής και φιλικός στο χώρο του νοσοκομείου, χωρίς όμως η σχέση αυτή να υπερβαίνει κάποια όρια οικειότητας. Ο ρόλος ως θεραπευτή συνίσταται στο να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν τη φύση και την πηγή του προβλήματός τους, να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, που συνδέονται με το πρόβλημα, να κινητοποιήσουν εσωτερικές δυνάμεις και περιβαλλοντικές πηγές για αποτελεσματική προσαρμογή, να περιορίσουν το πρόβλημα, να μάθουν νέες και αποτελεσματικές μεθόδους προσαγωγής, να σχεδιάζουν πλάνα πρόληψης για μελλοντικές προσαρμογές, να μμειώσουν το άγχος συμμετέχοντας σε ομάδες στήριξης. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στόχο έχει να παρέχει άτυπα εκπαίδευση σχετικά με το κλινικό θέμα που προκύπτει, να οργανώσει συναντήσεις για ανταλλαγές απόψεων μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων προσωπικό, να βοηθάει στην ανάπτυξη ενδονοσοκομειακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, να παρουσιάζει εργασίες πάνω σε ψυχοκοινωνικά θέματα που ενδιαφέρουν το προσωπικό, να ενισχύει τη θεραπευτική επικοινωνία και συμπεριφορά.

Η Lewis και Levy (1982) ανέφεραν ότι οι μεγαλύτεροι στόχοι της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι η προαγωγή της παροχής ψυχολογικής φροντίδας και ο αποτελεσματικός χειρισμός της φροντίδας. Χρησιμεύει επίσης ως καταλύτης για να διευκολύνει αποτελεσματικές

διαπραγματεύσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών και είναι υπεύθυνη για τη ανάπτυξη μιας επαγγελματικά υποστηρικτικής σχέσης αποδοχής και συνεργασίας με τον συμβουλευόμενο. Ακολουθεί αναλυτικό διάγραμμα των σταδίων της νοσηλευτική παρέμβασης.

5.2 Προαγωγή της υγείας

Η Προαγωγή Υγείας, λοιπόν είναι η διαδικασία όπου τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η πρόληψη ψυχικών τους νοσημάτων καθώς και η φροντίδα των ψυχικά διαταραγμένων εφήβων, αποτελούν καίριους πάντα στόχους της νοσηλευτικής. Έφηβοι με ψυχικές διαταραχές δοκιμάζονται από προβλήματα στις οικογένειες, στα σχολεία και στις κοινότητες που ζουν. Η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών των εφήβων είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει παράγοντες βιολογικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικογενειακούς και περιβαλλοντικούς. Ψυχικές διαταραχές μπορεί να εκδηλωθούν σε όλες τις ηλικίες ιδιαίτερα όμως στην εφηβική ηλικία όπου συντελείται η σωματική, ψυχοκινητική, νοητική, γλωσσική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του άτομου. Ο ψυχικά διαταραγμένος έφηβος παρουσιάζει ανεπάρκεια και παθολογικές αντιδράσεις σχετικά με τις ικανότητες που αναμένονται από αυτό για την ηλικία του, δηλαδή την λογική και ακριβή αντίληψη του γύρω κόσμου, τον έλεγχο των παρορμήσεων και τη μάθηση.

Οι γενικοί νοσηλευτικοί σκοποί φροντίδας εφήβων με ψυχικές διαταραχές είναι οι εξής:

- Ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας με τους γονείς με σκοπό τη βοήθεια τους να κατανοήσουν τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του παιδιού.
- Βοήθεια των γονέων να μάθουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις με τις ανάλογες αρχές που τις υπογραμμίζουν
- Βοήθεια του εφήβου να αναπτύξει προσαρμοστικές δεξιότητες χειρισμού των προβλημάτων στη ζωή του
- Ενθάρρυνση του εφήβου να εκφράσει τα συναισθήματα του με παραδεκτό δημιουργικό τρόπο
- Δημιουργία ευκαιριών όπου το παιδί και οι γονείς να έχουν θετική επιτυχημένη επικοινωνία
- Βοήθεια του εφήβου να αναπτύξει θερμές συναισθηματικές σχέσεις με άλλους
- Φροντίδα διατήρησης της σωματικής υγείας του παιδιού
- Προαγωγή της επαφής του παιδιού με την πραγματικότητα και ανάπτυξη ρεαλιστικής ιδέας για τον εαυτό του

Κατά την αξιολόγηση των ψυχικών λειτουργιών των εφήβων είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη πως η διάγνωση δεν καθορίζει το άτομο. Όλες οι συμπεριφορές έχουν κάποιο νόημα και διερευνάται κυρίως ποιά είναι η πηγή του κυριάρχου προβλήματος

5.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Ραγιά, 2001). Επιτελείται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάσταση του που είναι τα εξής:

- Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- Προηγούμενο επεισόδιο ή συμπεριφορά
- Ιατρικό ιστορικό
- Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.
- Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου, εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού και ανάλογα με την διαταραχή.
- Εκτιμούμε τους παράγοντες κινδύνου
- Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή
- Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του
- Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματος του.
- Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων νόσων, πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.
- Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστημένη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του.

2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.
- Καθορίζουμε την επικινδυνότητα.
- Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια (Ραγιά, 2001).

3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

- Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.
- Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.
- Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναισθήματα του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.
- Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου.
- Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα.
- Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.
- Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
- Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.

4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Αυτό είναι το στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

- Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- Προάγουμε την επαρκή διατροφή του.
- Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις

ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.

- Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του.
- Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
- Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
- Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.
- Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματα του.
- Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την ίδια διαταραχή.

5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία :

- Παρατηρείται μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
- Απουσιάζουν οι αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
- Τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
- Παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου
- Εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
- Εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
- Εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
- Εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.

5.4 Ο νοσηλευτής και ο έφηβος

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

Ο νοσηλευτής από την άλλη μεριά στο ψυχιατρικό πλαίσιο καλείται να αντιμετωπίσει τον ψυχικά ασθενή όχι σαν μια περίπτωση η οποία θα μπορέσει να θεραπευτεί με την χορήγηση και μόνο ψυχοφαρμάκων, αλλά θα πρέπει ο νοσηλευτής να τον αντιμετωπίσει ως μια συγκεκριμένη και ανεπανάληπτη προσωπικότητα με ψυχοβιολογική ενότητα, σαν μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας του οποίου η ζωή έχει νόημα, σκοπό και ανεκτίμητη αξία. Στόχος είναι η ενεργητική

επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον. Σε αρκετά ψυχιατρικά κέντρα οι νοσηλευτές είναι, σχεδόν, παρόντες σε όλες τις φάσεις του ψυχιατρικά ασθενή. Δηλαδή, μπορεί να είναι παρών στην εισαγωγή του, σε θεραπευτικές συζητήσεις με τον ψυχίατρο, σε ομαδικές θεραπείες ή ακόμη και οι ίδιοι καθοδηγούν τους ασθενείς σε παρόμοιες θεραπευτικές συναντήσεις.

Τα Πρότυπα, λοιπόν, επαγγελματικής άσκησης ενός νοσηλευτή στοχεύουν στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αρίστης ποιότητας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, χρησιμοποίηση των διαθέσιμων δομών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, συμμετοχή προγραμματισμό και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων του, ερευνά για την μελέτη νοσηλευτικών παρεμβάσεων ψυχικής υγείας και την ανεύρεση πιο αποτελεσματικών ερευνητικών ευρημάτων τόσο σε έφηβους όσο και την οικογένεια.

