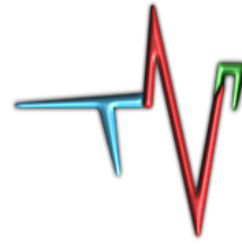




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Πτυχιακή Εργασία:**

**«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ :ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (ΑΜ 9593)**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΛΜΠΙΑΝΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2021**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για όλα όσα έχει κάνει για μένα, για όσα μου έχει προσφέρει και κυρίως για όλη την στήριξη και την βοήθεια που μου παρείχε αυτά τα 4 χρόνια, στις σπουδές μου. Οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου, για όλη την γνώση που μου προσέφεραν και για τα όσα με δίδαξαν. Τέλος, δεν θα έπρεπε να παραλείψω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, για την τόσο εμπειριστατωμένη βοήθεια και καθοδήγηση με αμείωτη υπομονή και επιμονή καθ' όλη την διάρκεια της παρούσας εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να την ευχαριστήσω για τις συμβουλές τις που με βοήθησαν όχι μόνο στις σπουδές μου, αλλά και στην ζωή μου γενικότερα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από κατάθλιψη, ο ρόλος της οικογένειας και η μελέτη του νοσηλευτικού ρόλου στην διάγνωση, στην αντιμετώπιση και στην πρόληψη της ψυχικής νόσου.

**Ανασκόπηση:** Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, χωρίς να κάνει διακρίσεις στο φύλο και στην οικονομική ή κοινωνική κατάσταση του καθενός. Η ανάλυση θα βασιστεί σε τέσσερις άξονες. Αρχικά θα παρουσιαστεί η νόσος της κατάθλιψης με τις ιατρικές εκφάνσεις της (ορισμός της νόσου, ταξινόμηση των τύπων κατάθλιψης, κλινική εικόνα). Στην συνέχεια θα δοθεί έμφαση στην κατάθλιψη κατά την παιδική ηλικία και στους τρόπους θεραπείας αυτής. Στην πορεία θα γίνει ανάλυση της κατάθλιψης κατά την εφηβική ηλικία. Τέλος, θα γίνει σχολαστική ανάλυση στον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής στην συγκεκριμένη νόσο και θα παρουσιαστούν κάποια κλινικά περιστατικά της νόσου.

**Μεθοδολογία:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, περιλάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και κλινικών μελετών στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed, HeaLink. Συμπληρωματική βιβλιογραφία αναζητήθηκε και μέσω άλλων διαδικτυακών ηλεκτρονικών μηχανών αναζήτησης.

**Συμπεράσματα:** Παρά τις σημαντικές προόδους της επιστήμης η κατάθλιψη παραμένει μία από τις συχνότερες ψυχικές νόσους στα παιδιά αλλά και στους εφήβους. Είναι γνωστό όμως, από μελέτες ότι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου συμβάλλει στην καλύτερη πρόγνωση και θεραπεία της νόσου. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην διαχείριση της οικογένειας και του παιδιού ή του εφήβου που πάσχει, στην εκμάθηση και διδασκαλία καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου (ατομική-ομαδική ψυχοθεραπεία, διδασκαλία γονέων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, φαρμακευτική αγωγή), αλλά και στην πρόληψη εμφάνισης της νόσου.

**Λέξεις κλειδιά:** κατάθλιψη, παιδική ηλικία, εφηβεία, ρόλος του νοσηλευτή, πρόληψη, αντιμετώπιση

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this project is to study the children and adolescents that are suffering from depression , the role of the family and the study of the nursing role in diagnosis, treatment and prevention of this mental illness.

**Retrospection:** Depression is one of the most common mental disorders that can occur at any age, without discriminating on the basis of gender, economic or social status. The analysis will be based on four axes. Initially, the disease of depression with its medical manifestations will be presented (definition of the disease, classification of the types of depression, clinical picture). Then, emphasis will be given to depression in childhood and the ways of its treatment. In the course, there will be an analysis of depression during adolescence. Finally, there will be a meticulous analysis of the role that the nurse has in this disease and some clinical cases of the disease will be presented.

**Methodology:** The methodology followed included a search for reviews and clinical studies in the Medline, PubMed, HeaLlink databases. Additional literature was also searched through other online search engines.

**Conclusions:** Despite significant advances in science, depression remains one of the most common mental illnesses in children and adolescents. However, it is known from studies that early diagnosis of the disease contributes to better prognosis and treatment of the disease. The nurse plays an important role in the management of the family and the child or adolescent who suffers, in learning and teaching throughout the illness (individual-group psychotherapy, teaching parents and other family members, medication), but also in preventing the onset of the disease

**Keywords:** depression, childhood, adolescence, role of nurse, prevention, treatment

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Κατάθλιψη</b>	
1.1 Ορισμός της κατάθλιψης.....	9
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.3 Τα είδη της κατάθλιψης.....	13
1.4 Κλινική εικόνα.....	18
1.5 Διαγνωστικά Κριτήρια.....	19
1.6 Η θεραπεία της κατάθλιψης .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία</b>	
2.1 Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία.....	29
2.2 Αιτιολογία.....	30
2.3 Κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία.....	32
2.4 Θεραπεία της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία .....	33
2.5 Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. (Children’s Depression Inventory) .....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία</b>	
3.1 Η κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία.....	40

3.2 Αιτιολογία.....	42
3.3 Κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία.....	43
3.4 Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία και αυτοκτονικός ιδεασμός.....	45
3.5 Διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης.....	47

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας**

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	52
4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη ψυχικής νόσου.....	53
4.3 Νοσηλευτική προσέγγιση παιδιού με κατάθλιψη.....	53
4.4 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με κατάθλιψη.....	55
4.5 Νοσηλευτική προσέγγιση εφήβου με κατάθλιψη.....	58
4.6 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με κατάθλιψη.....	59
4.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.....	62

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

5.1 Νοσηλευτική διεργασία .....	64
5.1 Κλινικό περιστατικό 1.....	70
5.3 Κλινικό περιστατικό 2.....	73

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>80</b>
--------------------------	-----------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>83</b>
--------------------------	-----------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>92</b>
-----------------------	-----------

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται ως ψυχική διαταραχή διάθεσης. Ένας ορισμένος αριθμός κριτηρίων ορίζει την κατάθλιψη, όπως μια ζοφερή διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα αποθάρρυνσης, υπερυπνία ή αϋπνία προβλήματα συγκέντρωσης, διαταραχές βάρους, ψυχοκινητική καθυστέρηση άγχος, χρόνια κόπωση μέχρι και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι κατάθλιψης ανάλογα με τη διάρκεια της ασθένειας, τη σοβαρότητα και την επανάληψη των επεισοδίων. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται για καταθλιπτικό επεισόδιο (Major Depressive Episode). Αυτή η διαταραχή της διάθεσης έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται άμεσα με μια αλλαγή στον μηχανισμό των νευροδιαβιβαστών όπως η νοραδρεναλίνη, σεροτονίνη και ντοπαμίνη.

Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο την υγεία του ατόμου γενικά , αλλά και την οικογενειακή ζωή, τις κοινωνικές σχέσεις και την εργασία. Η ποιότητα ζωής των καταθλιπτικών ατόμων και του περιβάλλοντός τους επίσης επηρεάζεται. Θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τους παράγοντες κινδύνου σε δύο ομάδες: τους ενδογενείς παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, φύλο, ηλικία) και τους εξωγενείς παράγοντες (επαγγελματικό περιβάλλον, επίπεδο εκπαίδευσης, άγχος, οικογενειακή κατάσταση και κοινωνικές σχέσεις, εποχές, πολιτισμός).

Αν και η πολυπαραγοντική διαδικασία εμφάνισης της νόσου δεν έχει ακόμη εξηγηθεί πλήρως, υποστηρίζεται ότι υπεύθυνη είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των διαφορετικών παραγόντων. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά τα μεγάλα ποσοστά ασθενών από κατάθλιψη, σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση και συχνά συγχέεται με παρεμφερείς ψυχικές διαταραχές. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η διάγνωση της κατάθλιψης είναι ακόμη δυσκολότερο να γίνει όταν πρόκειται για άτομο παιδικής ή εφηβικής ηλικίας.

Η συχνότητα της κατάθλιψης στα παιδιά κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 0,4-2,5% για παιδιά κάτω των 12 ετών. Το ποσοστό ανέρχεται σε 10-13% κατά την εφηβεία, ενώ 5% των εφήβων παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Στην όψιμη εφηβεία η συχνότητα κυμαίνεται από 10% έως 20%. Στα παιδιά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες, ηλικίες στις οποίες υπερτερούν οι γυναίκες.



Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε ιδιαίτερη ευαισθησία.

Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά είναι δύσκολο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Παρουσιάζουν, όμως, κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα που είναι ενδεικτικά για την κατάθλιψη. Αυτά είναι κλάμα, άρνηση για λήψη τροφής, διαταραγμένος ύπνος, επιβράδυνση της σωματικής τους ανάπτυξης χωρίς να υπάρχουν οργανικά ευρήματα, απομόνωση και κούνημα εμπρός-πίσω (zocking). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ελαφράς νοητικής υστέρησης.

Κατά την λανθάνουσα ηλικία τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αλλά όχι ότι έχουν κατάθλιψη. Αναφέρουν ότι αισθάνονται πλήξη, ότι βαριούνται και ότι δεν έχουν ενδιαφέρον να κάνουν πράγματα.

Η εφηβεία αποτελεί μία μεταβατική περίοδο στην ζωή ενός ανθρώπου. Είναι η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ώριμη ενήλικη ζωή. Το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα της είναι η ήβη, οι σωματικές δηλαδή αλλαγές που μεταμορφώνουν το παιδί σε έναν ώριμο, σεξουαλικά ικανό για αναπαραγωγή ενήλικα. Κατά την εφηβεία χαρακτηριστική επίσης είναι η συναισθηματική αστάθεια, η έντονη αμφισβήτηση και ανησυχία, το πείσμα, οι συχνές αλλαγές ενδιαφερόντων και υποταγή απέναντι σε διάφορα πρότυπα συμπεριφοράς που πολλές φορές σχετίζεται με την ένταξη σε κάποια κοινωνική ομάδα.

Κατά κύριο λόγο, αποτελεί μία ηλικία όπου λαμβάνουν χώρα πολλές εξελικτικές διαταραχές με εκδηλώσεις στην συμπεριφορά, στην μαθησιακή πορεία (διάσπαση προσοχής) και στην διαχείριση άγχους του παιδιού.

Η καταθλιπτική διάθεση είναι «φυσιολογική» έως κάποιον βαθμό στην εν λόγω ηλικιακή φάση, όμως στατιστικές μελέτες αποδεικνύουν ότι πάνω από 20% των εφήβων έχουν συναισθηματικά προβλήματα, ενώ το 1/3 πάσχει από κατάθλιψη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόγνωση, στην έγκαιρη διάγνωση και στην θεραπεία της ψυχικής νόσου είναι ζωτικής σημασίας για το παιδί. Άλλοτε ως ψυχοθεραπευτής, άλλοτε ως γενικός φροντιστής και άλλοτε ως γονεϊκή φιγούρα, αναλαμβάνει το σημαντικό αυτό ρόλο απαλλαγής του παιδιού από τον ψυχικό πόνο. Η ίαση της νόσου άλλωστε, είναι αυτή που θα καθορίσει την μετέπειτα εξέλιξη της ποιότητας της ζωής του παιδιού ή του εφήβου.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 1.1 Ορισμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μία νόσος, η οποία αποτελεί αντικείμενο έρευνας από τα πρώιμα στάδια της ανθρωπότητας έως και σήμερα. Οι πρώτες περιγραφές των καταθλιπτικών διαταραχών παρουσιάζονται στη αρχαιότητα (Ιπποκράτης, Αρεταίος) και αυτό αποδεικνύεται από πολλά ιστορικά κείμενα όπως τα Ομηρικά Έπη, η Πολιτεία του περίφημου φιλόσοφου Πλάτωνα, η Βίβλος, το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο και αναρίθμητα άλλα σπουδαία ιστορικά έργα.

Οι Αρχαίοι Έλληνες όριζαν την κατάθλιψη ως «μελαγχολία» και συσχετίζαν αυτή την πνευματική και ψυχική νόσο με μακροχρόνιες φοβίες θεωρώντας ότι οφείλεται στην υπερβολική παραγωγή χολής στον σπλήνα. Συγκεκριμένα, στους αφορισμούς του βιβλίου IV του Ιπποκράτη αναφέρεται ότι «Εάν η δυσθυμία και ο φόβος έχουν μεγάλη διάρκεια, μια τέτοια κατάσταση είναι μελαγχολική» (23<sup>ος</sup> αφορισμός). Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και από τότε θεωρείται επίσημα μία από τις πιο γνωστές ψυχικές νόσους.

Στην σημερινή εποχή ως κλινική κατάθλιψη ορίζεται η δυσάρεστη θυμική κατάσταση του ατόμου που έχει διάρκεια μεγαλύτερη των δύο εβδομάδων και επηρεάζει λειτουργικά την ζωή του ατόμου. Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή που επηρεάζει τη διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τον ύπνο του, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται. Η κατάθλιψη δεν είναι το ίδιο με το φυσιολογικό, καταθλιπτικό συναίσθημα που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και διαρκεί περισσότερο (Ευθυμίου και συν. 2006).

### 1.2 Ιστορική Αναδρομή

Κατά την διάρκεια των προϊστορικών χρόνων (4000-5000 π.Χ.) η φύση και η δράση των ψυχικών ασθενειών δεν μπορούσε να γίνει αντιληπτή από τους ανθρώπους. Συχνά η αιτιολογία που αποδίδονταν σχετιζόταν με κακά πνεύματα, τα οποία είχαν κυριεύσει

τους παθόντες ή με την μαγεία. Εκεί συναντώνται και τα πρώιμα στάδια της τεχνικής του τρυπανισμού, καθώς ανοίγονταν τρύπες στο κεφάλι του ψυχικά ασθενούς με σκοπό τον εξαγνισμό του από το κακό πνεύμα.

Στην αρχαιότητα πραγματοποιούνται οι πρώτες απόπειρες περιγραφής των ψυχικών ασθενειών. Στην Παλαιά Διαθήκη γίνεται αναφορά στα επεισόδια κρίσης του Σαούλ και η ιδιόζουσα κατάσταση κρίση του Βαβυλώνιου βασιλιά Ναβουχοδονόσορα. Συγκεκριμένα στην περικοπή Α΄ Σαμ16, 14-23 αναγράφεται ότι ένα «κακό πνεύμα» απεσταλμένο από κάποια δαιμονική οντότητα κυριεύσε τον Σαούλ, με αποτέλεσμα να του προκαλέσει παροδική μελαγχολία, έντονο φόβο και ανικανότητα. Μόνο η λύρα του Δαβίδ μπορούσε να καταπραΐνει αυτά τα σημεία.

Οι τραγικοί ποιητές περιγράφουν την μελαγχολία του Οιδίποδα και την ψυχωσικής μορφής κρίση του μητροκτόνου Ορέστη. Ακόμα στα έτη 460-377 π.Χ. ο Ιπποκράτης τεκμηριώνει επιστημονικά κάποια συμπτώματα για την νόσο της Επιληψίας, της Παράνοιας, της Μελαγχολίας και της Υστερίας. Κατά τον Ιπποκράτη η βάση της παθολογίας των ψυχικών ασθενειών επάγεται στην δράση και στην αλληλεπίδραση τεσσάρων χυμών, του αίματος, της κίτρινης χολής, της μαύρης χολής και του φλέγματος. Ήταν ο πρώτος, ο οποίος διεκδίκησε από τους ιερείς και τα Ασκληπιεία τους ψυχικά αρρώστους. Οι ασθενείς του κατέφυγαν στο ναό, προσέφεραν θυσίες και έλεγαν προσευχές. Στην αρχαιότητα η κατάθλιψη ορίζεται ως μελαγχολία, την οποία θεράπευαν με γυμναστική και μουσική.

Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ) θα ενισχύσει την αντίληψη του Ιπποκράτη. Στην «Πολιτεία» του Πλάτωνα αναφέρονται τρόποι θεραπείας και αντιμετώπισης των ψυχικών νόσων. Συγκεκριμένα ο σπουδαίος φιλόσοφος γράφει: «Εάν κανείς είναι ψυχικά ασθενής, δεν πρέπει να εμφανίζεται δημόσια στην πόλη. Οι συγγενείς του οφείλουν να τον κρατούν μέσα στο σπίτι, να τον περιποιούνται και να τον προστατεύουν. Εάν εγκαταλείψουν τον ασθενή να τιμωρηθούν με χρηματικό πρόστιμο». Περνώντας στην περίοδο ακμής της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής συναντάμε τον Γαληνό (130-200 μ.Χ.), ο οποίος δίνει έμφαση στην σημασία των ψυχολογικών παραγόντων για την δημιουργία σωματικών συμπτωμάτων και μάλιστα μπορεί να θεωρηθεί ότι εισήγαγε την ψυχοσωματική αντίληψη στον χώρο του ψυχιατρικού προβληματισμού. Το κεφάλαιο της αρχαιότητας κλείνει ένδοξα με την σημαντική προσφορά του Αγίου Αυγουστίνου (354-430 μ.Χ.), όπου στο έργο του «Εξομολογήσεις» διαφαίνεται η προσπάθεια του να συσχετίσει τον ρόλο των πρώιμων

εμπειριών και των συναισθηματικών επιδράσεων στην διαμόρφωση του ψυχισμού. Ισχυρίζεται ότι οι θυμικές καταστάσεις που συνδέονται με την πίστη ή την απιστία, πρέπει να ερμηνεύονται σαν πρωταρχικές εκδηλώσεις ζωής.

Την πρωταρχική ζωή την ερμηνεύει ως την βούληση και ως εκ τούτου καινοτομεί για τα δεδομένα της εποχής του. Αν η βούληση είναι διεστραμμένη, τότε και οι κινήσεις της ψυχής είναι το ίδιο, εάν όχι είναι αθώες και αξιέπαινες. Η πίστη είναι αυτή η οποία φανερώνει το είναι και το γίνεσθαι, την αρχή κάθε γένεσης και φθοράς. Έτσι μέχρι τον 5<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα έχει εμφανιστεί σημαντική εξέλιξη στον χώρο της ψυχιατρικής, έχουν τεθεί οι απαραίτητες βάσεις και τα θεμέλια που δυστυχώς όμως ακολουθούνται από μία περίοδο σκότους στον τομέα της ψυχιατρικής, την περίοδο του μεσαίωνα.

Στην ψυχιατρική αντίληψη του μεσαίωνα κυριαρχούσαν οι θρησκευτικές, δαιμονικές και μαγικές ιδέες. Ξεχάστηκαν οι φυσικο-εμπειρικές θεωρίες της αρχαιότητας. Όλες οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις συσχετιζόνταν με την θρησκεία. Πίστευαν, ότι οι πνευματικά ασθενείς κατέχονταν από κακά πνεύματα, που έπρεπε να καταστραφούν. Η διαφορετική αυτή αντίληψη είχε δραματικές συνέπειες στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Δεν πρέπει να εξευμενισθεί η θεϊκή δύναμη με την πειθώ, την προσευχή, την ικεσία (και κατά συνέπεια την καλή μεταχείριση του αρρώστου), αλλά αντίθετα πρέπει να αφανισθεί, να καταστραφεί ο δαίμονας που κατέλαβε τον δυστυχισμένο άνθρωπο και αυτό θα επιχειρηθεί με κάθε αγριότητα, κάθε απάνθρωπη συμπεριφορά. Αυτή είναι η κυρίαρχη άποψη στην οποία κατέληξε η Παπική Εκκλησία γύρω στον 6ο με 7ο αιώνα μ.Χ. Την κυρίαρχη αυτή περί «τρέλλας» άποψη, τη βρίσκουμε κωδικοποιημένη στις σελίδες της συγγραφής των Γερμανών μοναχών Sprenger και Kremer, που δημοσιεύτηκε το 1487 με τον τίτλο *Malleus Maleficarum* (η σφύρα των Μαγισσών). Το βιβλίο αυτό έχοντας πάρει την έγκριση του Πάπα αποτέλεσε, τουλάχιστον για την Ιερή Εξέταση, τον οδηγό για την αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Οι εξορκιστές, μια ιδιαίτερη τάξη από ιερείς και ιατρούς, είχαν σαν αποστολή την απελευθέρωση των ασθενών από τον δαίμονα. Οι ψυχικά ασθενείς κλείνονταν στις φυλακές και καίγονταν σαν μάγοι.

Στο Βυζάντιο, η αντίστοιχη περίοδος υπήρξε λιγότερο σκοτεινή. Η ελληνιστική παράδοση κράτησε για περισσότερο διάστημα την «τρέλα» στα αντικείμενα της ιατρικής πριν αυτή παραδοθεί στη δαιμονολογία. Τον 11ο αιώνα, με το έργο του

φιλόσοφου Μιχαήλ Ψελλού (1018-1078), γίνεται αποδεκτό ότι οι δαίμονες παρενοχλούν τη λειτουργία της ψυχής. Έτσι από τον 11ο αιώνα η δαιμονολογία σκεπάζει όλο τον Χριστιανικό κόσμο. Στην Ανατολή, η κατάσταση για τους ψυχικά αρρώστους είναι ευτυχώς πολύ καλύτερη. Η αντιμετώπισή τους ήταν πολύ πιο ανθρωπιστική. Το 705 μ.Χ. ιδρύεται στη Βαγδάτη το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο, όπου εφαρμόζονται ανθρωπιστικές μέθοδοι θεραπείας.

Μέχρι τον 17ο αιώνα η κατάσταση παραμένει πρακτικά έτσι. Τότε αρχίζουν να επικρατούν οι φιλοσοφικές - εμπειρικές θεωρίες, προσαρμοσμένες στις σημαντικές κοινωνικές αλλαγές των καιρών, τροφοδοτώντας ένα σημαντικό διανοητικό κίνημα που έχει μείνει στη Ιστορία του πολιτισμού του ανθρώπου με το όνομα «Διαφωτισμός». Ο Διαφωτισμός θα επηρεάσει σε όλα τα επίπεδα την ανθρώπινη σκέψη, και ασφαλώς και τις απόψεις σχετικά με την ψυχική αρρώστια. Κυριότερος εκφραστής του Διαφωτισμού στο χώρο της ψυχιατρικής μπορεί να θεωρηθεί ο γάλλος Philippe Pinel (1745-1826), ο οποίος πρότεινε την ελευθέρωση από τις αλυσίδες των ψυχιατρικών ασθενών, γιατί πίστευε ότι η αιτία της νόσου ήταν η έλλειψη αέρα και ελευθερίας. Η μέθοδος αυτή είχε μεγάλη επιτυχία. Υπάρχουν όμως και οι ιατρικές ρίζες της ψυχιατρικής. Η ανατομία του εγκεφάλου είχε μελετηθεί από τον ανατόμο Vesalius (1514-1564). Ο εγκέφαλος θεωρήθηκε ότι είναι η έδρα και το όργανο της νόησης, και κατά συνέπεια οι ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αποδίδονται σε βλάβες ή ανωμαλίες του.

Ο κύριος αποφασιστικός αγώνας στην Ψυχιατρική έγινε στα μέσα του 19ου αιώνα. Ο σωματικός προσανατολισμός στην ψυχιατρική απώθησε τις προηγούμενες θεωρίες. Οι σπουδαιότεροι αντιπρόσωποι αυτής της πεποιθήσεως είναι ο Meynert (1833-1892) ένας ανατόμος και νευροπαθολόγος, μαθητής του οποίου ήταν ο Sigmund Freud, ο οποίος το 1883 εργάστηκε στη κλινική του Meynert, ο Griesinger (1817-1868) ένας νευρολόγος ψυχίατρος, και ο Wernicke (1848-1905) ένας Γερμανός ιατρός, ανατόμος, ψυχίατρος και νευροπαθολόγος. Η ανατομική παθολογική έρευνα του εγκεφάλου έκανε μεγάλες προόδους. Ο Wernicke ασχολήθηκε κυρίως με τις αφασίες. Η ιστοπαθολογία του εγκεφάλου είδε εξέλιξη από τους Nissl (1860-1919) και Alzheimer (1864-1915). Με τις εργασίες τους διαπίστωσαν, ότι ένα μεγάλο μέρος των ψυχικών νόσων ήταν οργανικής προέλευσης.

Τέλος στον 20<sup>ο</sup> αιώνα σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην νοσηλεία και στην

θεραπεία των ψυχικά ασθενών. Στην δεκαετία του 1930 δέσποζε η εφαρμογή της θεραπείας με το βαθύ κόμμα, το σοκ ινσουλίνης και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ύστερα, κατά την δεκαετία του 1950 η ανακάλυψη των ψυχοτρόπων φαρμάκων έφερε επανάσταση, καθώς αρκετοί ασθενείς εξήλθαν από ψυχιατρικές κλινικές. Έως και σήμερα οι ψυχικά ασθενείς στιγματίζονται και θεωρούνται άτομα περιθωριοποιημένα, εγκλεισμένα σε ιδρύματα. Με τον καιρό η ιδρυματοποίηση αφήνει το στίγμα της στον ίδιο τον χαρακτήρα και τον πυρήνα του εαυτού του ατόμου. Πάνω από όλα, τόσο ως επαγγελματίες υγείας, όσο και ως κοινωνικό σύνολο, αξίζει να αξιολογήσουμε τον σκοπό των ψυχιατρικών δομών, και την αποτελεσματικότητά τους, και να παρατηρήσουμε τον οξύμωρο συνδυασμό προσφοράς θεραπείας και έλλειψης στόχου βελτίωσης. Με την γένεση της κοινοτικής ψυχιατρικής, η οποία υποστηρίζει την παραμονή του ασθενούς στο ψυχιατρικό πλαίσιο, περιορίζοντας όμως το χρονικό διάστημα στο απολύτως απαραίτητο, δίνεται η δυνατότητα όχι μόνο της από-ιδρυματοποίησης, αλλά και η απαλλαγή του ασθενούς από το στίγμα της ψυχικής ασθένειας. (Chow et al., 2013, Fakhoury et al. 2007)

«Το στίγμα είναι κάτι που συνοδεύει ένα άτομο και υπονομεύει ριζικά την κοινωνική του θέση. Είναι ένα ανεξίτηλο σημάδι ντροπής και απαξίας. Πολλά άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές φαίνονται διαφορετικά εξαιτίας των συμπτωμάτων τους ή των παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής. Οι άλλοι μπορεί να διακρίνουν τις διαφορές, να μην τις κατανοούν, να αισθάνονται άβολα και να αντιδρούν αρνητικά προς τα άτομα αυτά». (ΠΟΥ 2003)

### **1.3 Τα είδη της κατάθλιψης**

Σύμφωνα με το DSM-IV, η κατάθλιψη είναι μέρος των διαταραχών της διάθεσης (διαταραχή της διάθεσης). Αυτή η ταξινόμηση περιγράφει αφενός τα επεισόδια διάθεσης και από την άλλη πλευρά τις διαταραχές της διάθεσης. Τα επεισόδια δεν διαγιγνώσκονται από μόνα τους, αλλά είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση τους σε διαταραχές. Στο DSM-IV, διακρίνονται διαφορετικοί τύποι καταθλιπτικών διαταραχών: (ADA,1994)

- Η Καταθλιπτική Διαταραχή (Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο).
- Η δυσθυμική διαταραχή.
- Η καταθλιπτική διαταραχή, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς .

Στην παράγραφο που ακολουθεί αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια και οι παράγοντες προσδιορισμού των καταθλιπτικών διαταραχών

### **Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο**

Τα κριτήρια διάγνωσης κατά το DSM-IV-TR για το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο είναι:

**A.** Πέντε( ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα, παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων που αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Δεν συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα που είναι σαφές ότι οφείλονται σε γενική σωματική διαταραχή, ή ασύμβατες με τη διάθεση παραληρητικές ιδέες.

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (πχ. αίσθημα θλίψης ή κενού) , είτε με την παρατήρηση των άλλων (π.χ. αίσθημα ευσυγκινισίας)
- Στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν σε όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας , σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται με την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).
- Σημαντική απώλεια βάρους, ενώ ο ασθενής δεν είναι σε δίαιτα ή ξαφνική αύξηση του βάρους του (πχ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα)ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.

Στα παιδιά λαμβάνεται υπόψη η αποτυχία πρόσληψης του αναμενόμενου βάρους.

- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (αντιληπτή από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
- Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρηματικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).

- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή μία απόπειρα αυτοκτονίας, ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

**Β.** Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ενός Μικτού Επεισοδίου.

**Γ.** Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

**Δ.** Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας(πχ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (πχ. υποθυρεοειδισμός).

**Ε.** Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα λόγω πένθους, δηλαδή μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από δύο μήνες ή χαρακτηρίζονται από έντονη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοτήτας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα, ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Στο DSM-IV-TR παρουσιάζεται ένα πλήθος από προσδιοριστές που περιγράφουν στοιχεία της συμπτωματολογίας ή της πορείας του παρόντος ή του τελευταίου μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (APA 2004):

Προσδιοριστές Βαρύτητας/ Ψυχωσικοί / Ύφεσης για το τρέχον (ή το τελευταίο ) Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο:

<b>Ήπιο</b>	Λίγα συμπτώματα επιπλέον αυτών που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση και συμπτώματα που προκαλούν μικρή έκπτωση στην λειτουργικότητα του ατόμου.
<b>Μέτριο</b>	Παρουσία συμπτωμάτων ή λειτουργικής έκπτωσης ήπιας ή και βαριάς
<b>Βαρύ Χωρίς Ψυχωσικά Στοιχεία</b>	Πολλά Συμπτώματα επιπλέον αυτών που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση και τα συμπτώματα παρεμποδίζουν την λειτουργικότητα.



<b>Βαρύ Με Ψυχωσικά Στοιχεία</b>	Παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις.
<b>Σε Μερική Ύφεση</b>	Υπάρχει μια περίοδος μικρότερη των δύο μηνών χωρίς κανένα σημαντικό σύμπτωμα Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
<b>Σε Πλήρη Ύφεση</b>	Κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων μηνών δεν υπήρχαν οποιαδήποτε σημεία ή συμπτώματα της διαταραχής.
<b>Απροσδιόριστο</b>	

### **Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (Υποτροπιάζουσα)**

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

- Παρουσία δύο ή περισσότερων Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων .  
Σημείωση: Για να θεωρηθούν χωριστά επεισόδια πρέπει να υπάρξει ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 συνεχόμενων μηνών, κατά τη διάρκεια του οποίου δεν πληρούνται τα κριτήρια του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- Τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια δεν επάγονται σε σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε σχιζοφρένεια, παραληρηματική διαταραχή ή ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.
- Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, ένα Μεικτό Επεισόδιο, ή ένα Υπομανιακό Επεισόδιο.

### **Δυσθυμική Διαταραχή**

Η δυσθυμική διαταραχή ορίζεται ως μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, η οποία απαντάται σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% του χρόνου για 2 τουλάχιστον χρόνια στους ενήλικες ή 1 χρόνο σε παιδιά ή εφήβους. Τα προσβεβλημένα άτομα περιγράφουν τον εαυτό τους ως χρονίως θλιμμένα και σημειώνεται έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής τους λειτουργικότητας. Τα διαγνωστικά κριτήρια της εν λόγω διαταραχής κατά DSM-IV είναι:

- .Κακή όρεξη ή υπερβολική κατανάλωση.
- Αϋπνία ή πολύς ύπνος.
- Χαμηλή ενέργεια ή κόπωση.
- Μια αρνητική αυτο-εικόνα.
- Κακή συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Συναισθήματα απελπισίας.

Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου των δύο χρόνων της διαταραχής, το άτομο δεν είναι ποτέ ελεύθερο των συμπτωμάτων των διαγνωστικών κριτηρίων για περισσότερο από 2 μήνες τη φορά. Ακόμα δεν παρατηρείται κάποιο Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 χρόνων της διαταραχής (1 χρόνος για παιδιά και εφήβους) , δηλαδή η διαταραχή δεν ορίζεται ως χρόνια Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή σε Μερική Ύφεση. Επίσης δεν υπήρξε ποτέ Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο, Υπομανιακό Επεισόδιο, ενώ δεν πληρούνταν ποτέ τα κριτήρια της Κυκλοθυμικής Διαταραχής. Η διαταραχή αυτή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας χρόνιας Ψυχωσικής Διαταραχής και συμπτώματα δεν μπορούν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή γενικής σωματικής κατάστασης. (ADA 1994)

### **Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς**

Οι διαταραχές που επάγονται σε αυτήν την κατηγορία, δεν μπορούν να επαχθούν σε μία από τις παραπάνω κατηγορίες καταθλιπτικών διαταραχών. Αυτές οι διαταραχές είναι:

### **Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (PMDD)**

Στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους εμφανίζονται συμπτώματα, όπως συναισθηματική αστάθεια (π.χ., εναλλαγές της διάθεσης: αίσθημα ξαφνικής λύπης ή δακρύων, ή αυξημένη ευαισθησία στην απόρριψη), ευερεθιστότητα ή θυμός και αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις, καταθλιπτική διάθεση, αισθήματα απελπισίας σκέψεις αποδοκιμασίας και διακριτό άγχος. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται τακτικά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας του κύκλου και υποχωρούν μέσα σε λίγες μέρες από την έναρξη της έμμηνου ρύσης. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι αρκετά έντονα ώστε να εμποδίζουν σε σημαντικό βαθμό τη συνήθη δραστηριότητα.

**1. Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή.**

Επεισόδια καταθλιπτικών συμπτωμάτων, διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων, αλλά με λιγότερα από τα πέντε σημεία που απαιτούνται για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

**2. Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή.**

Καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από 2 ημέρες έως 2 εβδομάδες, τα οποία εμφανίζονται τουλάχιστον μια φορά το μήνα επί 12 μήνες.

**3. Μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας.**

Πρόκειται για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης σχιζοφρένειας.

**4. Καταστάσεις στις οποίες ο κλινικός ιατρός έχει συμπεράνει ότι υπάρχει καταθλιπτική διαταραχή, αλλά δεν μπορεί να καθορίσει αν είναι πρωτοπαθής, οφειλόμενη σε γενική σωματική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες. |**

(ADA 1994)

#### **1.4 Κλινική εικόνα**

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που ιστορικά έχουν αποδειχθεί ευχάριστες, θλίψη, ευερεθιστότητα, αισθήματα αναξιοτήτας, απελπισίας, ενοχής ή άγχους, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, έλλειψη ελπίδας, απαισιοδοξία για το μέλλον, ανησυχίες για θάνατο ή αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα συσχετιζόμενα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στην όρεξη, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητική δραστηριότητα, μειωμένη ενέργεια, αναποφασιστικότητα ή απόσπαση προσοχής. Οι ασθενείς με κατάθλιψη μπορεί επίσης να παρουσιάσουν σωματικά παράπονα και μπορεί να είναι συχνοί χρήστες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της επείγουσας φροντίδας και των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. (ADA 1994)

Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές διάθεσης και είναι συνήθως υποτροπιάζουσα. Προσβάλλει άτομα οποιασδήποτε ηλικίας,(ΠΟΥ 2001). Διαγιγνώσκεται συχνότερα κατά την εφηβεία και κατά τα πρώτα χρόνια ενηλικίωσης (Lewinsohn et al. 1993). Στο 20% των περιπτώσεων ακολουθεί μία χρόνια πορεία χωρίς ύφεση (Thornicroft et al. 1993), ειδικότερα όταν δεν υπάρχει επαρκής θεραπεία. Τα ποσοστά υποτροπής μετά

από το πρώτο επεισόδιο το οποίο θεραπεύτηκε με επιτυχία ανέρχεται στο 35% εντός δύο ετών και 60% εντός δώδεκα ετών. Οι υποτροπές είναι συχνότερες σε άτομα άνω των 45 ετών. Μία από τις ιδιαίτερα τραγικές καταλήξεις των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η αυτοκτονία. Γύρω στο 15%-20% των ατόμων που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη αυτοκτονούν (Goodwin et al. 1990), αλλά τα ποσοστά αυτά μειώνονται σε ηπιότερες μορφές καταθλιπτικών διαταραχών. Παρόλα αυτά, η αυτοκτονία παραμένει μία συνήθης και αποφεύξιμη κατάληξη της σοβαρής αυτής νόσου.

### **1.5 Διαγνωστικά κριτήρια**

Με σκοπό την διευκόλυνση καταγραφής συμπτωμάτων, την λήψη ορθολογικών αποφάσεων και την δημιουργία ερευνητικού πλαισίου για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας, της φύσης και της θεραπείας μίας ψυχικής νόσου ήταν απαραίτητη και η καθιέρωση μίας παγκόσμιας αποδεκτής δέσμης κριτηρίων διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών. Έως και σήμερα υπάρχουν δύο επίσημα διαγνωστικά εγχειρίδια ψυχικών διαταραχών και αυτά είναι το διαγνωστικό στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic Statistical Manual, DSM), το οποίο δημοσιεύτηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (Α.Ψ.Ε.) και η Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical description and diagnostic guidelines, ICD), που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ). Πρόκειται για δύο εγχειρίδια, τα οποία ανανεώνονται συνεχώς, πράγμα που το επιτάσσει ο όγκος των νέων ερευνητικών δεδομένων. Υπάρχει ένα ποσοστό αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των δύο, ωστόσο φαίνεται ότι το DSM χρησιμοποιείται συχνότερα με σκοπό την κλινική διάγνωση της νόσου, ενώ το ICD με σκοπό την έρευνα.

### **Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM)**

Στο εγχειρίδιο αυτό πραγματοποιείται μία πολυαξονική εκτίμηση για τον διαχωρισμό και την κατανομή των ψυχικών διαταραχών. Αποτελεί σημαντικό εργαλείο κλινικών ιατρών, ψυχιάτρων, ψυχολόγων και ερευνητών, προσφέροντας ένα κοινό μέσο

συστηματικής και πλήρους αξιολόγησης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. (Ada, 1994)

### **Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical description and diagnostic guidelines, ICD)**

Το εγχειρίδιο αυτό αποτελεί ένα διεθνές πρότυπο ταξινόμησης νοσημάτων και συναφών προβλημάτων υγείας, το οποίο έχει εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Σκοπός του είναι η συστηματική ανάλυση και επεξεργασία ιατρικών διαγνώσεων και της γενικής κατάστασης της υγείας των πληθυσμιακών ομάδων. (Σολδάτος και συν. 1993)

#### **1.6 Η θεραπεία της κατάθλιψης**

Από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα μέχρι και σήμερα ο «πατέρας της ψυχανάλυσης», Sigmund Freud, ψυχίατρος και θεμελιωτής της ψυχανάλυσης, καταφέρνει μέσα από την ψυχανάλυση να ερμηνεύσει τα άγνωστα στάδια της ανθρώπινης ψυχής. Μέχρι το τέλος της ζωής του, ο «πατέρας της ψυχανάλυσης» αναθεωρεί τις ιδέες του και εισάγει καινοτόμα στοιχεία στη θεωρία του. Πέρα από το συνειδητό και το ασυνείδητο, χωρίζει την ανθρώπινη ψυχή σε τρία μέρη: στο **Εγώ**, το **Υπερεγώ** και το **Αυτό** (Es, id). Κάθε μέρος έχει διαφορετικές δικαιοδοσίες και αρμοδιότητες.

- **Το Αυτό**, αντιπροσωπεύει το ασυνείδητο. Πρόκειται για το αρχαιότερο μέρος του μυαλού από το οποίο προέρχονται οι υπόλοιπες δομές. Το Αυτό είναι αρχέγονο, ανοργάνωτο και συναισθηματικό. Είναι «το βασίλειο του μη λογικού». Όπως επισημαίνει ο Freud, το Αυτό είναι ένα απρόσιτο κομμάτι της προσωπικότητας μας για το οποίο γνωρίζουμε ελάχιστα. Σημαντικό ρόλο στην ανάλυση του Αυτό, αποτελεί η μελέτη για τη λειτουργία των ονείρων και τη δομή των νευρωσικών συμπτωμάτων. Το Αυτό είναι οι ορμές και τα πάθη, οι άγνωστες δυνάμεις που κατευθύνουν τον άνθρωπο σε ενέργειες που αδυνατεί να ελέγξει. Ως κάτι το ασυνείδητο, το Αυτό αγνοεί τον χρόνο, την άρνηση και την αντίφαση. Μέσα από το Αυτό εκδηλώνονται τα ανθρώπινα απωθημένα, συγκρούονται ο έρωτας και ο θάνατος. Το Αυτό αποτελεί την μεγάλη παρακαταθήκη της Libido και της ενορμητικής ενέργειας. Ανάμεσα στο Αυτό, το Εγώ και το Υπερεγώ υπάρχει μια σύγκρουση. Τα Εγώ και το Υπερεγώ

μάλιστα, κατά τη γενετική άποψη, αποτελούν διαφοροποιήσεις του Αυτό (Freud 1994).

- **Το Εγώ**, αντίθετα από το Αυτό, αποτελείται από την συνείδηση και την αντίληψη. Το Εγώ είναι το μέρος του νού, που αντιπροσωπεύει το συνειδητό. Η κύρια λειτουργία του Εγώ είναι η αυτοσυντήρηση. Το Εγώ διαθέτει τη λογική και τη δύναμη της αναβολής των άμεσων αντιδράσεων απέναντι στα εξωτερικά ερεθίσματα και στα εσωτερικά ενστικτώδη κίνητρα. Για τον Freud, το Εγώ, είναι ένας «ειδικός οργανισμός» που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα ενός ερεθίσματος που εισβάλλει από τον εξωτερικό κόσμο μέσω των αισθήσεων. Ως αποτέλεσμα, το Εγώ βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με τα όργανα της αντίληψης. Η αίσθηση, δηλαδή, του Εγώ βασίζεται στην αντίληψη του σώματος, ως ξεχωριστής οντότητας. Το Εγώ καταφέρνει να ελέγξει την εκούσια κίνηση, λόγω του νευρικού συνδέσμου, που βρίσκεται ανάμεσα στην κινητική δραστηριότητα και την αισθητηριακή αντίληψη. Ο Freud, αναφέρει χαρακτηριστικά: «Το Εγώ είναι πρωταρχικά και κατά βάση ένα σωματικό Εγώ» (Freud 1994).
- **Το Υπερεγώ**, όπως επισημαίνει ο Freud, αποτελεί μια τρίτη δύναμη που διαφοροποιείται ή αντιτίθεται στο Εγώ. Στις θεωρίες του Freud, το Υπερεγώ εμφανίζεται στα άρθρα που αφορούν στον Ναρκισσισμό. Ο Ναρκισσισμός για τον Freud, είναι μια μορφή αυτολατρίας. Μια αυτοεκτίμηση, φυσιολογική και απαραίτητη για τη σωματική υγεία. Καθώς το παιδί μεγαλώνει ο πρωτογενής ναρκισσισμός του υποχωρεί. Όταν μάλιστα αποκτήσει πολιτιστικές και ηθικές αντιλήψεις, οι ενστικτώδεις παρορμήσεις απωθούνται. Υπάρχει δηλαδή ένας ψυχικός παράγοντας, το Υπερεγώ που παρακολουθεί το Εγώ. Ο ρόλος του είναι να ελέγχει και να απαγορεύει. Το Υπερεγώ ξεκινά με τις απαγορεύσεις και την κριτική που ασκούν οι γονείς στο παιδί τους. Οι κανόνες των γονέων, της οικογένειας και της κοινωνίας, ενσωματώνονται και αποτελούν μέρος της ανθρώπινης ψυχής. Το Υπερεγώ συγκροτείται μέσα από τις γονεϊκές απαγορεύσεις, γι' αυτό το λόγο μάλιστα θεωρείται ως ο νόμιμος κληρονόμος του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Συγκεκριμένα, το παιδί λόγω των απαγορεύσεων, αναγκάζεται να παραιτηθεί από την ικανοποίηση των οιδιπόδειων επιθυμιών του. Έτσι εσωτερικεύει την απαγόρευση και ταυτίζεται με τους γονείς του. Η μοίρα του ανθρώπου ταυτίζεται με την μοίρα του

κοινωνικού συνόλου και η οντολογική διάσταση με τη φυλογενετική. Κατά αυτόν τον τρόπο σχηματίζεται το «πολιτιστικό Υπερεγώ». Όταν το Εγώ υστερεί του ιδανικού Εγώ, ακούγεται η φωνή της συνείδησης. Το Υπερεγώ δημιουργήθηκε μέσα από την ταύτιση με τα πατρικά πρότυπα. Λόγω αυτής της ταύτισης επήλθε η από-σεξοποίηση και μετουσίωση των ορμών που έχουν την τάση να αποκλίνουν από τον πρωταρχικό τους ερωτικό στόχο. Ο αφανισμός των ενστίκτων στο όνομα της ηθικής είναι μια μορφή θανάτου. Το Υπερεγώ με σύμμαχο την ηθική βασανίζει το Εγώ και το αποσυνθέτει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να καταλήξουμε ότι η θεωρία της ψυχής του Freud διαγράφει το εξής σχήμα: το Εγώ προσπαθεί να είναι ηθικό, το Υπερεγώ είναι ηθικό και στυγνό, ενώ το Αυτό είναι ηθικά ουδέτερο και αδιάφορο (Freud 1994/ Freud 1953-1974).

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ένα από τα σημαντικότερα στάδια για την ίαση της νόσου. Βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, είναι η συνειδητοποίηση και η θετική στάση του ασθενούς απέναντι σε αυτή. Υπάρχουν αρκετοί μέθοδοι θεραπείας που στοχεύουν στην πλήρη ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη των υποτροπών.

Η έννοια της πρόληψης απευθύνεται τόσο στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, όσο και στην λειτουργία ενημέρωσης ευπαθών ομάδων (Paykel 1994). Οι τρεις κύριες θεραπείες της κατάθλιψης που βρίσκουν ευρεία εφαρμογή είναι η περιορισμένη χρονικά ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μέσω ψυχοθεραπείας, η φαρμακευτική αγωγή, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία καθώς και οι εναλλακτικές θεραπείες. Ωστόσο, κάθε ασθενείς ανταποκρίνεται διαφορετικά σε κάθε μορφή θεραπείας. Ο συνδυασμός μεθόδων θεραπείας φαίνεται να είναι και ο πιο αποτελεσματικός στην θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών.

### **Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση**

#### **Ατομική-ψυχοδυναμική θεραπεία**

Κατά την ψυχοδυναμική θεραπεία, ο ψυχοθεραπευτής εστιάζει στην εύρεση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων, μέσω της ανάλυσης των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου. Θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και ειδικότερα της χρόνιας η οποία είναι δύσκολο να

διαγνωσθεί στην περίπτωση που πρόκειται για κατάθλιψη στην παιδική ηλικία (Dubovsky et al. 2003). Μέσω της θεραπείας το άτομο μαθαίνει να εξοικειώνεται με τα συναισθήματα του και να τα εκφράζει, όπως αντίστοιχα τις σκέψεις και τις επιθυμίες του. Ο θεραπευτής έχει υποστηρικτικό ρόλο, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να έρθει σε επαφή με τις βαθύτερες σκέψεις του, δίχως να τις κρίνει. Η ψυχοθεραπευτική αυτή μέθοδος είναι πιο εύκολο να εφαρμοστεί σε ενήλικες παρά σε παιδιά, διότι δυσκολεύονται να εκφράσουν αυτά που σκέφτονται και νιώθουν. Συνήθως χρησιμοποιούνται άλλοι βοηθητικοί μέθοδοι, όπως η παιχνιδοθεραπεία, που κάνουν το παιδί να νιώθει πιο άνετα, δημιουργώντας ένα οικείο και ασφαλές περιβάλλον.