Ο νοσηλευτής εργάζεται ως ψυχοθεραπευτής εφήβων κατ' άτομο ή κατά ομάδες, σύμβουλος εφήβων και οικογενειών, συνεργάτης για την βελτίωση των υπηρεσιών, υπερασπιστής και ενισχυτής της ψυχικής υγείας εφήβων, υπεύθυνος ερευνητής ή συμμετοχος σε έρευνες και χρήστης σχετικών ερευνητικών ευρημάτων, κλινικός επόπτης του προσωπικού και των εκπαιδευόμενων στο χώρο και προϊστάμενος της σχετικής νοσηλευτικής υπηρεσίας. Ωστόσο, η νοσηλευτική εκτίμηση των παιδιών αυτών είναι πολύπλευρη. Αφορά ολόκληρη τη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του κάθε εφήβου.

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

Έρευνες δείχνουν πως ένας έφηβος μπορεί να γίνει καταθλιπτικός και να χρειάζεται ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία όταν το κλίμα μεταξύ του εφήβου και των γονιών του δεν είναι φιλικό αλλά εχθρικό αφού διαπληκτίζονται σε καθημερινή βάση και οι γονείς παραμελούν και δε στηρίζουν το παιδί τους στις προσπάθειες του. Επομένως, πολλές φορές το μόνο που χρειάζεται από τον νοσηλευτή είναι απλά μια φιλική συζήτηση μεταξύ των μελών της οικογένειας και του εφήβου, αν δεν απαιτείται η εισαγωγή του σε νοσοκομείο. Υποστηρικτικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή σε περιπτώσεις που η οικογένεια πλήττεται από την οικονομική κρίση και κυρίως από

την ανεργία. Οι ενήλικες σε αυτή την περίπτωση βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα που συμπαρασύρουν και τα υπόλοιπα μέλη της .

5.5 Πρότυπα νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας εφήβων

Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας με ειδικότητα, καλείται να αναλάβει διάφορους ρόλους και αρμοδιότητες που δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τα προαναφερθέντα. Οι βασικές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου στην νοσηλευτική φροντίδα ψυχικής υγείας εφήβων εντοπίζονται στα παρακάτω:

- Εφαρμογή πρωτοπάθειας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στην πρωτογενή αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς επίσης και στην παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα.
- Οργάνωση, προγραμματισμός και συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, προς κάλυψη βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών των ψυχικά πασχόντων.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενή άτομα και υποστήριξη στις οικογένειές τους.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με επιπλέον εξειδίκευση νομικά κατοχυρωμένη.
- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευόμενους, τους βοηθούς τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
- Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες, με φορείς υπηρεσιών της κοινότητας και με το υπόλοιπο προσωπικό.
- Προστασία των ψυχικά ασθενών ατόμων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους.
- Αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής – διασυνδετικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής στο νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις με θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτή σε όλες τις βαθμίδες.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών στις νοσηλευτικές ειδικότητες μιας ενιαίας τριτοβάθμιας πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- Διαρκής επιμόρφωση σε νέα δεδομένα και εφαρμογή τους στην πράξη.

Ο νοσηλευτής προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον ασθενή ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status, προσωπικές ιδιότητες, ή την φύση των προβλημάτων υγείας. Ο νοσηλευτής προσέχει το δικαίωμα του ασθενή για ησυχία με το να προστατεύει με γνώση πληροφορίες με εμπιστευτική φύση. Ο νοσηλευτής δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον ασθενή και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.

1. Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Η νοσηλευτική διάγνωση θα βοηθήσει στην σωστή αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας των εφήβων και θα αποκαλύψει τα πραγματικά αίτια. Ακλουθούν οι συνηθέστερες μορφές διάγνωσης :

- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, σχετιζόμενη με την ανικανότητα του ατόμου να εμπιστευτεί τους άλλους.
- Κοινωνική απομόνωση, σχετιζόμενη με επιθυμία για μοναχικές δραστηριότητες.
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, ασταθή συναισθηματική διάθεση, ακραίες συναισθηματικές αντιδράσεις.
- Κίνδυνος για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς προς τον εαυτό του (αυτοκτονία ή αυτοτραυματισμό).
- Κίνδυνος εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς προς τους άλλους ή προς αντικείμενα που σχετίζονται με έντονο θυμό.
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση, σχετιζόμενη με άκαμπτη συμπεριφορά και φόβο απόρριψης.

2. Συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις για τα άτομα που βιώνουν άγχος

- Διαταραγμένες οικογενειακές διεργασίες
- Αναποτελεσματική εκπλήρωση ρόλου
- Σύγκρουση στην λήψη αποφάσεων
- Διαταραγμένη αυτοεκτίμηση
- Διαταραγμένο ύπνο
- Απελπισία
- Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση

- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση οικογενειακών προβλημάτων
- Στρες
- Κοινωνική απομόνωση
- Πνευματικό αδιέξοδο

3. Θεραπευτική αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών

Η θεραπευτική αντιμετώπιση λοιπόν συνίσταται στον συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η ψυχοθεραπεία από μόνη της μπορεί να δώσει λύση στο πρόβλημα. Η θεραπευτική στρατηγική αποφασίζεται ανάλογα με την βαρύτητα της διαταραχής και τις ιδιομορφίες του πάσχοντα. Η επιτυχία της εξαρτάται από την βαρύτητα της διαταραχής και την συνεργασία του πάσχοντα. Χρησιμοποιούνται, ανάλογα με την περίπτωση, αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Σε χρόνιες και βαρύτερες περιπτώσεις, η χορήγηση λιθίου είναι πολύ χρήσιμη σαν σταθεροποιητικό της διάθεσης φάρμακο. Εναλλακτικά, για σταθεροποίηση του συναισθήματος, χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Υπάρχουν και άλλες φαρμακοθεραπείες που προσαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση. Η ψυχοθεραπεία, σε πολλές περιπτώσεις, δίνει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Ξεχωρίζουν :

- η γνωσιακή θεραπεία (ο πάσχων πρέπει να μάθει να ελέγχει τις αρνητικές σκέψεις του μέσα από μια ρεαλιστική αξιολόγησή τους)
- η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (στην συμπεριφορική θεραπεία οι συμπεριφορές που σχετίζονται με κατάθλιψη ή με υπομανία αγνοούνται, ενώ ανταμείβονται συμπεριφορές που βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος)
- η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (ο πάσχων μαθαίνει να αντιμετωπίζει τα διαπροσωπικά προβλήματα όπως είναι ο ανεπίλυτος θυμός, η αμφισβήτηση των ρόλων και η μεταφορά σε άλλους ρόλους) και
- η οικογενειακή θεραπεία όπου η παρέμβαση γίνεται και σε άλλα μέλη της οικογένειας ώστε να υπάρχει συνεργασία. Φυσικά υπάρχουν και άλλες ψυχοθεραπείες που μπορεί να συμβάλλουν και το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα καταρτίζεται με βάση την κάθε περίπτωση.

5.6 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με κατάθλιψη

1. Επαφή του καταθλιπτικού εφήβου με την επιστημονική κοινότητα.

2. Στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης του εφήβου με κατάθλιψη

- Το ιστορικό της παρούσας κατάστασης
- Το οικογενειακό ιστορικό
- Το ψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού
- Το κοινωνικό ιστορικό
- Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει το παιδί
- Τον προσδιορισμό από το ίδιο το παιδί της παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει
- Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάστασή του
- Τον τρόπο αντιμετώπισης από το καταθλιπτικό παιδί αυτών των παραγόντων
- Το επίπεδο κατανόησης του παιδιού για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του σε παιδοψυχιατρική κλινική

3. Νοσηλευτική προσέγγιση του εφήβου με κατάθλιψη

- Καθημερινή ανασκόπηση για τις δραστηριότητες της ημέρας
- Προσέγγιση του νοσηλευτή με ενσυναίσθηση και ενθάλπια ησυχάζει το παιδί και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης
- Καθημερινή επαφή και επικοινωνία με ευαισθησία
- Η καθημερινή ανασκόπηση για τις δραστηριότητες με συζήτηση ως διαδικασία αναστοχασμού
- Αξιοποιεί την ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με το παιδί για να προχωρήσει στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

4. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής καταπόνησης του εφήβου

- Ο νοσηλευτής τον βοηθά να επιμελείται την εμφάνισή του
- Να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την ατομική του υγιεινή, για να αισθάνεται σωματική ευεξία και αυτοεκτίμηση
- Οι νοσηλευτές χρειάζεται να μεταφέρουν το μήνυμα ότι κατανοούν τη σωματική και ψυχική

καταπόνηση του εφήβου και είναι διαθέσιμοι για να το βοηθήσουν με την προσφορά ελκυστικών γευμάτων και μέσα από τη δυνατότητα επιλογής φαγητών παροτρύνουν το παιδί να φάει

5. Αντιμετώπιση διαταραχής του ύπνου

Ο νοσηλευτής μένει μαζί του στο δωμάτιο του, για να αισθάνεται ασφάλεια και συντροφιά ώσπου να κοιμηθεί. Η διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο να περιλαμβάνονται υγιή πρότυπα ύπνου προάγει τη σωματική και την πνευματική του ξεκούραση.

6. Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του εφήβου

Ο έφηβος ενθαρρύνεται να υιοθετεί θετική διάθεση προς τη ζωή του και εκπαιδεύεται να επιλύει τα προβλήματά του αναπτύσσοντας αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσάρεστων ή ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

5.7 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

1. Στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης

- Λήψη κάθε απειλής στα σοβαρά.
- Συζήτηση περί της αυτοκτονίας ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση για αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του ασθενούς.

2. Αντιμετώπιση συμπτωμάτων

- Εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά της αυτοκτονίας, όπως έλεγχος του ασθενούς κάθε 15 λεπτά ή ζήτηση από αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Απομάκρυνση του ασθενούς από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών
- Διατήρηση στάσης ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης
- Να μην δίνονται υπερβολικές υποσχέσεις. Για παράδειγμα: «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Χρειάζεται ειλικρίνεια και να του δίνονται ελπίδες. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή.

- Ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο περισσότερο μπορεί.
- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με το ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα πρέπει να έρχεται σε επαφή.
- Προετοιμασία του νοσηλευτικού προσωπικού για αντιμετώπιση των μελών της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Συνεργασία όλων των μελών της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων.
- Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.

3. Προφυλάξεις στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

- Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας.
- Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.
- Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
- Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
- Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
- Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλευτή (Ραγιά, 2011).
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλευτή και του γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

5.8 Η συμβουλευτική και διασυνδεδετική προσέγγιση

Η συμβουλευτική και διασυνδεδετική προσέγγιση στο χώρο του νοσοκομείου είναι η πιο διαδεδομένη μορφή προσέγγισης των ψυχικά ασθενών και στοχεύει στην νοσηλεία ψυχικά ασθενών με ψυχολογική υποστήριξη και παροχή συμβουλών. Στόχος της συγκεκριμένης παροχής υγείας είναι η γνώση και η λειτουργία της ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενή βάσει του Βιοψυχοκοινωνικού Μοντέλου φροντίδας και στα πλαίσια οργάνωσης του Ε.Σ.Υ ή ιδιωτικών κλινικών.

Εκτός από τις σταθερές νοσοκομειακές δομές σημαντικό ρόλο παίζει και η ύπαρξη της κινητής μονάδας ψυχικής υγείας λειτουργεί ως το πρώτο στάδιο της πρόληψης της ψυχικής ασθένειας στο ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς και την διασφάλιση της συνεχούς παρακολούθησης των ψυχικά άρρωστων στο οικείο περιβάλλον τους. Η θεραπευτική ομάδα ψυχικής υγείας εφαρμόζει κατ' οίκον επισκέψεις ή στα κέντρα υγείας της περιοχής όπου ανήκουν (συνήθως επαρχία) με στόχο την σωστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή, να κρίνει το στάδιο της επανένταξης του και να υποστηρίζει τις οικογένειες στην καταβολή προσπάθειας στήριξης των αρρώστων τους. Η συμβουλευτική – διασυνδεδετική ψυχιατρική υπηρεσία θα μπορούσε να αντιμετωπίσει με περισσότερη ευελιξία τις ψυχικές διαταραχές της εφηβείας καθώς η προσέγγιση των εφήβων είναι πιο εύκολη και δημιουργική μακριά από δομές που σηματοδοτούν περιθωριοποίηση ή στιγματισμό (ψυχιατρικές κλινικές).

5.9 Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη

Οι τηλεφωνικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν μία διαδεδομένη πρακτική παροχής βοήθειας σε άτομα που εμφανίζουν ανάγκη υποστήριξης για προβλήματα υγείας και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Η ευρεία απήχησή τους αποδίδεται κατά κύριο λόγο στο χαμηλό κόστος λειτουργίας τους, την ευκολία προσέγγισης ειδικού, την αμεσότητα με τον χρήστη της υπηρεσίας και τη διασφάλιση της ανωνυμίας του (Coman, Burrows, Evans, 2001). Στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι πρώτες τηλεφωνικές υπηρεσίες εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1960, κυρίως με σκοπό την πρόληψη των αυτοκτονιών και την άμεση παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης (Lester, 2002). Έκτοτε, πληθώρα τηλεφωνικών υπηρεσιών έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να λειτουργήσουν συμπληρωματικά στις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καλύπτοντας ενδεχόμενα κενά τους, όπως ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό ή δυσκολίες πρόσβασης σε αγροτικές/απομακρυσμένες περιοχές. Παράλληλα, οι σύγχρονες τηλεφωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν αναλάβει τα τελευταία χρόνια και

θεραπευτικό έργο είτε παρέχοντας ψυχοθεραπεία μέσω τηλεφώνου είτε εξασφαλίζοντας την τήρηση του θεραπευτικού πλάνου από την πλευρά του ασθενούς (treatment adherence) (Burgess N., Christensen H., Leach LS, Farrer L, Griffiths KM, 2006).

5.9.1 Περιγραφή της τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας για την κατάθλιψη

Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη είναι μία πανελλαδικής εμβέλειας τηλεφωνική υπηρεσία ψυχολογικής βοήθειας που έχει οργανωθεί από το Πρόγραμμα «αντιστίγμα» του ΕΠΙΨΥ και λειτουργεί από τον Μάιο του 2008. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική για προβλήματα που έχουν σχέση με καταθλιπτική συμπτωματολογία, χωρίς ωστόσο να αποκλείει το σύνολο των προβλημάτων που άπτονται θεμάτων ψυχικής υγείας. Παράλληλα, η τηλεφωνική συνομιλία λειτουργεί ως κανάλι που διοχετεύει στους καλούντες επιστημονικά έγκυρες πληροφορίες για τις ψυχικές διαταραχές και την ορθή αντιμετώπισή τους.

Στο πλαίσιο αυτό, δίνεται έμφαση στο να κινητοποιηθεί ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας προς την αναζήτηση ουσιαστικής θεραπευτικής βοήθειας, με την παραπομπή του στις κατάλληλες δημόσιες – πάντα – υπηρεσίες ψυχικής υγείας κοντά στον τόπο διαμονής του.

Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη λειτουργεί σε καθημερινή βάση από τις 9:00–18:00 και στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας υπό την επιστημονική εποπτεία ομάδας ψυχιάτρων. Στις εβδομαδιαίες εποπτείες, η ομάδα έχει τη δυνατότητα να επεξεργασθεί πολύπλευρα αλλά και σε βάθος το αίτημα του ατόμου που καλεί στη Γραμμή, ενώ παράλληλα δίνονται και κατάλληλες κατευθύνσεις για τη διαχείριση παρόμοιων περιστατικών στο μέλλον (Δημόπουλος, Οικονόμου, 2011).

5.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή στα κέντρα ψυχικής υγείας

Η λειτουργία κέντρων ψυχικής υγείας στην κοινότητα βασίζεται στην προϋπόθεση ότι οι υπηρεσίες ψυχικής γίνονται πιο αναγκαίες, αυτή η ζήτηση τις κάνει πιο προσιτές, βελτιωμένες προάγεται η ποιότητα τους ενώ μετριάζεται το στίγμα που φέρουν οι έφηβοι και η οικογένειά τους. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει το ρόλο του κλινικού συμβούλου, του σύμβουλου – διασυνδετή, εκπαιδευτή και ως παράγοντας αλλαγής. Οι πολύπλευρες, λοιπόν, αλλαγές στοχεύουν στη βελτίωση της άσκησης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής καθώς και στην αποτελεσματική βοήθεια των ατόμων, των ομάδων, και των οικογενειών που πάσχουν.

Σήμερα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει πρόκληση προκρινόμενου να δημιουργήσει και να εφαρμόσει νέους τύπους φροντίδας για τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχικά προβλήματα στο νοσοκομείο και στην κοινότητα.

Η ανάπτυξη κέντρων ψυχικής υγείας θα καλύψει τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων σε κοινοτικό επίπεδο, θα μετριάσουν το κοινωνικό στίγμα που φέρουν τα άτομα και οι οικογένειες τους. Τα κέντρα ψυχικής υγείας πρέπει να εγκατασταθούν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Η ευελιξία λοιπόν, η φαντασία και η διάθεση για καινοτομία είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής κάνει επισκέψεις στο σπίτι, οργανώνει την ομάδα και επιβλέπει το πρόγραμμα θεραπείας.

Η συμβουλευτική στην ψυχική υγεία ορίζεται ως διεργασία επικοινωνίας μεταξύ ειδικού νοσηλευτή, ενός ανεξάρτητου ατόμου, μιας ομάδας ή ενός λειτουργού υγείας που εργάζεται σε ένα ίδρυμα και αναζητά συμβουλή προκειμένου να σχεδιάσει τη φροντίδα του ασθενούς. Οι μελέτες έδειξαν ότι το 50% του ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού με ψυχικά προβλήματα ποτέ δεν ζήτησε βοήθεια. Έχοντας υπόψη αυτά τα δεδομένα ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καθιερώνει διασυνδέσεις μεταξύ των ειδικών κέντρων και με τα άτομα που παρουσιάζουν το πρόβλημα. Απαιτείται, λοιπόν, μια καλά οργανωμένη στρατηγική, καθώς και επιτυχείς διαπροσωπικές δεξιότητες. Η εμπιστοσύνη αποτελεί το πρώτο βήμα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιδειξει επάρκεια, αξιοπιστία και εχεμύθεια.

Ένας εξίσου σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι εκείνος του εκπαιδευτή. Ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει εκπαιδευτικές ή θεραπευτικές υπηρεσίες προτού οι ψυχολογικές λειτουργίες επιδεινωθούν σοβαρά. Πρέπει να τον προετοιμάζει κατάλληλα, προκειμένου να εξηγήσει την αντίληψη του φόβου και του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική νόσο. Να εκπαιδεύσει τον ασθενή να αλλάξει συμπεριφορά, να εστιάζει δηλαδή στην διδασκαλία του ασθενή με σκοπό να αναγνωρίσει σημεία και συμπτώματα. Όταν ο νοσηλευτής δρα ως παράγοντας αλλαγής αρχικά παρέχει υποστηρικτικές θεραπείες στον ασθενή, για παράδειγμα όταν ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται με έφηβο που έχει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ο στόχος αλλαγής μπορεί να είναι η ευαισθητοποίηση ομάδας συμμαθητών του ή του οικογενειακού περιβάλλοντος του εφήβου.

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολυδιάστατος. Στόχος του είναι να παρέχει ατομική οικογενειακή και ομαδική ψυχοθεραπεία, να συνεργάζεται με ποικιλία ατόμων και κέντρα ψυχικής υγείας και να συντονίζει μεταξύ τους διασυνδέσεις, να εστιάζει την προσοχή του σε εντόπιση ομάδων υψηλού κίνδυνου, να αναπτύσσει εκπαιδευτικά προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες, και να υποβάλει προτάσεις για την βελτίωση των παρερχόμενων υπηρεσιών ψυχικής

υγείας. Η συμβουλευτική και η θεραπεία αποτελούν μεγάλο μέρος της συνολικής ευθύνης του νοσηλευτή. Η ομαδική θεραπεία είναι δύσκολο να λειτουργήσει αποτελεσματικά γιατί επικρατεί ο φόβος της διαρροής. Αναγνωρίζοντας ο νοσηλευτής αυτούς τους παράγοντες πρέπει να χρησιμοποιήσει καινοτόμες και δημιουργικές προσεγγίσεις, προκειμένου να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν τους ειδικούς θεραπευτικούς στόχους.

5.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην σχολική κοινότητα

Ο σκοπός της σχολικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τους εφήβους να βελτιώσουν την αυτοεικόνα τους, να αποκτήσουν δεξιότητες αντιμετώπισης του stress και διαχείρισης των διαπροσωπικών σχέσεων. Η διδασκαλία ή η αγωγή υγείας μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή περιστασιακή. Ο νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους εφήβους και τους εκπαιδευτικούς σχετικά με ψυχικές διαταραχές. Συναφής με τον εκπαιδευτικό ρόλο είναι και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η επικοινωνία και η συζήτηση με κάθε έφηβο, η ενημέρωση, η επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του εφήβου και της οικογένειάς του, αλλά και η νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται. Στα πλαίσια των σχολικών δραστηριοτήτων υλοποιούνται και προγράμματα αγωγής υγείας.