### **Γνωστική-συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία**

Προσανατολίζεται στα τρέχοντα προβλήματα και στην επίλυση αυτών. Στοχεύει στο να ανασκευάσει τις σκεπτικές διαστρεβλώσεις, οι οποίες οδηγούν στην κατάθλιψη (Beck et al. 1995). Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο ασθενής εστιάζει επιλεκτικά στην αρνητική πλευρά των καταστάσεων, προδιαγράφοντας έτσι την αρνητική έκβαση σε κάθε περίπτωση. Στόχος της θεραπείας είναι ο εντοπισμός των αρνητικών μοτίβων σκέψης του ασθενούς, η αναδόμηση των σκεπτικών-γνωστικών παραμορφώσεων και η βοήθεια τον ασθενούς, έτσι ώστε να αποκτήσει μία περισσότερο προσαρμοστική συμπεριφορά απέναντι σε παρούσες και σε μελλοντικές καταστάσεις.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Η διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής κατανοεί την σχέση μεταξύ σκέψης και κατάθλιψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς.
- Ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των αυτόματων σκέψεων δυσλειτουργικού περιεχομένου και η ανάλυση αυτών.
- Η θετική ανατροφοδότηση μέσω προγραμματισμού δραστηριοτήτων, διαχείρισης και αντιμετώπισης προκλήσεων, υιοθέτησης νέων ρόλων και ένταξης της σωματικής άσκησης και άλλων διαδικασιών ως τεχνική αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική σε καταστάσεις ήπιας έως μέτριας βαρύτητας κατάθλιψης, ενώ υστερεί σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης (Evans et al.. 1992, Simon et al. 1986)



### **Η Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία**

Κατά Karlan Sadock (2005) τρεις είναι οι βασικές κατευθύνσεις της συμπεριφορικής θεραπείας. Η πρώτη προσέγγιση βασίζεται στην τεχνική που εφάρμοσε ο Lewinsohn, η οποία στοχεύει στις ευχάριστες δραστηριότητες για το άτομο σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του. Η δεύτερη εφαρμόστηκε από τον Lynn Rehm και στοχεύει να διορθώσει αρνητικά αισθήματα αυτοεκτίμησης αυτοελέγχου και αυτόφροντιδας. Τέλος, η τρίτη προσέγγιση κατά Michel Hersen και Allan S. Belack, εστιάζει στην εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ώστε να πραγματοποιηθεί ομαλή επανένταξη του ασθενούς σε ένα κοινωνικό σύνολο. Πρόκειται για μία μορφή θεραπείας, αυστηρά δομημένης, η οποία βασίζεται στην καταγραφή συναισθημάτων και στον ομαλό προγραμματισμό αποτελεσματικά θετικών δραστηριοτήτων. Έτσι πραγματοποιείται θετική ανατροφοδότηση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος, πράγμα που δρα καταλυτικά απέναντι στην κατάθλιψη.

### **Η διαπροσωπική θεραπεία**

Η διαπροσωπική θεραπεία βασίζεται στην άποψη ότι τα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες δυσλειτουργικές σκέψεις και σχετίζονται άμεσα με την κατάθλιψη (Weissman & Markowitz 1994). Επινοήθηκε και εφαρμόστηκε από τον Gerald Klerman και φαίνεται ότι αποτελεί εναλλακτική λύση έναντι της φαρμακευτικής αγωγής ή συμπληρωματική αυτής. Κατά την διάρκεια της θεραπείας αντλούνται πληροφορίες για τα συμπτώματα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, πραγματοποιείται ανάλυση των δυσλειτουργικών μοτίβων συμπεριφοράς με κύριο γνώμονα τις διαπροσωπικές σχέσεις, και συναισθηματική ενίσχυση, έτσι ώστε ο ασθενής να αναγνωρίζει και να αποδέχεται τα αρνητικά συναισθήματα δίχως να τα καταπιέζει. Έπειτα ο ασθενής υπόκειται σε συμπεριφορική διδασκαλία, με σκοπό την χρήση εναλλακτικών τρόπων αντίδρασης και διαντίδρασης

### **Οικογενειακή-συστημική θεραπεία**

Η οικογένεια παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ζωή ενός ατόμου, όπως και στην διαμόρφωση της ταυτότητας, της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας του. Κατά την οικογενειακή θεραπεία πραγματοποιείται μία ευρύτερη ανάλυση των δυναμικών που αναπτύσσονται ανάμεσα στις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Γίνεται

διδασκαλία σχετικά με τους τρόπους επίλυσης συγκρούσεων και προβλημάτων καθώς και λανθασμένων τρόπων επικοινωνίας, παράγοντες οι οποίοι δίχως την σωστή αντιμετώπιση, οδηγούν στην κατάθλιψη.

Εις βάθος χρόνου πραγματοποιείται αναδόμηση των σχέσεων και κάθε μέλος της οικογένειας μαθαίνει να αναγνωρίζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, να υιοθετεί υποστηρικτική στάση ή να ζητάει έγκαιρα βοήθεια. (Lewinsohn et al. 1998)

### **Φαρμακευτική αγωγή**

Η φαρμακευτική αγωγή σε περιόδους κατάθλιψης έχει αποδειχθεί αποτελεσματική, ωστόσο πολλές φορές οι παρενέργειες αυτών των ψυχοτρόπων παραγόντων μπορούν να αποβούν χειρότερες από την ίδια την κατάθλιψη. Η χρονική περίοδος δράσης τους είναι περιορισμένη και συνήθως τα αποτελέσματα της χρήσης τους είναι αισθητά μετά το πέρας έξι εβδομάδων από την έναρξη της αγωγής. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ωστόσο κάθε αγωγή διαφέρει και δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική σε κάθε ασθενή που πάσχει από κατάθλιψη. Παρακάτω αναλύονται οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ο τρόπος που δρουν στον ανθρώπινο οργανισμό, οι παρενέργειες τους καθώς και η δραστική ουσία που εμπεριέχουν:

<b>Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI):</b>	Η σιταλοπράμη, η εσιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η φλουβοξαμίνη, η παροξετίνη και η σερταλίνη. Αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης(5-HT), αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της από τον προσυναπτικό νευρώνα.
	Καταστολή ή διέγερση, κεφαλαλγία, ζάλη, τρόμος, σεξουαλική δυσλειτουργία, γαστρεντερολογικά προβλήματα, ξηροστομία.
<b>Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης (SNRI)</b>	Η ντουλοξετίνη και η βενλαφαξίνη. Αυξάνουν την τα επίπεδα σεροτονίνης (5- HT), νοραδρεναλίνης(NA) και ντοπαμίνης (DA). Αναστέλλουν τις αντλίες πρόσληψης και ενισχύουν την νευρομεταβίβασή τους

	Αύξηση αρτηριακή πίεσης, αϋπνία, καταστολή, κεφαλαλγία, ελάττωση της όρεξης, σεξουαλική δυσλειτουργία, επιληπτικοί σπασμοί
<b>Αναστολέας επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης- ντοπαμίνης (NDRI)</b>	Η βουπροπιόνη . Αυξάνει τα επίπεδα NA και DA αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη και ενισχύοντας τα νευροδιαβίβαση τους.
	Ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ναυτία ανορεξία, εφίδρωση, τρόμος, αϋπνία, κεφαλαλγία. Σπανίως επιληπτικές κρίσεις.
<b>Τετρακυκλικό αντικαταθλιπτικό (NaSSA)</b>	Η μιρταζαπίνη. Αυξάνει τα επίπεδα 5-HT και NA με αποκλεισμό των προσυναπτικών υποδοχέων. Ενισχύει τη σεροτονινεργική και νοραδρενεργική μεταβίβαση.
	Υπόταση, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, αύξηση της όρεξης, αύξηση του σωματικού βάρους, καταστολή, ζάλη, διαταραγμένα όνειρα, σύγχυση, γριπώδης συνδρομή, επίσχεση ούρων, επιληπτικές κρίσεις (σπάνια).
<b>Συνδυασμένοι ανταγωνιστές και αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SARI)</b>	Η τραζοδόνη και η νεφαζοδόνη. Αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης(5-HT), αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της από τον προσυναπτικό νευρώνα και αποκλείοντας τους υποδοχείς 2 A της σεροτονίνης.
	Καταστολή, κόπωση, ζάλη, κεφαλαλγία, δυσκολία συντονισμού, τρόμος, ναυτία, εμετός, οίδημα, θάμβος όρασης, ξηροστομία, υπόταση, συγκοπή, πριαπισμός, ηπατική βλάβη.

<b>Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (NRI)</b>	Η ρεμποξετίνη. Αυξάνει τα επίπεδα ΝΑ αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της.	
	Αντιχολινεργικές δράσεις, αϋπνία, άγχος, σεξουαλική δυσλειτουργία, υπόταση.	
· <b>Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA)</b>	Η αμιπτριπτυλίνη, αμοξαπίνη, κλομιπραμίνη, δεσιπραμίνη, δοξεπίνη, ιμιπραμίνη, μαπροτιλίνη, νοτριπτυλίνη, προτριπτυλίνη, τριμιπραμίνη. Αυξάνουν την νοραδρενεργική και σεροτονινική δραστηριότητα.	
	Καταστολή, ορθοστατική υπόταση, αύξηση του βάρους, καρδιοτοξικότητα	
<b>Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAO)</b>	Ισοκαρβοξαζίνη , φενελζίνη, τρανυλκυπρομίνη.	Αυξάνουν τα επίπεδα 5-HT, ΝΑ και DA (μονοαμίνες) αναστέλλοντας τη δράση του ενζύμου μονοαμινοξειδάση που μεταβολίζει τις εν λόγω βιογενείς αμίνες και προάγει τη συσσώρευση τους στη σύναψη.
<b>Εκλεκτικός Αναστολέας (MAO-A)</b>	Η μολκοβεμίδα	
<b>Εκλεκτικός Αναστολέας(MAO-B)</b>	Η σελεγιλίνη.	
Υπερτασική κρίση, ορθοστατική υπόταση, καταστολή, αύξηση σωματικού βάρους, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές ύπνου.		

(Kye et al. 1995)

### **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) με χρονική διάρκεια άνω των 75 ετών έχει δείξει έγκριτα τα αποτελέσματα της από την δεκαετία του 1970 και μετά. Ο λόγος για αυτό είναι οι βελτιωμένοι θεραπευτικοί μέθοδοι, τα αυξημένα μέτρα ασφάλειας και σωστή διαχείριση αναισθησίας. Ο χώρος της ψυχιατρικής μονάδας για την ΗΣΘ αποτελείται από μια τοπική μονάδα με κατά προτίμηση δύο θαλάμους: έναν θεραπείας και ένα

ανάληψης διαχωρισμένο μεταξύ τους ενώ παράλληλα θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλη ηχομόνωση της όλης μονάδας με το χώρο αναμονής. Επιπρόσθετα θα πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένο άτομο του νοσηλευτικού προσωπικού, ψυχίατρος και αναισθησιολόγος. Η ΗΣΘ διακρίνεται σε μονόπλευρη και αμφοτερόπλευρη. Τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη αφορούν την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων στο κεφάλι του ασθενούς. Η δόση του ηλεκτρικού ερεθίσματος βρίσκεται μεταξύ 25-50mc έως 750-800mc. Η μονόπλευρη προτιμάται για την μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών από την ΗΣΘ όπως η μείωση των γνωστικών λειτουργιών (και προτιμάται σε νευροψυχιατρικές καταστάσεις όπως η νόσος του Parkinson) ενώ η αμφοτερόπλευρη για τη ταχύτερη ανταπόκριση και οδηγεί στην πιο πλήρη ανάκαμψη του ασθενή.

Η συχνότητα μπορεί να περιοριστεί για τη διαχείριση των ανεπιθύμητων ενεργειών όπως η μείωση των γνωστικών λειτουργιών από τρεις σε δύο την εβδομάδα, σύμφωνα πάντα με το θεραπευτικό σχήμα. Ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών πέρα από τον οποίο θα κριθεί ένα υπάρχει κλινική βελτίωση είναι οι πρώτες έξι διπολικές συνεδρίες. Εάν υπάρχει έστω μια ασήμαντη ή παροδική βελτίωση τότε ο κύκλος των συνεδριών συνεχίζεται και ολοκληρώνεται στις 12 όπου είναι και ο επιθυμητός αριθμός συνεδριών. Σχετικά με τη δράση της ΗΣΘ μια θεωρία υποδεικνύει ότι η δραστηριότητα της κρίσης που προκαλείται κατά τη διάρκεια της ΗΣΘ συνεπάγεται μια αλλαγή των χημικών διαβιβαστών του εγκεφάλου γνωστοί και ως νευροδιαβιβαστές. Μια άλλη θεωρία προτείνει ότι οι θεραπείες της ΗΣΘ επηρεάζουν την κανονικότητα των επιπέδων των ορμονών στον εγκέφαλο τα οποία μπορούν να επηρεάσουν με τη σειρά τους τα επίπεδα ενέργειας, ύπνου, όρεξης και διάθεσης (Mc. Calle et al. 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 2.1 Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία

Τα τελευταία 20 χρόνια έχει εδραιωθεί από ερευνητές η ύπαρξη και η φαινομενολογία της κατάθλιψης τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους και συνεχίζονται οι προσπάθειες για την καλύτερη θεραπευτική της αντιμετώπιση ( Λιακοπούλου 1998).

Η πρόωμη εκδήλωση ψυχικής συναισθηματικής διαταραχής όπως είναι η κατάθλιψη, αυξάνει τις πιθανότητες για τη συνέχεια της ίδιας ή την εμφάνιση άλλης διαταραχής στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Σε έρευνες που αναφέρονται στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παιδιών και εφήβων διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Επίσης κάποιες μελέτες αναφέρουν την αυξημένη πιθανότητα ψυχικής νόσησης, ψυχιατρικής νοσηλείας, αυτοκτονίας και περιορισμένης κοινωνικής προσαρμογής ενηλίκων που παρουσίασαν ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία. Ακόμη, έχει επισημανθεί ότι η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σε πρώιμα εξελικτικά στάδια επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή (McCrone et al. 2005).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά εκτός του ότι είναι επώδυνα για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συνδέονται και με προβλήματα που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών της κατάθλιψης, των προβλημάτων στο σχολείο, των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά και η θεραπευτική αντιμετώπισή της, δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης στην παιδική ηλικία, αποφεύγοντας έτσι την εμφάνιση χρόνιας ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή (Dubber 1982).

Επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη στα παιδιά, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη .Σ' αυτό συμβάλλει η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της παιδικής ηλικίας, που τον εμποδίζει να αποδεχθεί τα συμπτώματα απελπισίας και κατάθλιψης σ' ένα παιδί. Επιπλέον, δεν υπάρχουν τις περισσότερες φορές σαφή κλινικά σημεία αναφοράς, για να στοιχειοθετήσουν επαρκώς και να οδηγήσουν στη διάγνωση της κατάθλιψης σ' ένα παιδί (Costello et al. 2007).

## 2.2 Αιτιολογία

Η κατάθλιψη στα παιδιά είναι μια διαταραχή διάθεσης και η εμφάνισή της συνδέεται με γενετικές, βιολογικές, αναπτυξιακές, γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες που συνδέονται με την παιδική ηλικία. Η ύπαρξη γονέα με κατάθλιψη αυξάνει δραματικά τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και στο παιδί. Δεν είναι διαπιστωμένο εάν κληρονομούμενα γονίδια ευθύνονται για την εμφάνιση κατάθλιψης ή εάν κληρονομούμενα γνωσιακά χαρακτηριστικά οδηγούν σε κατάθλιψη ενός παιδιού.