Το Ψυχοκοινωνικό Μοντέλο που εφαρμόζεται στα πλαίσια αυτών των προγραμμάτων εισάγει την έννοια των κοινωνικών δεξιοτήτων και αναπτύσσει:

- τρόπους επικοινωνίας
- τρόπους επίλυσης συγκρούσεων
- τρόπους λήψης αποφάσεων
- τρόπους συνειδητής επιλογής
- ανάπτυξη αυτοεκτίμησης, υπευθυνότητας
- ενίσχυση προσωπικότητας

Αυτό το μοντέλο που εφαρμόζουμε στα προγράμματα Αγωγής Υγείας:

- Δεν εκφοβίζει τους εφήβους, ούτε κινδυνολογεί.
- Δεν απαγορεύει, ούτε απορρίπτει.
- Δε διδάσκει, αλλά διαπαιδαγωγεί.
- Προσφέρει πλαίσιο στήριξης και αποδοχής.
- Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.
- Εξοικειώνει τον έφηβο με ποικίλες καταστάσεις της ζωής και τον βοηθά να γνωρίσει τον

εαυτό του και να αποκτήσει δεξιότητες, έτσι ώστε να μπορεί να υιοθετεί θετικές στάσεις και συμπεριφορές στη ζωή του

Η Αγωγή Υγείας δεν αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο γνωστικό αντικείμενο, αλλά αποτελεί στοιχείο κάθε πτυχής της σχολικής ζωής και εξοπλίζει τους εφήβους με ικανότητες, ώστε:

- Να βρίσκουν, να κατατάσσουν και να αξιοποιούν τις πληροφορίες.
- Να σχεδιάζουν μια έρευνα και να αξιολογούν τα δεδομένα της.
- Να επικοινωνούν.
- Να ερμηνεύουν τις σχέσεις μεταξύ του φυσικού κόσμου και των ανθρώπων.
- Να αναγνωρίζουν τους κινδύνους που απειλούν την υγεία τους και να κάνουν σωστές επιλογές.
- Να αναγνωρίζουν τη δύναμη της διαφήμισης.
- Να αντιστέκονται στις πιέσεις.
- Να προστατεύουν την ατομική τους υγεία και την υγεία των άλλων.

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή στα πλαίσια υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί μπορεί να λειτουργήσει ως συνεργάτης των υπεύθυνων καθηγητών ή και ως εμπυχωτής της ομάδας. Έτσι, του δίνεται η δυνατότητα να διαγνώσει πιθανές παρεκκλίνουσες συμπεριφορές ή ψυχικές ασθένειες και να δρομολογήσει με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω εξατομικευμένες λύσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Επιπλέον, ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής σε επίπεδο σχολικής κοινότητας μπορεί να περιλαμβάνει συνεργασία τοπικών φορέων υγείας και σχολειών όπου αναπτύσσονται προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης προκειμένου να αναγνωρίσει ο νοσηλευτής και να ασχοληθεί αποτελεσματικότερα με τον έφηβο ο οποίος παρουσιάζει ψυχικά προβλήματα (Σώκου, 2000).

Η οικονομική κρίση δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο στην σχολική κοινότητα καθώς το κράτος αφενός συρρικνώνει τις εκπαιδευτικές διαδικασίες προαγωγής υγείας αφετέρου αδυνατεί να υλοποιήσει ένα πάγιο αίτημα της εκπαιδευτικής κοινότητας δηλαδή τη λειτουργία και την στελέχωση με ειδικό επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγοι- νοσηλευτές) σχολικών κέντρων - γραφείων προαγωγής και προστασίας της υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ιδιαίτερα στη Ελλάδα η οικονομική κρίση και οι κυβερνητικές πολιτικές οδήγησαν στην διάλυση του εθνικού συστήματος υγείας και των πολύ-ιατρικών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ο κλάδος της Ψυχιατρικής παρά τις όποιες προσπάθειες και τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις που γίνονται, έχει ακόμα πολλά κενά. Δεν παρέχεται πλήρης και οργανωμένη υποστήριξη στους φροντιστές των ψυχικά ασθενών, οι οποίοι έχουν πολύ περισσότερες ανάγκες από όσες μπορούν να καλυφθούν με το παρόν σύστημα υγείας. Παράλληλα, το αίτημα για ενίσχυση των σχολειών με ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές) για την αντιμετώπιση των σύνθετων βιοσυναισθηματικών συμπεριφορών της εφηβείας, στην εποχή της οικονομικής κρίσης φαίνεται μη υλοποιήσιμο.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο ρόλος του νοσηλευτή είναι διπλός. Καταρχήν καλούμαστε να διεκδικήσουμε ένα ασφαλές αποδοτικό και χρήσιμο για την κοινωνία εργασιακό περιβάλλον. Η εξειδίκευση των νοσηλευτών σε θέματα αντιμετώπισης των ψυχογενών συμπεριφορών και νοσημάτων (άγχος, κατάθλιψη, αυτοκτονία) που εκδηλώνονται στην εφηβική ηλικία είναι αναγκαία προϋπόθεση για την ουσιαστική συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ή δράσεις αντιμετώπισης τέτοιων φαινομένων. Οι φορείς Ψυχικής Υγείας χρειάζονται οικονομική υποστήριξη ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα που αναζητούν οι επαγγελματίες υγείας για τον ψυχικά άρρωστο και την οικογένεια του. Με αυτό εννοείται η ίδρυση περισσότερων Ξενώνων και Δομών για την φιλοξενία των ασθενών και πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού. Ακόμη, θα ήταν αναγκαίο για τους φροντιστές η οργάνωση ομάδων Υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό για την ψυχολογική και ηθική τους υποστήριξη. Η ομάδα αυτή θα τους βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων τους και στην αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών τους. Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η επαρκής χορήγηση επιδομάτων από τους κρατικούς φορείς έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι σε θέση να καλύπτουν πλήρως τα έξοδα τους χωρίς να εξαρτώνται οικονομικά τουλάχιστον από τους φροντιστές τους.

Συνοψίζοντας τονίζεται ότι για αξιολόγηση των υφισταμένων συνθηκών με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει οι αρμόδιες αρχές διαμόρφωσης πολιτικών υγείας:

- Να ενισχύσουν και με χρηματοδότηση, τη νοσηλευτική ερευνητική δραστηριότητα.

- Να διαμορφώσουν πολιτικές που θα υποστηρίζουν το νοσηλευτικό δυναμικό προκειμένου αυτό να διατηρήσει και να βελτιώσει το επαγγελματικό του κύρος.
- Να επανεξετάσουν και να αναθεωρήσουν ανάλογα, πολιτικές που εξετάζουν τους κινδύνους που αφορούν στην υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας καθώς και έλεγχο της εφαρμογής τους.
- Να παράσχουν ευκαιρίες στους νοσηλευτές ώστε να συμμετάσχουν στο σχεδιασμό και τον έλεγχο της εργασιακής πρακτικής και στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.
- Να παράσχουν κίνητρα στους νοσηλευτές που επιδεικνύουν ισχυρές δεξιότητες στο χώρο εργασίας.
- Να επιβραβεύουν δραστηριότητες οι οποίες καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της προσφοράς.