Μελέτες έχουν δείξει ότι διάφορα γεγονότα ζωής ευθύνονται για την ύπαρξη της κατάθλιψης. Συνήθως η κατάθλιψη αρχίζει με μια εμπειρία απώλειας ή στέρησης. Η απώλεια του αντικειμένου αγάπης βιώνεται από το νήπιο σαν ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα (Costell et al. 2002).

Το συναισθηματικό τραύμα, μία από τις σημαντικότερες αιτίες εμφάνισης ψυχικών διαταραχών μπορεί να προκαλέσει μια αλληλουχία νευροβιολογικών γεγονότων με μακροχρόνιες συνέπειες, όπως την τροποποίηση έκφρασης των γονιδίων. Η πρόωμη κακοποίηση και παραμέληση μπορεί να απορρυθμίσει την ανάπτυξη του νευροβιολογικού συστήματος του παιδιού με αποτέλεσμα τη μείωση της αντίστασης στα στρεσογόνα γεγονότα και την ανάπτυξη προβλημάτων σχετικών με τη ρύθμιση του συναισθήματος. (Costello et al, 2002).

Τα παιδιά που έχουν υποστεί σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση, τείνουν να δείχνουν μεγαλύτερη ευαισθησία στην απειλή και προσοχή σε σημάδια που περιέχουν θυμό. Η υπόθεση της ουλής (scar hypothesis) και οι θεωρίες συμπεριφορικής ευαισθητοποίησης και ηλεκτροφυσιολογικής αυτανάφλεξης (behavioural sensitization and electrophysiological kindling) υποδεικνύουν ότι το συναισθηματικό τραύμα μπορεί να προκαλέσει ίχνη που επιμένουν μετά την αποδρομή της κατάθλιψης και καθιστούν τα άτομα ευάλωτα στην επανέναρξη ενός νέου επεισοδίου, ακόμη και μετά από επίδραση ενός μικρού στρεσογόνου γεγονότος. Πρώιμες επιβαρυντικές εμπειρίες, όπως συναισθηματική κακοποίηση ή ιδρυματισμός, βρέθηκε ότι επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού. Έκθεση σε συνεχή συναισθηματικά γεγονότα, έδειξε να προκαλεί αυξημένο σχηματισμό συνάψεων και δενδριτών στην πλαγιοβασική αμυγδαλή (δενδριτική ανασχεση στον ιππόκαμπο) και συμπεριφορά άγχους σε ειδικές περιστάσεις, όπως φοβία σε ανοιχτά μέρη. Στη διάρκεια αφήγησης ενός συναισθηματικά τραυματικού γεγονότος υπάρχει ενεργοποίηση του μεταιχμιακού

συστήματος, της δεξιάς αμυγδαλής, του κογχομετωπιαίου φλοιού και του πρόσθιου προσαγωγίου. Επιπλέον, υπάρχει ενεργοποίηση της πρόσθιας νήσου, η οποία ενέχεται στην επισήμανση των σωματικών επιπτώσεων των αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και του πρόσθιου και μέσου κροταφικού φλοιού, που ενέχονται στα αρνητικά συναισθήματα (Cichetto et al. 1998).

Η παιδική κατάθλιψη ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Για παράδειγμα, στα βρέφη και στα νήπια παρατηρείται η «ανακλητική κατάθλιψη» όπως την ονομάζει ο Spitz. Το βρέφος όταν αποχωρίζεται τη μητέρα του για μεγάλο χρονικό διάστημα ή η μητέρα είναι συναισθηματικά απύσχα αρχίζει να υπολείπεται στη σωματική, συναισθηματική και γνωστική του ανάπτυξη. Συγκεκριμένα το βρέφος αναπτύσσει σωματική ατονία, τάση για επανάληψη των ιδίων δραστηριοτήτων, μείωση των αισθητηριακών του ικανοτήτων, αδιαφορία και απάθεια για το περιβάλλον, συναισθηματική απόσυρση, μείωση χαράς και εξερεύνησης για το εξωτερικό περιβάλλον, ανορεξία και αϋπνία (Costello et al. 2002).

Οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει ένα παιδί κατάθλιψη συμπεριλαμβάνουν στρεσογόνα γεγονότα όπως ο θάνατος στην οικογένεια, το διαζύγιο, παράγοντες ενδεικτικοί της ύπαρξης ενδοοικογενειακού ψυχοκοινωνικού στρες όπως βιώματα απώλειας, απειλή απώλειας, απόρριψης, ψυχική διαταραχή στην οικογένεια και επίσης όταν τα παιδιά ανήκουν σε οικογένειες μειονοτήτων, ή έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση (Costello et al. 2002, Van der Wall et al. 2003).

Ακόμη, το σχολικό περιβάλλον όταν βιώνεται από το παιδί ως παράγοντας πίεσης μπορεί να συνεργεί στην εμφάνιση κατάθλιψης, όταν μάλιστα δεν μπορεί να παρουσιάσει σχολική επιτυχία. Ιδιαίτερα ο εκφοβισμός (bullying) έχει επισημανθεί ως παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση κατάθλιψης για τα παιδιά που τον υφίστανται. (Van der Wall et al. 2003)

Τα παιδιά με χρόνια νόσο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Για παράδειγμα τα παιδιά με διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη, φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, νόσο Crohn, ελκώδη κολίτιδα, ημικρανίες καθώς και εκείνα που κάνουν χρήση στερεοειδών στο άσθμα, έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Επισημαίνεται επίσης ότι και τα παιδιά με επιληψία εμφανίζουν κατάθλιψη, ωστόσο τις περισσότερες φορές αυτή μένει αδιάγνωστη. Τα παιδιά που μεταναστεύουν μπορεί να είναι επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης, ειδικά εάν είχαν εκτεθεί σε βία πριν ή



κατά την προσπάθεια της μετανάστευσης. Τα παιδιά μεταναστών κατά την εγκατάστασή τους σε μια νέα χώρα προσπαθούν να προσαρμοστούν στην κουλτούρα του καινούργιου περιβάλλοντος, ωστόσο, οι πολιτισμικές διαφορές και η κοινωνική πίεση που υφίστανται να εναρμονιστούν με τις εθνοπολιτισμικές νόρμες, αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη (Andrews et al. 1991, Pliorplys 2003).

### **2.3 Κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία**

Το Αμερικανικό Ταξινόμικό Σύστημα ψυχικών διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα. Ωστόσο, στην κλινική πράξη η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία. Το παιδί αδυνατεί να εκφράσει αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, ωστόσο, μπορεί να εκφράσει επίμονες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και το μέλλον του, να κλαίει εύκολα και να έχει καταθλιπτική έκφραση.

Για τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού. Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά εμφανίζουν συχνά απαθή συμπεριφορά και άρνηση τροφής. Φαίνονται λυπημένα, δυστυχημένα, ανήσυχα, ευερέθιστα και συχνά κλαίνε. Στη μέση παιδική ηλικία συνήθως συνυπάρχει άγχος με εμφάνιση κυρίως ψυχοσωματικών συμπτωμάτων όπως πονοκέφαλοι και κοιλιακά άλγη και συχνά εμφανίζεται μειωμένη σχολική επίδοση, με διάσπαση της προσοχής, αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και απροσεξία. Αν και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι εξαιρετικά σπάνιες, τα παιδιά με κατάθλιψη συχνά επιθυμούν να πεθάνουν.

Η διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτει από στοιχεία όπως έλλειψη ενδιαφέροντος για μάθηση και για παιχνίδι και λιγότερο από το καταθλιπτικό συναίσθημα, τις ιδέες αυτομομφής ή τις ιδέες αυτοκτονίας που κυριαρχούν στους ενήλικες. Οι διαγνωστικές δυσχέρειες όσον αφορά τον ακριβή προσδιορισμό της κλινικής εικόνας της παιδικής κατάθλιψης, δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για την εμφάνισή της στη μετέπειτα ενήλικη ζωή του παιδιού (Harmin et al. 2005).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία έχει διαμορφώσει διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη και σύμφωνα με αυτά το παιδί για να χαρακτηριστεί καταθλιπτικό πρέπει να εμφανίζει πέντε τουλάχιστον συμπτώματα, τα οποία επιμένουν επί δύο συνεχόμενες εβδομάδες ή και περισσότερο.

Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση.
- Μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για δραστηριότητες που στο παρελθόν απολάμβανε.
- Μείωση ή αύξηση βάρους.
- Αϋπνία ή υπερυπνία.
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση.
- Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας.
- Αισθήματα αναξιότητας ή ακατάλληλης ενοχής.
- Μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης .
- Ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας.

Περίπου τα 2/3 των παιδιών με κατάθλιψη εμφανίζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές. Αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανό να εμφανιστούν σε παιδιά με κατάθλιψη σε ποσοστό 8,3%. Άλλες διαταραχές που εμφανίζονται με την κατάθλιψη στα παιδιά είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, η διαταραχή υπερδραστηριότητας και η κατάχρηση ουσιών. Τα παιδιά με κατάθλιψη έχουν την τάση να εκδηλώνουν ευερεθιστότητα, ενώ συχνά είναι αναποφάσιστα και εμφανίζουν πρόβλημα συγκέντρωσης. Σπάνια εκδηλώνουν ψυχωτικά στοιχεία όταν είναι καταθλιπτικά, ωστόσο όταν εμφανίσουν, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές απ' ότι οι παραισθήσεις.

Η αύξηση των σωματικών αιτιάσεων μπορεί να είναι μεγαλύτερη στα παιδιά, επειδή δεν έχουν λόγω ηλικίας αναπτύξει την ικανότητα να εκφράζουν λεκτικά αυτά που αισθάνονται. Σωματικά συμπτώματα όπως είναι οι κεφαλαλγίες και οι πόνοι στο στομάχι είναι πιο συχνά στα καταθλιπτικά παιδιά απ' ότι στους ενήλικες. Εκτός των τυπικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης όπως είναι η λύπη και η ευερεθιστότητα, εμφανίζουν έλλειψη ευχαρίστησης από τις δραστηριότητες και το παιχνίδι. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα παιδιά με κατάθλιψη της προσχολικής ηλικίας ασχολούνται με επικίνδυνα παιχνίδια ή που το περιεχόμενό τους περιλαμβάνει την έννοια της αυτοκτονίας (Harmin et al. 2005).

#### **2.4 Θεραπεία της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία**

Η θεραπεία, όπως και η διάγνωση της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι το παιδί πολλές φορές, ανάλογα και με το ηλικιακό στάδιο στο οποίο

βρίσκεται, δυσκολεύεται να εκφράσει αυτό που νιώθει και αυτό που αισθάνεται. Ωστόσο, αποτελεσματικοί έχουν αποφανθεί οι ψυχοθεραπευτικοί μέθοδοι και σε κάποιες περιπτώσεις η φαρμακευτική αγωγή, ως διαδεδομένοι τρόποι αντιμετώπισης. Όπως και στην κατάθλιψη ενηλίκων έτσι και στην παιδική, ο συνδυασμός μεθόδων και η προσαρμογή αυτών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες του ατόμου, δίνουν ευκολότερα ένα τέλμα στην εξελικτική πορεία της ψυχικής νόσου.

## **Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση**

### **1. Ατομική-ψυχοδυναμική θεραπεία**

Κατά την διάρκεια της ψυχοδυναμικής θεραπείας, το παιδί ενθαρρύνεται να εκφράσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις ιδέες και τις βαθύτερες επιθυμίες του. Σκοπός της θεραπείας είναι να απαλλάξει το παιδί από τα αρνητικά συναισθήματα, που έχουν προκληθεί από τυχόν πρώιμες τραυματικές εμπειρίες και δρουν αρνητικά στον τρόπο ζωής, σκέψης και λειτουργικότητας αυτού.

Βέβαια, όπως έχει προαναφερθεί είναι ιδιαίτερα δύσκολο για ένα παιδί να εκφράσει όλα αυτά που βιώνει και να κατανοήσει τον ψυχισμό του. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν δομημένα επιτραπέζια και παιχνίδια, έτσι ώστε να δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον για το παιδί, στο οποίο μπορεί να εκφραστεί αυθόρμητα. Ο Rousseau ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την μελέτη του παιδικού παιχνιδιού και το ανήγαγε ως σημαντικό τόσο για την κατανόηση της φύσης του παιδιού, όσο και ως μέσο εκπαίδευσης του. Έτσι γεννήθηκε και ιδέα της παιγνιοθεραπείας. Ακόμα μία μέθοδος διευκόλυνσης της θυμικής έκφρασης του παιδιού αποτελεί η μέθοδος Vasarhelyi (1982). Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αρχή ότι η οπτική σκέψη έχει μία μοναδική και άμεση σχέση με το ασυνείδητο. Έτσι ο θεραπευτής μέσω μίας εικαστικής ζωγραφιάς του παιδιού, αντλεί μέσα από ερωτήσεις την εικόνα του παιδιού για τον εαυτό του, την οικογένειά του και της πρώιμης παιδικής του μνήμης.

Η διάρκεια της ψυχοδυναμικής θεραπείας εξαρτάται από την σοβαρότητα και την χρονιότητα της κατάθλιψης, την ψυχοπαθολογία των γονέων και την ανταπόκριση του παιδιού. Μπορεί να διαρκέσει από 15 εβδομάδες (συχνότητα 1-3 συνεδριών την εβδομάδα) έως και 2 χρόνια. Παράλληλα κρίνεται αναγκαία και οι συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων (Lewinsohn et al. 1998).

## **2. Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία**

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία βασίζεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και επεξεργάζεται τα εσωτερικά και εξωτερικά θυμικά ερεθίσματα, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την συναισθηματική διάθεση και συμπεριφορά (Schrodt 1992). Τα καταθλιπτικά άτομα έχουν την τάση εστιάζουν στην αρνητική έκβαση των πραγμάτων, μέσω αρνητικών σκέψεων και συλλογισμών. Μέσα από την θεραπεία επιδιώκεται η συστηματική παρακολούθηση των αρνητικών σκέψεων του παιδιού, η παραγωγή δεδομένων που να υποστηρίζουν ή να απορρίπτουν την αρνητική γνώση και η προσπάθεια υιοθέτησης εναλλακτικών τρόπων συμπεριφοράς (Dubovsky et al. 2003). Η συμμετοχή της οικογένειας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πορεία και την εξέλιξη της κατάθλιψης, καθώς η αρνητική διάθεση και συμπεριφορά του παιδιού, πιθανώς να έχει προκύψει από την μιμητική στάση μεταξύ παιδιού-γονέα (καταθλιπτικός γονέας, που δεν έχει λάβει την ανάλογη φροντίδα) ή από την αρνητική συμβολή των μελών στην αυτό-εικόνα του παιδιού (επικριτικά, αρνητικά σχόλια γονέων και μελών).

## **3.Οικογενειακή-συστημική θεραπεία**

Πολλοί ερευνητές, ψυχοθεραπευτές και κλινικοί ιατροί είναι ακόλουθοι της πεποίθησης ότι δεν υπάρχει παιδική κατάθλιψη, αλλά τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που δημιουργούν ένα αρνητικό περιβάλλον που προμηνύει την κλινική εμφάνιση της νόσου κατά την εφηβεία ή την νεανική ηλικία. Πράγματι, το παιδί έχει την τάση να ταυτίζεται με τους φροντιστές του και να αναπαράγει δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς, παράγοντες καθοριστικοί για την πορεία της ζωής του. Στην οικογενειακή θεραπεία αναλύεται και διερευνάται η έννοια της οικογένειας ως συνόλου και τα δυναμικά των σχέσεων που δημιουργούνται μεταξύ των μελών. Στόχος μέσα από την οικογενειακή θεραπεία είναι η συζήτηση των θεμάτων που έχουν σχέση με την κατάθλιψη, η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και αποτελεσματικών τρόπων επίλυσης συγκρούσεων. Οι συγγενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, να κατανοούν το πρόβλημα και να προλαμβάνουν την εκδήλωση του βοηθώντας το παιδί. Θεραπευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί η τροποποίηση των αρνητικών μοντέλων συμπεριφοράς και η εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοενίσχυσης και αλληλοϋποστήριξης. (Lewinsohn et al. 1998)

Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες έως και αρκετά χρόνια ανάλογα με τις ανάγκες υποστήριξης και έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (Schlippe et al. 2008).