Κατά δεύτερον, οι νοσηλευτές καλούμαστε να προσφέρουμε, στα πλαίσια της αλληλεγγύης, στις υπάρχουσες δομές, ακόμα και εθελοντικά, την γνώση και την εμπειρία μας για την ανακούφιση των συμπολιτών μας. Παράλληλα, πρωτοβουλίες νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών για τη σύσταση ομάδων βοήθειας, παρέμβασης και ενίσχυσης οικογενειών που πλήττονται από την κρίση, είναι αναγκαίες στα πλαίσια της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης.

Οι νοσηλευτές συμβάλλουν στις προσπάθειες της κοινωνίας για χειρισμό των προκλήσεων της εποχής μας στη δημόσια υγεία, καθώς επίσης και στη διασφάλιση παροχής υψηλής ποιότητας, ευπρόσιτων, αμερόληπτων, ικανών και ευαίσθητων υπηρεσιών που θα κατοχυρώνουν τη συνέχεια της φροντίδας, τονίζοντας τα δικαιώματα των ανθρώπων και των μεταβαλλόμενων αναγκών. Καλά υποκινούμενο, εκπαιδευμένο και επαρκές νοσηλευτικό δυναμικό θα αποτελέσει το κλειδί στην επιτυχία του κοινωνικού μοντέλου που βασίζεται στην καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στη συνεργασία μεταξύ των συμβαλλομένων μερών στη φροντίδα. Βρισκόμαστε στην πρώτη γραμμή σε ό,τι αφορά στην παροχή φροντίδας προς τον άνθρωπο. Μέσα σε ένα συνεχές μεταβαλλόμενο περιβάλλον είμαστε σε θέση να αξιοποιήσουμε κατάλληλες μεθόδους προς επίτευξη της βέλτιστης Νοσηλευτικής και πρακτικής προς όφελος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αντιπροσωπευτικές γενικές αρχές νοσηλευτικής διεργασίας στη φροντίδα ψυχικής υγείας:

- Κάθε συμπεριφορά περιλαμβάνει ολόκληρη την ανταπόκριση του ατόμου προς ερεθίσματα, όπως η αντίδραση των ατόμων.
- Σε κάθε άτομο υπάρχει ένα έμφυτο δυναμικό που το ωθεί προς την ανάπτυξη και την πρόοδο.
- Η συνέπεια των νοσηλευτών αυξάνει την ικανότητα του αρρώστου να εμπιστεύεται αυτούς.
- Ουσιώδης πληροφορία για την κατανόηση των ανθρώπων και των προβλημάτων τους μπορούν να εξασφαλιστούν με την συνέντευξη, η συνέντευξη είναι πιο επιτυχημένη όταν προσαρμόζεται στην ηλικία και στις ψυχοσωματικές ικανότητες του αρρώστου, εξαρτάται από την αποδοχή, αντικειμενικότητα, ευγένεια και το θερμό ενδιαφέρον αυτού που την κατευθύνει.
- Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη πρώτα να εκπληρωθούν οι φυσιολογικές τους ανάγκες πριν στρέψουν την προσοχή τους στην εκπλήρωση αναγκών υψηλότερου επιπέδου.
- Η λύση προβλημάτων είναι σημαντικό στοιχείο στην νοσηλευτική διεργασία.
- Η ανάγκη αυτοάμυνας σημαίνει αντίληψη μιας απειλής και διαπιστώνεται συνήθως στην νοσηλευτική αξιολόγηση.
- Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να αισθάνονται ικανοί, να κατευθύνουν τη ζωή τους και να ελέγχουν το περιβάλλον τους.
- Οι σωματικές ανάγκες και το επίπεδο της σωματικής υγείας επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ο Κ. 16 ετών, εισήχθη στο νοσοκομείο με διάγνωση κατάθλιψη, ιδέες αυτοκτονίας και απομόνωση από τον κοινωνικό του περίγυρο. Το οικογενειακό περιβάλλον ανησυχεί για την υγεία του διότι το τελευταίο διάστημα ο γιος τους απείχε από κάθε οικογενειακή δραστηριότητα.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συμπεριφορά αυτοκτονίας – κατάθλιψη – απομόνωση.

Υποστηρικτικά δεδομένα

Λέει : οι γονείς μου απολύθηκαν – στο οικογενειακό περιβάλλον επικρατούσε έντονο άγχος και συγκρούσεις μεταξύ τους, ένιωθα βάρος. Δεν ζητούσα χρήματα να βγω με τους φίλους μου, σταμάτησα τα φροντιστήρια μου, είχα απομονωθεί. Το μόνο που σκεφτόμουν ήταν πως ήμουν βάρος.

Ομολογεί ότι πότε – πότε σκεφτόταν την αυτοκτονία.

3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΙΔΑΣ

Μακροπρόθεσμος νοσηλευτικός σκοπός

- Μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής να εκφράσει λεκτικά ότι θέλει να ζήσει.

Βραχυπρόθεσμος νοσηλευτικός σκοπός

- Ο ασθενής να παραμείνει ασφαλισμένος κατά το διάστημα της νοσηλείας του και να απομακρυνθούν επικίνδυνα βλαπτικά αντικείμενα (ελαχιστοποίηση δυνατότητας αυτοκαταστροφής).
- Άμεση εκτίμηση του βαθμού καταθλιπτικών επεισοδίων και τάσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ερώτηση αν σκέπτεται την αυτοκαταστροφή (καθορισμός των προφυλακτικών μέτρων για πρόληψη).
- Συστηματική παρατήρηση του ασθενή κάθε 15' (η τακτική παρατήρηση μεγιστοποιεί την ασφάλεια του).
- Παρατήρηση για σημεία αυτοκτονικών δεικτών.
- 3 φορές τη μέρα για 15' επικοινωνία με τον ασθενή (δίνεται η ευκαιρία να δημιουργηθεί μια υποστηρικτική σχέση και να δημιουργηθεί αίσθημα εμπιστοσύνης, ο ασθενής αισθάνεται ότι ο κάποιος ενδιαφέρεται για αυτόν και ότι έχει αξία. Έτσι αρχίζει συνεργασία για την επίλυση του προβλήματος).
- Παρακολούθηση για παρενέργειες των χορηγούμενων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (ορθοστατική υπόταση – ζάλη) (πρόληψη βλαβών από πτώση).
- Καταγραφή όλων των εκτιμήσεων και νοσηλευτικών παρεμβάσεων (ενημέρωση – επικοινωνία – συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας).

4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο σκοπός εκπληρώθηκε. Ο έφηβος άρχισε να σκέπτεται θετικά, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές απουσιάζουν.

2^{ος} σκοπός ο ασθενής πρέπει να ονομάσει τρία προσωπικά θετικά χαρακτηριστικά.

I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Προσέγγιση αρρώστου με θετικό, ανοικτό και όχι κριτικό τρόπο (ελαχιστοποιείται η ενοχή, αυξάνεται η ελπίδα και ενθαρρύνεται η εξωτερίκευση).
- Εκτίμηση μαζί με τον άρρωστο, των αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος (ανακατευθύνει την αρνητική αυτοαξιολόγηση στις θετικές δεξιότητες που έχει).
- Βοήθεια του αρρώστου να αναγνωρίσει προσωπικές θετικές δυνάμεις του (η τακτική αυτή μπορεί να ανυψώσει την αυτοεκτίμηση του να αναγνωρίσει την ελπίδα να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και να βοηθήσει τον άρρωστο να αναγνωρίσει τις προσωπικές του θετικές δυνάμεις).

II. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο σκοπός εκπληρώθηκε. Ο ασθενής κατάφερε να αναγνωρίσει τρία θετικά χαρακτηριστικά του : είναι ευσυνείδητος, είναι καλός παρατηρητής και δημιουργικός.

3^{ος} σκοπός ο ασθενής πρέπει να διατυπώσει τρεις μελλοντικές σκέψεις

I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να συζητήσει και να εξετάσει μελλοντικές ενέργειες (οι άνθρωποι όταν είναι καταθλιπτικοί δυσκολεύονται να σκέπτονται μελλοντικά και θετικά).
- Ενίσχυση της χρήσης δεξιοτήτων λύσης προβλημάτων (ο τρόπος αυτός ενισχύει τις δεξιότητες του αρρώστου και του δίνει πλαίσιο υποδομής για το μέλλον).

II. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Εκπλήρωση του σκοπού. Ο τρόπος σκέψης άλλαξε, ο έφηβος σκέπτεται θετικά, κάνει όνειρα για το μέλλον και είναι αισιόδοξος για την οικονομική κατάσταση των γονιών του.

4^{ος} σκοπός ο ασθενής θα ονομάσει τρεις ενέργειες που μπορεί να πραγματοποιήσει αν αισθανθεί καταθλιπτικός στο μέλλον.

I. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Αξιολόγηση, μαζί με τον άρρωστο, των κοινωνικών και προσωπικών του στηριγμάτων (ενισχύει τη διαθεσιμότητα στηριγμάτων και μπορεί να ελαττώσει το άγχος και το αίσθημα απομόνωσης)
- Σύνδεση της οικογένειας με τον έφηβο σε προσπάθειες λύσης προβλημάτων (ελαττώνει τα αισθήματα απομόνωσης και αδυναμίας και δίνει στο ασθενή αίσθημα ότι τον φροντίζουν).

II. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Μερική εκπλήρωση του σκοπού. Συνεχίζει σε μικρό βαθμό να επηρεάζει τον ασθενή η μη οικονομική επίλυση του προβλήματος της οικογένειας του. Η στήριξη της οικογένειας, η εκδήλωση αγάπης και φροντίδας τον έκαναν να σκέπτεται θετικά. Επίσης, ανέφερε ότι θα συνεχίσει να συμβουλευέται κάποιον ειδικό και αφότου βγει από το νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Κ. (2009) Παγκόσμια οικονομική κρίση, ουδέ κακόν αμιγές καλού. Επιστημονικό Μάρκετινγκ, Τεύχος 56.
- Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. και Λαζαράτου Ε. (1998) Εφηβική Ψυχιατρική, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής τόμος 15, τεύχος Ι.
- Γεώργας Δ. (1999) Ψυχολογικές και οικολογικές διαστάσεις στη δομή και λειτουργία της οικογένειας. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.
- Γιωτάκος Ο., Καραμπέλας Δ., Καυκάς Α. (2011) Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα.
- Γιωτάκος Ο. (2010) Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα.
- Δημόπουλος Γ. και Οικονόμου Μ. (2011) Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας και επαγγελματίες ψυχικής υγείας: ο ρόλος της εποπτείας-διαμεσολάβηση στην απάντηση του αιτήματος.
- ΕΠΨΥ (2001) Οι αυτοκτονίες στους έφηβους, www.epipsi.gr.
- ΕΠΨΥ (2006) Αυτοκτονία στους νέους: Πρόληψη, www.epipsi.gr.
- ΕΠΨΥ (2006) Κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους, www.epipsi.gr.
- Ζαφειροπούλου Μ. (2004) Προσαρμογή στο σχολείο, Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Ιεροδιακόνου Χ. (1988) Οι νευρώσεις των παιδιών και των εφήβων, στο Τσιάντης Γ. (επιμέλεια): Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Ιεροδιακόνου Χ. (1991) Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά. Εκδόσεις Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη.
- Καζάζη Ρ. (1993) Κοινωνιολογία της εκπαίδευσης. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Κορώσης Κ. (1997) Έφηβοι και οικογένεια. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Κουράκης Ν. (2004) Δίκαιο παραβατικών ενηλίκων. Εκδόσεις Σακκουλά, Αθήνα.
- Κουρκούτας Ε. (2001) Η ψυχολογία του εφήβου. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κυρίδης Α. (1996) Εκπαιδευτική ανισότητα, οριοθέτηση και προσπάθειες θεωρητικής προσέγγισης της. Εκδόσεις Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη – Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ. και Τσιαντού Β. (2009) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Copyright Athens Medical Society.

- Κυριόπουλος Ι. (2010) διάλεξη: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Πρακτικά των εργασιών του 16ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα.
- Κωνσταντινίδης Θ. (1997) Κοινωνιολογία του σχολείου και της σχολικής τάξης. Εκδόσεις Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη.
- Λαζαράτου Ε. και Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2001) Εφηβεία και κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 18.
- Λαζαράτου Ε. και Αναγνωστόπουλος Κ. (2001) Εφηβεία και Κατάθλιψη. Εκδόσεις : Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Μανιάτης Θ. (2010) Όψεις της κρίσης της ελληνικής οικονομίας.
- Μάνος Ν. (1997) Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μαρίνος Γ. και Ανθόπουλος Στ. (1999) Νευρώσεις: διάγνωση - θεραπεία, Ύπνωση - Υπνοθεραπεία. Μύθος και πραγματικότητα. Θεραπευτικά μοντέλα. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.
- Μαστρογιαννάκης Σ. (2010) Μορφολογία του ελληνικού οικονομικού τραπεζικού συστήματος και η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση: Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Εκδόσεις Χαράλαμπος Σολδάτος, Αθήνα.
- Μοριχοβίτης Γ.Α. (2001) Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας. Τόμος 3, Εκδοτική Φλώρινας Ι. Αριστείδου, Φλώρινα.
- Μουσούρου Λ. (1989) Η Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Μπίμπου - Νάκου Ι. (2004) Το άγχος και η φοβία σε παιδιά, στο Καλαντζή-Αζίζι Α. και Ζαφειροπούλου Μ. (επιμέλεια): Προσαρμογή στο σχολείο, Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μπρακονιέ Α. και Μαρτσέλι Ν. (2002) Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Μυλωνάς Θ. (1998) Κοινωνιολογία της ελληνικής εκπαίδευσης. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Νομικού Χ. (2004) Εφηβεία, Η ηλικία της επανάστασης. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.
- Ντολτό Φ. και Ντολτό - Τολίτζ Κ. (1993) Έφηβοι, προβλήματα και ανησυχίες. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

- Πανηγυράκης Γ. (2001) Σύγχρονη διοικητική δημοσίων Σχέσεων. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου Β.Α (2005) Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Παρασκευόπουλος Ι. (1985) Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Σχολική ηλικία. τόμος 3, Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα.
- Παρασκευόπουλος Ι. (1988) Κλινική Ψυχολογία, Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία ψυχικών διαταραχών. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Ραγιά Χρ. Α.(2009) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η Έκδοση Παπανικολάου, Αθήνα.
- Σφακιανάκης Μ.Κ (1998) Διοικητική κρίσεων. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Σώκου Κ. (2003) Η Προαγωγή της Ψυχικής και Κοινωνικής Υγείας ως Πολιτική Πρόληψης της Βίας στο Σχολείο.
- Τάνταρος Σ. (2004) Οικογένεια και ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου: Θεωρητικές προσεγγίσεις και προβληματισμοί στο Τάνταρος Σ. επιμέλεια Ανθρώπινη ανάπτυξη και οικογένεια. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Τούντας Γ. (2000) Κοινωνία και Υγεία . Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
- Τούντας Γ. (2004) Κοινωνία και Υγεία. Εκδόσεις : Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τσαλίκου Φ.(1989) Σχιζοφρένεια και φόνος. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Τσιαντής Ι. και Μανολόπουλος Σ. (1992) Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, β' τόμος, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Τσιαντής Ι. (1988) Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Φραγκουδάκη Α. (1985) Κοινωνιολογία της εκπαίδευσης. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Χαρτοκόλλης Π. (1991) Εισαγωγή στην ψυχιατρική, 2η έκδοση. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Χουρδάκη Μ. (1992) Οικογενειακή Ψυχολογία. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angold A., Costello EJ., Erkanli A. (1999) Comorbidity. J Child Psychology and Psychiatry, Cambridge University Press.
- Appleby J. (2008) The credit crisis and health care. Br Med J.
- Berchick Edward R., William T. Gallo, Vida Maralani, and Stanislav V. Kasl. (2012) Inequality and the Association between Involuntary Job Loss and Depressive Symptoms, Social Science & Medicine.
- Birmaher B, Williamson D.E., Dahl R.E, Axelson D.A et al (2004) Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.
- Blackledge D. & Hunt B. (2000) Κοινωνιολογία της εκπαίδευσης, Μετάφραση Δελιγιάννη Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Bourassa C. (2007) Co-Occurrence of Interparental Violence and Child Physical Abuse and its Effect on the Adolescents' Behavior. Journal of Family Violence.
- Burgess N., Christensen H., Leach LS, Farrer L, Griffiths KM. (2006) Mental health profile of callers to a telephone counselling service. Centre for Mental Health Research, Australian National University, Canberra, Australia.
- Cemen P. (1989) Το άγχος για τα μαθηματικά, Αθήνα: Εκδόσεις Παρουσία.
- Coman, G., Burrows, G., & Evans B. (2001) Telephone counselling in Australia: applications and considerations for use. British Journal of Guidance and Counselling.
- Conger I. (1981) Η εφηβική ηλικία – Μια καταπιεσμένη γενιά. Μετάφραση Σόλμαν Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.
- Duncan, R. (2004) The impact of family relationship at school bullies and victims in: Espelage L. & Swearer M. (Ed) Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson E.H. (1963) Childhood and society. (2nd Ed., Rev. & Enl.) New York.
- Espelage, L., Mebane, S. & Adams, R. (2004) 'Empathy, caring and bullying: Toward an understanding of complex associations' in: Espelage, L. & Swearer, M. (Ed) Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Espelage, L., Mebane, S. & Swearer, S. (2004) 'Gender differences in bullying: Moving beyond mean level differences' in: Espelage, L. & Swearer, 210 M. (Ed) Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention. New

Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Espelage D.L. & Swearer S.M. (Eds.) (2004) *Bullying in American schools*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ferrie J.E., Shopley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG., (2002) Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol & Community Health*
- Hammen C. (1991) *Depression Runs in the Family*. Department of Psychology, University of California, New York, publisher Springer-Verlag.
- Harrington R. (2001) *Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence*. University Department of Child and Adolescent Psychiatry, Manchester, OXFORD JOURNALS.
- Harrington R., Fudge H., Rutter M., Bredenkamp D., et al. (1993) Child and adult depression: a test of continuities with data from a family Study. *Br J Psychiatry*
- Harrington, R (2002) *Affective Disorders*. In: M. Rutter & E. Taylor (Eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition, Blackwell Publishing.
- Herbert M. (1997) *ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του*. Μετάφραση Σκορβέλη Γ. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert M. (1999) *Ψυχολογικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας, επιμέλεια*. Καλατζή-Αζίζι Α. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert M. (1986) *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*, Γ έκδοση Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
- Herbert M. (1994) *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*, β' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Hogan A.M (2011) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Jahoda M. (1982) *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge University Press, 1st edition.
- Karsten I. Paul, Klaus Moser (2009) *Unemployment impairs mental health: Meta-analyses*. University of Erlangen-Nuernberg, Organizational and Social Psychology, *Journal of Vocational Behavior*, elsevier, Nuernberg, Germany.
- Kasen S., Berenson K., Cohen P. & Johnson J. (2004) The effects of school climate on changes in aggressive and other behaviors related to bullying in: Espelage L. & Swearer M.

- (Ed) *Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kasl SV, Jones BA. (2000) *The Impact of Job Loss and Retirement on Health*. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
 - Weare K. & Gay G. (2000) *Η Προαγωγή της Ψυχικής & Συναισθηματικής Υγείας στο σχολείο-Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς*. Αθήνα: Επιμέλεια Σώκου Κ., Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
 - Lester D. Ed. (2002) *Crisis intervention and counselling by telephone* 2nd edition.
 - Lewis A. & Levy J. (1982) *Psychiatric liaison nursing: The theory and clinical practice*. Reston, V.A Reston Publishing.
 - Limber S. (2004) 'Implementation of the Olweus bullying prevention program in American schools: lessons learned from the field' in: Espelage, L. & Swearer, M. (Ed) *Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
 - Maniatis T. and Passas C. (2012) *Profitability capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009: A Marxist analysis* Review of Political Economy.
 - Murphy G. & Athanasou J.A. (1999) *The effect of unemployment on mental health*. *Journal of occupational and organizational Psychology*.
 - Olweus D. (2002a) 'Sweden' in: Smith P., Morita P., Junger – Tas Y., Olweus D., Catalano R. & Slee P. (Ed) *The nature of school bullying. Across-national perspective*. London – New York: Routledge.
 - Olweus D. (2002b) 'Norway' in: Smith P., Morita P., Junger – Tas Y., Olweus D., Catalano R. & Slee P. (Ed) *The nature of school bullying. Across-national perspective*. London – New York: Routledge.
 - Pervin L. & John O. (2001) *Θεωρίες προσωπικότητας, μετάφραση Αλεξανδροπούλου Ε. και Δασκαλοπούλου Ε*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
 - Rigby K. (2003a) *Bullying in schools and what to do about it*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
 - Rigby K. (2003b) *Consequences of bullying in schools*. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
 - Rigby K. (2003b) *Consequences of bullying in schools*. *The Canadian Journal of Psychiatry*.
 - Rigby K. (2008) *Σχολικός εκφοβισμός, Μετάφραση Δόμπολα Β*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

- Rigby K. (2003) *Addressing bullying in schools: theory and practice*. Canberra: Australian Institute of Criminology. Springfield: Charles C. Thomas.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M., (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*.
- Swearer M., Grills A., Haye K. & Cary P. (2004) Internalizing problems in students involved in bullying and victimization: implication for intervention in: Espelage L. & Swearer M. (Ed) *Bullying in American schools: a social ecological perspective on prevention and intervention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valkonen T. & Martikainen P. (1995) The association between unemployment and mortality: causation or selection. In Lopez A., Caselli G., Valkonen T. (ed): *Adult Mortality in Developed Countries: From Description to Explanation*. Clarendon Press, Oxford.
- Weissman M., Gammon GD., John K., Merikangas K.R., Warner V., Prusoff B.A., Sholomskas D. (1987) Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry*.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: World Health Organization, Geneva.