### **Φαρμακευτική αγωγή**

Η σύσταση για χρήση ψυχοφαρμάκων στο παιδί πρέπει να στηρίζεται σε έγκυρη γνώση για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια αυτών. Έγκυρη γνώση όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί εκείνη που στηρίζεται σε δοκιμές σε λίγα περιστατικά ή δοκιμές χωρίς έλεγχο (uncontrolled), ή εκείνες σε ενήλικους.

Οι ενδείξεις για την χρήση ψυχοφαρμάκων που θα παρουσιασθούν αφορούν ηλικίες άνω των 6 ετών. Για παιδιά προσχολικής ηλικίας οι γνώσεις για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των φαρμάκων αυτών είναι περιορισμένες. Συνεπώς επί του παρόντος περισσότερη γνώση απαιτείται πριν ψυχοφάρμακα συστηθούν για παιδιά κάτω των 6 ετών. Αν η χορήγηση φαρμάκου κρίνεται ως απολύτως αναγκαία σε παιδί κάτω των 6 ετών λόγω εξαιρετικά διαταρακτικής συμπεριφοράς υπάρχουν κάποιες αρχές που πρέπει να έχει κατά νουν ο παιδοψυχίατρος ή ο παιδίατρος που καλείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.

Τα ακόλουθα φάρμακα έχουν μέχρι σήμερα μελετηθεί προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε παιδιά και εφήβους (Key et al. 1995):

- Διεγερτικά (μεθυλφενιδάτη, δεξτροαμφεταμίνη, πεμολίνη μαγνησίου).
- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, ντεζιπραμίνη, νορτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη).
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (φλουοξετίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη, σετραλίνη).
- Αντιψυχωτικά (χλωρπρομαζίνη, θιοριδαζίνη, αλοπεριδόλη, πιμοζίδη, ρισπεριδόνη, κετιαπίνη).
- Σταθεροποιητικά διάθεσης (λίθιο).
- Αντιεπιληπτικά για ψυχιατρική χρήση (φαινοτοΐνη, καρμπαμαζεπίνη, βαλπροϊκό οξύ).
- Άλλα (κλονιδίνη).

## 2.5 Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. ( Children's Depression Inventory)

Η κλίμακα C.D.I. είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης, το οποίο έχει σχεδιαστεί για παιδιά παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Είναι κατάλληλη για παιδιά ηλικίας 7 έως 17 ετών.

Απαιτεί το χαμηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων ανάγνωσης από οποιαδήποτε άλλη κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης για παιδιά (Kazdin et al., 1982, Bernd et al. 1983). Αποτελείται από 27 ερωτήσεις (Κοναcs 1992) και αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ικανότητας ευχαρίστησης, απαισιοδοξία, σκέψεις θανάτου, διαταραχές στην λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη), αρνητική αξιολόγηση εαυτού και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αρκετές ερωτήσεις αφορούν τις συνέπειες της κατάθλιψης σε τομείς που αφορούν ειδικά τα παιδιά, όπως το σχολείο. Σε κάθε ερώτηση υπάρχει ο δικαίωμα επιλογής τριών απαντήσεων, τις οποίες απαντά το παιδί, σύμφωνα με αυτά που βιώνει τις τελευταίες δυο εβδομάδες (παρούσα κατάσταση). Οι τρεις δυνατότητες επιλογής βαθμολογούνται με 0, 1 ή 2 και η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη βαρύτητα του αξιολογούμενου συμπτώματος. Για κάθε ερώτηση η βαθμολογία πρέπει να αξιολογείται ως εξής:

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ	ΣΗΜΑΣΙΑ
0	Απουσία συμπτώματος
1	Ήπιο σύμπτωμα
2	Έντονο σύμπτωμα

Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας των 27 ερωτήσεων και κυμαίνεται από το 0 έως το 54.

Οι 27 ερωτήσεις της κλίμακας ομαδοποιούνται σε 5 υποκλίμακες, για κάθε μία από τις οποίες προκύπτει μία συνολική επιμέρους βαθμολογία. Οι υποκλίμακες αυτές αντιστοιχούν σε 5 βασικές κατηγορίες συμπτωμάτων (Κοναcs 1992) , οι οποίες χαρακτηρίζουν την κλινική εικόνα της κατάθλιψης και είναι οι εξής:

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ Α: Αρνητική Συναισθηματική Διάθεση	
Αριθμός ερώτησης	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
1	Καταθλιπτική διάθεση
6	Απαισιοδοξία
8	Αυτοκατηγορία
10	Ξέσπασμα σε κλάματα
11	Ανησυχία
13	Αναποφασιστικότητα
Σύνολο ερωτήσεων: 6 ερωτήσεις	Συνολική βαθμολογία: 0-12

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ Β: Διαπροσωπικά Προβλήματα	
Αριθμός ερώτησης	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
5	Κακή συμπεριφορά
12	Μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον
26	Ανυπακοή
27	Τσακωμοί
Σύνολο ερωτήσεων: 4 ερωτήσεις	Συνολική βαθμολογία: 0-8

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ Γ: Αναποτελεσματικότητα	
Αριθμός ερώτησης	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
3	Αυτό-υποτίμηση
15	Δυσκολία σχολικής εργασίας
23	Μείωση σχολικής απόδοσης
24	Αυτό-υποτίμηση
Σύνολο ερωτήσεων: 4 ερωτήσεις	Συνολική βαθμολογία: 0-8

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ Δ: Ανηδονία	
Αριθμός ερώτησης	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
4	Ανηδονία
16	Διαταραχή ύπνου
17	Κόπωση
18	Ελαττωμένη όρεξη για φαγητό
19	Σωματικά ενοχλήματα
20	Αίσθημα μοναξιάς
21	Άρνηση για το σχολείο
22	Απουσία φίλων
Σύνολο ερωτήσεων: 8 ερωτήσεις	Συνολική βαθμολογία: 0-16

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ Ε: Αρνητική Αυτοεκτίμηση	
Αριθμός ερώτησης	Αξιολογούμενο σύμπτωμα
2	Απαισιοδοξία
7	Μίσος για τον εαυτό
9	Αυτοκτονικός ιδεασμός
14	Αρνητική εικόνα σώματος
25	Αίσθηση ότι δεν το αγαπούν
Σύνολο ερωτήσεων: 5 ερωτήσεις	Συνολική βαθμολογία: 0-10



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 3.1 Η κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία

Η εφηβεία ορίζεται ως η εξελικτική πορεία στη ζωή, που αρχίζει βιολογικά με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει ψυχολογικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού κι του φύλου, καθώς και του αισθήματος της ανεξαρτησίας και σηματοδοτεί την ενηλικίωση του. Η ενηλικίωση γίνεται κοινωνικά αποδεκτή με άλλο τρόπο και σε διαφορετικό χρόνο, σύμφωνα με τις πολιτισμικές αξίες της κάθε κοινωνίας. Έτσι, η εφηβεία αντιμετωπίζεται ως το σύνολο των ψυχολογικών, αναπτυξιακών διαδικασιών που συνδέονται με τις ωριμοποιητικές μεταβολές της ήβης, διαμέσου των συγκεκριμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών (Λαζαράτου και συν. 2001).

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα τη λύπη, τη διέγερση και τον θυμό. Τα λογοτεχνικά έργα που αναφέρονται στην περίοδο αυτή της ζωής, περιγράφουν την θλίψη, τον πεσιμισμό, την αυτο-υποτίμηση. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατελείωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι ή καθιστοί, δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για κάθε τι που αγγίζει την καθημερινότητα. Διακατέχονται από αισθήματα ενοχής και απογοήτευσης, που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας. Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση μας οδηγεί στο να αναρωτηθούμε αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μία φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή (Σολδάτος και συν. 1993).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μεγάλο μέρος των διεργασιών της εφηβείας με τις διεργασίες του πένθους. Ο έφηβος είναι αναγκασμένος να αποχωριστεί συμβολικά τους γονείς του, να διακόψει τους δεσμούς μαζί τους και να απομακρυνθεί από την ιδέα των παιδικών χρόνων, για να αντιμετωπίσει από μόνος του μία νέα πραγματικότητα. Αυτή η διεργασία διακοπής των δεσμών και απώλειας του αντικειμένου έχει ακριβώς τα ίδια στάδια, όπως η διεργασία αντιμετώπισης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Ταυτόχρονα, ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από

τα αντικείμενα αγάπης της παιδικής του ηλικίας, περνάει μία περίοδο, όπου η ενασχόληση του είναι στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό. Πρόκειται για μία ναρκισσιστική παλινδρόμηση, όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά στις φαντασιώσεις και στα προσωπικά σενάρια του εφήβου. Από εδώ πηγάζουν τα αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εκφράζουν την απόσταση από αυτό που θα ήθελε ο έφηβος να είναι και αυτό που πραγματικά είναι (American Psychiatric Association 1994).

Στην εφηβεία, επίσης παρουσιάζονται πράξεις ετερο- αυτό επιθετικότητας.

Ο Winnicott σημειώνει «Το να μεγαλώνεις σημαίνει ότι παίρνεις τη θέση του γονέα και είναι αυτό που πραγματικά συμβαίνει. Το να μεγαλώνεις είναι από τη φύση του μία πράξη επιθετική».

Παρόλες τις ομοιότητες όμως η εφηβεία διαφοροποιείται από την διεργασία πένθους, διότι υπάρχει μία δυναμική πορεία. Ο έφηβος περνάει σταδιακά από διεργασίες που θα τον οδηγήσουν μακριά από την επώδυνη κατάσταση.

Σε αντίθεση με την ψυχαναλυτική προσέγγιση. Υπάρχει η άποψη ότι η εφηβεία δεν είναι μία περίοδος μεγάλων αλλαγών για όλους τους εφήβους. Σε ορισμένες έρευνες σε μη κλινικό πληθυσμό ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων (80%), φαίνεται να έχουν καλή σχέση με τους γονείς και τους συνομηλίκους τους και μοιράζονται τις ίδιες κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες. Αυτές οι έρευνες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία είναι μία περίοδος ανάπτυξης, που μπορεί να ξεπεραστεί χωρίς αναταραχές και ότι μετάβαση στην ενήλικη ζωή ολοκληρώνεται προοδευτικά και χωρίς μεγάλες ανακατατάξεις. Σύμφωνα με αυτή την θεωρητική άποψη, η εμφάνιση κατάθλιψης δεν μπορεί παρά να σηματοδοτεί την ύπαρξη παθολογίας και να χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η κατάθλιψη αποδεικνύεται ως ένα από τα συχνότερα προβλήματα της εφηβείας. Η επίπτωση της ανέρχεται, ανάλογα με τις έρευνες, σε 2,8-8,3%. Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τις διαγνωστικές κλίμακες και μικρότερη όταν τις συμπληρώνουν οι γονείς τους. Συμπεραίνεται ότι οι γονείς παρατηρούν και ανησυχούν περισσότερο για εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς κατά την περίοδο της εφηβείας και ασχολούνται λιγότερο με το πώς νιώθει ο έφηβος. Παράλληλα, υπάρχει μία δυσκολία εκ μέρους των εφήβων να μεταδώσουν τα υποκειμενικά συναισθήματα άγχους και

κατάθλιψης στους ενήλικους και προτιμούν να τα κρατήσουν για τον εαυτό τους ή να ζητήσουν βοήθεια από συνομήλικους (Harrington et al. 1990).

Ως προς το φύλο, υπάρχει μία σαφής υπεροχή των κοριτσιών που εμφανίζουν κατάθλιψη. Μία πρόσφατη σουηδική έρευνα που έγινε σε 2.300 μαθητές, ηλικίας 16-17 ετών, αναφέρει επίπτωση μείζονος κατάθλιψης 5,8% και αναλογία φύλου 4 κορίτσια προς 1 αγόρι. Στην Ελλάδα μία αντίστοιχη έρευνα που συμπεριέλαβε 1.316 εφήβους, ηλικίας 12-17 ετών, έδειξε ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%) (Harrington et al. 1990).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή επιδημιολογικά στοιχεία για την κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους (Giannakopoulos et al. 2009). Σύμφωνα με τους Μαγκλάρα και συνεργάτες (2015), σε μία έρευνα βασισμένη σε 2.427 εφήβους το ποσοστό του επιπολασμού των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανέρχεται σε 17,43% και το ποσοστό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στο 5,67%.

### **3.2 Αιτιολογία**

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι μία ετερογενής διαταραχή και πολλοί διαφορετικοί παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένεση της. Μελέτες που συμπεριλαμβάνουν οικογένειες, δίδυμα και υιοθετημένα παιδιά και αποδεικνύουν μία γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια των συναισθηματικών διαταραχών. Παράλληλα έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά των γονέων με καταθλιπτική διαταραχή έχουν τρεις φορές πιο αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ένα επεισόδιο κατάθλιψης στη ζωή τους. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται ακόμα περισσότερο όταν και οι δύο γονείς παρουσιάζουν διαταραχές συναισθήματος. Η παραδοχή της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση κατάθλιψης στην εφηβεία δεν αποκλείει την συμμετοχή των περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι εξάλλου γνωστό ότι τα άτομα με υψηλό γενετικό κίνδυνο είναι περισσότερο ευαίσθητα στις επιδράσεις αντίξοων συνθηκών περιβάλλοντος από ότι τα άτομα χαμηλού γενετικού κινδύνου (Tussang et al. 1990).

Οι οικογένειες καταθλιπτικών χαρακτηρίζονται από εντονότερες συγκρούσεις απορρίψεις προβλήματα στην επικοινωνία μικρότερη έκφραση των συναισθημάτων λιγότερη υποστήριξη και αυξημένα ποσοστά κακοποίησης των παιδιών.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως ο θάνατος, το διαζύγιο, η μετανάστευση, η σχολική αποτυχία, η απόπειρα αυτοκτονίας ή η αυτοκτονία στο άμεσο περιβάλλον, η

σοβαρή σωματική ασθένεια από μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως έλλειψη υποστήριξης συνδέονται με την εμφάνιση κατάθλιψης στην εφηβεία (Orvaschel et al. 1988).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η αποτυχία των φυσιολογικών διεργασιών της εφηβείας οδηγεί στην κατάθλιψη. Ο συμβολικός αποχωρισμός και η διακοπή των δεσμών με τους γονείς παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου. Το αντικείμενο που κινδυνεύει να χαθεί εξωτερικεύεται και ενδοβάλλεται. Υπάρχει ένας φόβος μεταλλαγής του αντικειμένου αγάπης και η απειλή που συνδέεται με την ερωτική επένδυση των νέων αντικειμένων. Η σύγκρουση που προέρχεται από την απόσταση ανάμεσα στο αντικείμενο που πρόκειται να χαθεί και στο νέο αντικείμενο που πρόκειται να επενδυθεί καθλώνει τον έφηβο σε μία θέση ανικανότητας και βαθιάς απελπισίας (Hammen et al., 1991).

### **3.3 Κλινική εικόνα της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία**

Η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει κοινά χαρακτηριστικά, αλλά και διαφορές από εκείνη των παιδιών ή των ενηλίκων. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 την τοποθετούν πλησιέστερα στην κλινική εικόνα των ενηλίκων τονίζοντας κάποιες διαφορές.

Η βασική διαφορά είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει η ευερεθιστότητα, αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Γκρινιάζει συνεχώς και όλα του φταίνε με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις στην οικογένεια αλλά και στο χώρο του σχολείου. Περιορίζει τις δραστηριότητες που συνήθως του προσφέρουν ευχαρίστηση και τις δραστηριότητες που απαιτούν σημαντική ενέργεια. Παραπονιέται για κούραση αλλά κυρίως δείχνει μία αδιαφορία και βαρεμάρα που αποτελεί έκφραση της ψυχοκινητικής του επιβράδυνσης. Τα σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, κοιλιακοί πόνοι) αντικαθιστούν συχνά τα υποκειμενικά παράπονα που εκφράζουν μιζέρια δυστυχία και θλίψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε κρίσεις και σχόλια για τον εαυτό του του τύπου είμαι «ηλίθιος, χαζός, βλάκας αντιπαθητικός». Η απότομη και σημαντική μείωση των σχολικών επιδόσεων αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην εφηβεία (Σολδατος και συν. 1993, American Psychiatric Association 1994). Η σχολική φοβία με

έναρξη στην εφηβεία θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο. Με τον όρο σχολική φοβία περιγράφουμε τον παράλογο φόβο του παιδιού να πάει σχολείο.

Πρόκειται για μία πολύπλοκη κατάσταση που έχει σχέση με ένα ενδοψυχικούς παράγοντες του παιδιού, με ενδοοικογενειακές σχέσεις και επιδράσεις και με στοιχεία από τη σχολική πραγματικότητα. Στους εφήβους τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά. Μία ολοένα αυξανόμενη ένταση, ένα είδος ευερεθιστότας και νευρικότητας προηγούνται της πλήρους εκδήλωσης του προβλήματος. Ο έφηβος φαίνεται απρόθυμος να πάει στο σχολείο προβάλλει ποικίλες δικαιολογίες και παράπονα και τελικά το πρόβλημα κλιμακώνεται σε μία κατηγορηματική άρνηση. Η σχολική άρνηση σε αυτή την ηλικία συχνά παρουσιάζεται μετά από μία δικαιολογημένη απουσία, παραδείγματος χάρη λόγω ασθένειας. Ο έφηβος που χάνει μία σειρά μαθημάτων βρίσκει δυσκολίες να παρακολουθήσει στη συνέχεια. Αυτοί οι έφηβοι είναι καλοί μαθητές που δεν θέλουν να χαλάσουν την εικόνα τους και να έχουν μία άσχημη βαθμολογία.

Η σχολική φοβία πρέπει να διαχωριστεί από τις παράνομες απουσίες από το σχολείο, γνωστές ως σκασιαρχείο. Εδώ το παιδί προσποιείται ότι πηγαίνει σχολείο, αλλά φεύγει και περνάει αλλού τις ώρες του. Περιστασιακά, συμβαίνει σε πολλούς μαθητές να επιλέξουν αυτό τον τρόπο αποφυγής όταν βρεθούν μπροστά σε μία αγχογόνο κατάσταση (π.χ. κίνδυνος διαγωνίσματος, απειλή τιμωρίας). Συστηματικά γίνεται από παιδιά που αντιπαθούν το σχολείο ή το βρίσκουν βαρετό, που έχουν χαμηλό επίπεδο σχολικών επιδόσεων και δεν μπορούν να επενδύσουν στη μάθηση. Αυτοί οι έφηβοι νιώθουν μοναξιά και απογοήτευση, είναι δύσκολα αποδεκτοί στο σχολικό περιβάλλον και προέρχονται συχνά από οικογένειες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου με χαλαρές συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των μελών τους. Ορισμένοι από αυτούς θα εγκαταλείψουν οριστικά το σχολείο και θα οδηγηθούν στην παραπτωματικότητα και την ανάμειξη στην δικαιοσύνη (Λαζαράτου και συν. 1997).

Οι διαταραχές της διαγωγής, επίσης με εικόνα ψυχοπαθητικής διαταραχής μπορεί να αποτελούν καταθλιπτικό ισοδύναμο. Η διάγνωση διαταραχών διαγωγής τίθεται όταν παραβιάζονται κοινωνικοί κανόνες ή καταπατούνται τα βασικά δικαιώματα των άλλων και αυτή η συμπεριφορά επαναλαμβάνεται συστηματικά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει την φυσική επιθετικότητα, ψευδολογίες, κλοπές, εμπρησμούς, βανδαλισμούς και χρήση τοξικών ουσιών. Τα συμπτώματα

επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ τα κορίτσια συχνότερα εμφανίζονται συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς (Berg et al. 1985).

Η κατάθλιψη στην εφηβεία μοιάζει αρκετά με την κατάθλιψη κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ηλικία. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα την τοποθετούν πιο κοντά στην κλινική εικόνα των ενηλίκων επισημαίνοντας κάποιες βασικές διαφορές. Η βασική διαφορά από τη κατάθλιψη ενηλίκων είναι ότι ο έφηβος παρουσιάζει κυρίως ευερεθιστότητα αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Συχνά οι έφηβοι παραπέμπονται για θεραπεία λόγω κάποιου προβλήματος συμπεριφοράς, ενώ η σύνοδη κατάθλιψη ανιχνεύεται στην πορεία. Ωστόσο, σε σχέση με τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να μιλήσουν για τα συναισθήματα λύπης ή δυσφορίας που βιώνουν.

Ακόμα η κατάθλιψη εκδηλώνεται διαφορετικά στα δύο φύλα κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Τα κορίτσια αποσύρονται, ενώ τα αγόρια εμφανίζουν παραβατική ή αντικοινωνική συμπεριφορά (Verboom et al. 2014).

Οι καταθλιπτικοί έφηβοι παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (DSM-IV):

- Καταθλιπτικό συναίσθημα (ευερεθιστότητα).
- Ανηδονία.
- Αίσθημα κούρασης ή απώλεια της ενεργητικότητας.
- Απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοσεβασμού.
- Μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης.
- Υπερβολική αυτομομφή ή έντονες και ακατάλληλες ενοχές.
- Επανελημμένες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ανησυχία.
- Σημαντική απώλεια ή απόκτηση βάρους.
- Αϋπνία ή υπερυπνία.

### **3.4 Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία και αυτοκτονικός ιδεασμός**

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αναδεικνύονται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας. Η συνειδητή επιθυμία θανάτου αναφέρεται στην προβληματική έκβαση της εφηβείας, που αφορά το πέρασμα στην πράξη, την επίθεση στο σώμα και της διεργασίας αποχωρισμού. Συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση της

κατάθλιψης. Οι απόπειρες αυτοκτονίας σηματοδοτούν την αποτυχία του περάσματος στην πράξη και αποτελούν σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέγκυσης της προσοχής του περιβάλλοντος. Στην εφηβεία επίσης συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου (Lewinsohn et al. 1993).

Έχει παρατηρηθεί ότι η επίπτωση των αυτοκτονιών αυξάνει κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Έτσι αυτοκτονίες με θνησιμότητα 12% αποτελούν την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στη εφηβεία (18% στον γενικό πληθυσμό, 35% στους εφήβους), ενώ ως προς το φύλο στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις επιτυχίες αυτοκτονίας τα αγόρια. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό (30-50%) ακολουθεί η επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των έξι μηνών (Marcelli et al., 1998).

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει από μόνη της την αυτοκτονικότητα. Άλλοι παράγοντες όπως δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, γεγονότα ζωής και οικογενειακά χαρακτηριστικά διακρίνουν τους αυτοκτονικούς εφήβους. Στα ατομικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού εφήβου περιλαμβάνονται κυριώς η κατάθλιψη, η ψυχιατρική παθολογία, οι διαταραχές συμπεριφοράς, ο αλκοολισμός, η τοξικομανία και η σωματική ασθένεια. Γεγονότα ζωής, όπως η κοινωνική απομόνωση, η αλλαγή σχολείου, η σχολική αποτυχία και η ερωτική απογοήτευση πυροδοτούν το πέρασμα στην αυτοκτονική πράξη. Η δυσλειτουργία της οικογένειας, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, οι χωρισμοί, η απουσία του πατέρα ή της μητέρας, η ψυχοπαθολογία και ο αλκοολισμός των μελών αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων ( Martin et al. 1995).

Η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ δεν υπάρχει πάντα άμεση σχέση του επιλεγμένου μέσου με τη βαρύτητα της επιθυμίας του θανάτου. Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση με τους άλλους. Κρύβει φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός εφήβου, ο οποίος δεν έχει αποκτήσει αίσθημα ταυτότητας αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να διασχίσει επιτυχώς τα

στάδια της εφηβείας. Η ψυχοδυναμική ερμηνεία αναφέρεται στην αδυναμία των αμυντικών μηχανισμών και στον αποκλεισμό της διεργασίας του πένθους. Ο αυτοκτονικός έφηβος διατηρεί τις επενδύσεις του στα χαμένα αντικείμενα ή στα αντικείμενα που τον απογοητεύουν (Hollis et al. 1996).

### **3.5 Διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία**

Η διάγνωση της εφηβικής κατάθλιψης προκύπτει από την εμφάνιση πέντε συμπτωμάτων από τα παραπάνω. Η διάρκειά τους θα πρέπει να είναι περισσότερη από δύο εβδομάδες και να σηματοδοτούν μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα του ατόμου.

Δύο είναι οι βασικές κλίμακες αξιολόγησης και καταγραφής που προτείνονται, το Children's Depression Inventory (CDI) και το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2).

Το Children's Depression Inventory (CDI) αναφέρεται σε εφήβους/ έφηβες έως 17 ετών. Περιλαμβάνει 27 ερωτήματα αυτοαναφοράς που ποσοτικοποιούν συμπτώματα, όπως καταθλιπτική διάθεση, ικανότητα για ευχαρίστηση, νευροφυτικές λειτουργίες, αυτό-αξιολόγηση και διαπροσωπικές συμπεριφορές. Καλύπτει τις συνέπειες της κατάθλιψης και τη λειτουργικότητά των εφήβων στο σχολείο και στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Όσον αφορά το σκορ, ο/ η έφηβος/ η έχει τη δυνατότητα να δώσει τρεις απαντήσεις:

- (α) 0: απουσία συμπτωμάτων
- (β) 1: ήπια συμπτώματα
- (γ) 2: σίγουρα συμπτώματα

Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από μηδέν έως 54 (Kovacs 2004). Στην Ελλάδα σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 15 είναι ένδειξη για ύπαρξη σοβαρής κατάθλιψης (Giannakopoulos et al. 2009).

Το Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) περιλαμβάνει μόνο δύο ερωτήματα:

- 1.** Τις τελευταίες εβδομάδες, ένιωθες συχνά πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η;
- 2.** Έχεις χάσει το ενδιαφέρον σου ή δεν ευχαριστιέσαι πια να κάνεις πράγματα που απολάμβανες;

Αν ο ερωτώμενος απαντήσει θετικά «ναι» σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω ερωτήματα, τότε ο έλεγχος θεωρείται θετικός (Kroenke et al. 2003).



Τρία διαφορετικά σχήματα είναι τα κυρίαρχα για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης, προκειμένου να επιτυγχάνεται η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και υποτροπών, η βελτίωση της λειτουργικότητας, της υγείας και της ποιότητας ζωής τους καθώς και η μείωση της θνησιμότητας. Τα τρία σχήματα περιλαμβάνουν είτε ψυχοθεραπεία είτε φαρμακευτική αγωγή είτε συνδυασμό των δύο (Clow, 2016).

Έχουν δημοσιευθεί αρκετές ατομικές περιπτώσεις ή ανοικτές μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Λιγότερες είναι οι συγκριτικές μελέτες των ψυχοθεραπειών σε κλινικό πληθυσμό. Η συχνότερα αναφερόμενη είναι η μελέτη του Bert, η οποία σε πληθυσμό 107 νοσηλευόμενων εφήβων απέδειξε την υπεροχή της γνωσιακής-συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας έναντι της συστημικής και της ατομικής υποστηρικτικής. Όσον αφορά την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία υπάρχει δυσκολία στην εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης (μη επεξεργασμένο ατομικό έτοιμα ειδικής αντίστασης εκ μέρους του εφήβου) και στην εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Συχνά προτείνεται η συμμετοχή δύο θεραπειών. Ο ένας λαμβάνει υπόψη του την εξωτερική πραγματικότητα και επεμβαίνει πιο ενεργά (χορήγηση φαρμακοθεραπείας, σχολική και κοινωνική ένταξη), ενώ ο άλλος κράτα μία ουδέτερη θέση που επιτρέπει την επεξεργασία των ψυχικών συγκρούσεων του εφήβου. Οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική μέθοδος ακολουθηθεί οφείλει να συμπεριλάβει τους γονείς του εφήβου. Ο έφηβος αν και μπορεί να επιδεικνύει αμφιθυμικά συναισθήματα, είναι ακόμη έντονα εξαρτημένος από τους γονείς του. Είναι γνωστό δε ότι οι καταθλιπτικοί οι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες με υψηλά ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών και βιώνουν έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις.

Παρακάτω θα αναλυθούν τα τρία βασικά σχήματα θεραπείας της εφηβικής κατάθλιψης.

### **Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία**

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, ο έφηβος αλλά και οι γονείς του εκπαιδεύονται στο Γνωσιακό – Συμπεριφοριστικό μοντέλο, με στόχο να διερευνήσουν και να αναγνωρίσουν τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στον τρόπο που σκέφτονται, αισθάνονται και ακολούθως συμπεριφέρονται. Ο κύριος θεραπευτικός στόχος αφορά

την ανίχνευση και τροποποίηση του αρνητικού τρόπου σκέψης, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.

Μέσω της θεραπείας, τα παιδιά και οι έφηβοι αναπτύσσουν πιο λειτουργικούς και βοηθητικούς τρόπους σκέψης, μαθαίνουν να διαχειρίζονται τα δυσάρεστα συναισθήματά τους και να υιοθετούν εναλλακτικούς, λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης και διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων (Birmaher et al. 1996).

### **Η διαπροσωπική θεραπεία**

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία για εφήβους εστιάζει σε αναπτυξιακά θέματα που αφορούν την εφηβεία, όπως στις ρομαντικές σχέσεις, τον αποχωρισμό από τους γονείς, την απώλεια κάποιου αγαπημένου και τη διαπραγμάτευση στη σχέση με συνομηλίκους. Εστιάζονται στην αυξανόμενη ανεξαρτησία του εφήβου, η ψυχοθεραπεία είναι προσιτή στους εφήβους. Η θεραπεία είναι δομημένη, ενεργητική και δίνει έμφαση στην ψυχοεκπαίδευση και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Ο έφηβος ενθαρρύνεται να αναλάβει έναν ενεργητικό ρόλο στην επίλυση του διαπροσωπικού προβλήματος, Ενώ οι γονείς συμμετέχουν στη θεραπεία αν είναι εφικτό. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία απευθύνεται σε εφήβους που πάσχουν από μονοπολική, μη ψυχωτική κατάθλιψη. Δεν ενδείκνυται για αυτοκτονικούς εφήβους, αυτούς που είναι σε κρίση ή αυτούς που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Είναι απαραίτητο να μπορεί ο έφηβος να αναγνωρίζει πως έχει κατάθλιψη και να συμφωνεί με τον θεραπευτή πως υπάρχει ένα τουλάχιστον διαπροσωπικό πρόβλημα. Ο θεραπευτής εντοπίζει το διαπροσωπικό πρόβλημα που σχετίζεται με την κατάθλιψη του εφήβου. Αυτό καθορίζει και τους θεραπευτικούς στόχους καθώς και τις στρατηγικές εφαρμοστούν. (Lewisohn et al., 1998)

### **Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Η ομαδική θεραπεία περιλαμβάνει έναν ή δύο θεραπευτές που εργάζονται με μια μικρή ομάδα παιδιών. Οι ομάδες συχνά σχεδιάζονται και στοχεύουν σε συγκεκριμένα προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές πρόσληψης τροφής. Άλλες ομάδες επικεντρώνονται στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, την κοινωνική αλληλεπίδραση και συνδιαλλαγή ή έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά και τους

εφήβους να αντιμετωπίσουν μια σειρά προκλήσεων όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η συστολή ή μια πρόσφατη απώλεια.

Οι έφηβοι είναι σε θέση να εκφράσουν και να βάλουν σε λόγια τα συναισθήματα τους και ενδιαφέρονται για την ανταλλαγή απόψεων και την υποστήριξη από τους συνομηλίκους τους. Οι ομάδες αυτής της ηλικιακής ομάδας συχνά συνδυάζουν τη λεκτική επικοινωνία με δομημένες δραστηριότητες. (Lewinsohn et al. 1998).

### **Φαρμακοθεραπεία**

Κλινικές μελέτες που έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στην κατάθλιψη των νέων, έδειξαν πως τα τρικυκλικά φάρμακα παρουσιάζουν αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση και την ασφάλεια των νέων. Μελέτες των εκλεκτικών αναστολέων της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχουν δείξει περισσότερη αποτελεσματικότητα ιδιαίτερα για την φλουοξετίνη. Ο ο συνδυασμός γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και φλουοξετίνης φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματικός για τη ραγδαία συμπτωματική και λειτουργική βελτίωση των σοβαρά καταθλιπτικών νέων. Η χρήση βέβαια των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στη θεραπεία των νέων χρειάζεται να είναι προσεκτικοί, με παρακολούθηση των ασθενών κάθε εβδομάδα για τον πρώτο μήνα και κάθε δύο εβδομάδες για τους επόμενους δύο μήνες, για παρενέργειες, σημάδια άγχους και αυτοκτονικές σκέψεις (Kye et al. 1995).

Στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται τα εξής: εξειδικευμένη συμβουλευτική με τους εφήβους, παραπομπή σε ειδικούς και δεκαπεντάλεπτη θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (Cheung et al. 2007).

Σύμφωνα με την American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007), στη συμβουλευτική από τους επαγγελματίες της ΠΦΥ είναι καλό να περιλαμβάνεται ενημέρωση για τα αίτια, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης της κατάθλιψης, ώστε να υπάρξει εξειδικευμένο πλάνο διαχείρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Η εκπαίδευση αυτή των γονέων και των εφήβων περιλαμβάνει και συγκεκριμένα μηνύματα όπως:

- Η κατάθλιψη είναι ασθένεια, δεν είναι αδυναμία. Δεν φταίει κάποιος για αυτή. Συνήθως ευθύνονται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.
- Οι δυσκολίες που βιώνει ο έφηβος στη λειτουργικότητά του, είναι εκδηλώσεις της ασθένειας.
- Η ασθένεια συχνά υποτροπιάζει και η περίοδος ανάρρωσης μπορεί να είναι μακρά. Αυτό δεν πρέπει να μας απογοητεύει.
- Καθοδηγούμε/υποστηρίζουμε τους γονείς στην ανατροφή του εφήβου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

#### 4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Οι περισσότεροι άνθρωποι, μέσω της επαφής τους με νοσοκομεία ή και άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα (δημόσια ή ιδιωτικά), έχουν συνδέσει τον ρόλο του νοσηλευτή άμεσα με την φαρμακευτική αγωγή, την νοσηλεία και την φροντίδα του νοσηλευόμενου σε περιόδους ασθένειας.

Αντιθέτως, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται ως επί το πλείστον σε εξωνοσοκομειακές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, κέντρα αποκατάστασης ατόμων με χρόνια ψυχοκοινωνικά προβλήματα). Ο ρόλος του σε αυτές τις δομές ξεπερνά τις τυπικές νοσηλευτικές πράξεις και το έργο του είναι ζωτικής σημασίας για την εξελικτική πορεία της ψυχικής νόσου του ασθενούς. Δεν δρα μόνο ως νοσηλευτής αλλά και ως θεραπευτής. Πέρα από τα νοσηλευτικά καθήκοντα της φαρμακευτικής αγωγής, της νοσηλείας και της φροντίδας, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κλίνεται να υποστηρίξει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή, να παρέμβει στην διαδικασία της θεραπείας του ενεργά και να βοηθήσει τον ασθενή στα πρώτα βήματα επανένταξης του στην κοινωνία (Χατζηνικολάου 1999).

Αρκετές φορές ο νοσηλευτής χρειάζεται να αναλάβει το ρόλο του συνηγόρου του ψυχικά ασθενούς. Σε μορφές βαριάς ψυχικής διαταραχής ή περιόδους κρίσεων ο ψυχικά ασθενής είναι ευάλωτος και δεν μπορεί να υπερασπιστεί αποτελεσματικά τον εαυτό του. Χρειάζεται βοήθεια και καθοδήγηση ώστε να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπευτικών παρεμβάσεων και οικονομικής κάλυψης. Είναι καθήκον του νοσηλευτή να καθοδηγήσει τον ασθενή ώστε αυτός να λάβει την καλύτερη δυνατή φροντίδα αλλά και μέριμνα. Πρέπει να έρθει σε επαφή με δομές που μπορούν να στηρίξουν τον ψυχικά ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η έκφραση «Ψυχοδυναμική Νοσηλευτική» είναι πρόσφατη. Η αναγνώριση, η διάκριση και η κατανόηση του τι συμβαίνει όταν ένας νοσηλευτής σχετίζεται με τον ασθενή και στην προσπάθεια του να τον βοηθήσει αποτελούν τα πιο σημαντικά βήματα στην Ψυχοδυναμική Νοσηλευτική. Η νοσηλευτική είναι χρήσιμη μόνο όταν και ο νοσηλευτής και ο ασθενής μεγαλώνουν και ωριμάζουν ως αποτέλεσμα της μάθησης που συμβαίνει κατά την νοσηλευτική διαδικασία (Hildegard 1952).

#### **4.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της ψυχικής νόσου**

Το πρώτο βήμα στην πρόληψη της ψυχικής νόσου είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και η ελαχιστοποίηση τους. Μερικοί παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση είναι αμετάβλητοι . Υπάρχουν ωστόσο άλλοι παράγοντες, μπορούν να τροποποιηθούν χάρη στην έγκαιρη πρόληψη.

Υπάρχουν τρεις τύποι πρόληψης κατά Brown (2010):

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

Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα σημεία και συμπτώματα της ψυχικής νόσου (Brown 2010).

#### **4.3 Νοσηλευτική προσέγγιση παιδιού με κατάθλιψη**

Υπάρχουν βασικές αρχές της νοσηλευτικής προσέγγισης και φροντίδας του παιδιού με κατάθλιψη. Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της προσέγγισης του παιδιού είναι η αποδοχή χωρίς όρους. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη έχει την τάση να εσωτερικεύει την απορριπτική συμπεριφορά, που συχνά μάλιστα πιστεύει ότι του αξίζει. Μέσα από την αντανάκλαση της συμπεριφοράς με στοιχεία αποδοχής δίνει τη δυνατότητα στο παιδί μιας εκ νέου διορθωτικής αξιολόγησης του εαυτού του και ανόρθωσης της αυτοεκτίμησής του (Lego 1996).

Στο πλαίσιο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας το παιδί μπορεί να βιώνει ιδέες ενοχής. Η προσέγγιση του νοσηλευτή με εν συναίσθηση και ενθάλπια ησυχάζει το παιδί και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης για να εκπορεύσει με τα εκφραστικά μέσα που διαθέτει το περιεχόμενο των ενοχών του που το ταλαιπωρούν. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει την αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει το παιδί και την εκπαίδευσή του ώστε να μην οικειοποιείται το βάρος καταστάσεων για τις οποίες δεν έχει ευθύνη (π.χ. ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που αφορούν τους γονείς του).

Η καθημερινή επαφή και επικοινωνία των νοσηλευτών με το καταθλιπτικό παιδί χρειάζεται να διακρίνεται από ευαισθησία για τα ιδιαίτερα προβλήματά του και να εφαρμόζεται εξατομικευμένα, μέσα σε ένα πλαίσιο ευελιξίας (Causey et al. 1998).

Ο νοσηλευτής φροντίζει το παιδί, παραμένει κοντά του και με τη παρουσία του, του μεταβιβάζει συναισθηματική σταθερότητα. Παράλληλα επικοινωνεί με σεβασμό για την ατομικότητά του και δεν επιβάλλεται με ανεπιθύμητο για το παιδί τρόπο, ιδιαίτερα όταν με τη συμπεριφορά του δίνει το μήνυμα ότι θέλει να το αφήσουν για λίγο μόνο του. Ακόμη, όταν ο νοσηλευτής παροτρύνει έντονα ένα παιδί για κοινωνική συμμετοχή στα δρώμενα της κλινικής, μπορεί να βιωθεί απ' αυτό ως ψυχολογική πίεση και να επιζητά περισσότερο την κοινωνική απόσυρση. Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται να διακρίνει εάν είναι η δική του ανάγκη να προχωρήσει το παιδί θεραπευτικά και λειτουργεί πιεστικά προς αυτό. Η απόγνωση ή έλλειψη ελπίδας για το μέλλον μπορούν να εντοπιστούν ρωτώντας απλά ένα παιδί για τις μελλοντικές του προσδοκίες.

Η έλλειψη τέτοιων προσδοκιών αποτελεί σημαντικό εύρημα, με δεδομένο ότι συνήθως τα παιδιά, αμυνόμενα ενάντια σε μια οδυνηρή πραγματικότητα της καθημερινής ζωής τους, είναι πάντα έτοιμα να πιστέψουν ότι αργότερα τα πράγματα θα είναι πολύ καλύτερα (Harmin et al. 2005).

Το ειλικρινές feedback των νοσηλευτών προς το παιδί με κατάθλιψη για το πως προβάλλεται η διάθεσή του, δημιουργεί σχέση ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτή και του παιδιού. Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να πάρει ορθά μηνύματα για το πώς παρουσιάζει τον εαυτό του προς τα έξω, πέρα από τη νοητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Με την ανάδραση που προσφέρει, ο νοσηλευτής μεταφέρει τις εντυπώσεις που δίνει το παιδί απλά και κατανοητά και δεν υπάρχει η παραμικρή παρουσία κριτικής και στιγματισμού για το παιδί.

Το σταθερό ενδιαφέρον του νοσηλευτή ως προς τη φροντίδα του παιδιού με κατάθλιψη, ενισχύει την πεποίθησή του ότι αξίζει ως άτομο, εφόσον του αφιερώνει χρόνο, ικανοποιώντας την ανάγκη του για προσοχή, ατομικότητα και φροντίδα, ενισχύοντάς του μ' αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή του. Η συνεχής παρότρυνση και ενθάρρυνση είναι αναγκαία, ώστε να συμμετέχει το παιδί στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό γίνεται σταδιακά και δεν δημιουργούνται προσδοκίες, οι οποίες στη δεδομένη χρονική στιγμή σε καμιά περίπτωση δεν είναι πραγματοποιήσιμες. Άλλωστε μέσα από τη συχνή προσπάθεια και από μικρές καθημερινές επιτεύξεις και επιβεβαιώσεις, ένα παιδί λαμβάνει ικανοποίηση και μπαίνει σ' έναν εσωτερικό προγραμματισμό ανάκτησης της αυτοεκτίμησής του (Nardi 2007).

Η καθημερινή ανασκόπηση για τις δραστηριότητες της ημέρας που πέρασε ως διαδικασία αναστοχασμού, καθώς και τα συναισθήματα που βίωσε το παιδί, πραγματοποιείται με συζήτηση του νοσηλευτή με το παιδί και έχει ως στόχο να μάθει και από μόνο του να επεξεργάζεται γνωσιακά τις εμπειρίες του.

Ο νοσηλευτής αξιοποιεί όλα τα γεγονότα που συμβαίνουν στην κλινική όπως π.χ. διαφωνίες ή διαπληκτισμούς που μπορεί να έχει το παιδί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, προκειμένου να μάθει να διαχειρίζεται την απογοήτευσή του, να μην ματαιώνεται εύκολα, καθώς και να μη μειώνεται η αυτοπεποίθησή του από παρόμοιες καταστάσεις. Μέσα από αυτή τη διαδικασία μαθαίνει να διαχειρίζεται τα γεγονότα ζωής και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τις θετικές τους πλευρές, αλλά και με τις δυσκολίες τους.

Ο νοσηλευτής ακόμη αξιοποιεί την ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με το παιδί για να προχωρήσει στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας η οποία ποικίλει, επειδή οι σημαντικές διαφορές στην εξελικτική πρόοδο της συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού προκαλούν αναπόφευκτα και διαφορές στην έκφραση και στην πορεία οποιασδήποτε διαταραχής, στα διάφορα στάδια της παιδικής ηλικίας (Lego 1996).

#### **4.4 Νοσηλευτική φροντίδα παιδιού με κατάθλιψη**

Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών με κατάθλιψη, που ως μόνη επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η εισαγωγή τους σε παιδοψυχιατρική κλινική. Όταν μάλιστα η διάγνωση της κατάθλιψης έχει σαφή και προσδιορισμένα κλινικά στοιχεία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν υποχωρούν, τότε συνιστάται νοσηλεία σε



παιδοψυχιατρική κλινική. Η ήπια, προσεκτική και με ενσυναίσθηση νοσηλευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό παιδί να έρθει σε επαφή και να αναγνωρίσει τα καταθλιπτικά του συναισθήματα. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο να ανακουφίσουν το παιδί από τα συμπτώματα της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνει και σε συνεργασία με το περιβάλλον νοσηλείας και τους γονείς, να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού με κατάθλιψη. Επίσης, εστιάζουν στη μείωση των προβλημάτων και αιτιών που προκαλούν την κατάθλιψη και στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και εκπαίδευσης στο παιδί για να την αντιμετωπίσει της (Wilson et al. 1988).

Όταν οι νοσηλευτές καλούνται να φροντίσουν το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη ή και με την κατάθλιψη ως συνεννόηση, ήδη έχουν μπροστά τους ένα άτομο που έχει μια προσωπική ιστορία ζωής. Μια μικρή βέβαια ιστορία ζωής, που ωστόσο τις περισσότερες φορές ήταν αρκετά δύσκολη και μπορεί να περιλαμβάνει είτε μια ασθένεια με επίπονες νοσηλείες, είτε τραυματικά προσωπικά βιώματα με απώλειες, παραμέληση, κακοποίηση και βιώματα ενηλίκων, ή ακόμη μια κατά κάποιον τρόπο προδιαγεγραμμένη πορεία προς τη κατάθλιψη μέσα από μια οικογενειακή ταυτότητα. Από την έναρξη της νοσηλείας του παιδιού με κατάθλιψη, η συνεργασία και ο συντονισμός όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής, μέλος της οποίας είναι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, είναι προϋπόθεση για την αποτελεσματική νοσηλεία του παιδιού (Ραγιά 1993).

Τα κοινά θεραπευτικά μηνύματα διευκολύνουν τόσο την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, όσο και τη σαφήνεια των θεραπευτικών στόχων. Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει ως σκοπό την αναζήτηση και τον προσδιορισμό του θεραπευτικού πλαισίου που θα ακολουθηθεί και ξεκινά από τη διαδικασία εισαγωγής (intake) σε παιδοψυχιατρική κλινική. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος νοσηλευτικής προσέγγισης παιδιών με ψυχική διαταραχή είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή αναφοράς (key nurse) και του παιδιού που νοσηλεύεται. Από την ημέρα της εισαγωγής, κατά την πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού, είναι παρών και ο προσωπικός του νοσηλευτής ή όπως αλλιώς συνηθίζεται να λέγεται, ο νοσηλευτής αναφοράς, ώστε να γνωριστεί με το παιδί, αλλά και να μπορεί να διαμορφώσει την αρχική νοσηλευτική εκτίμηση για τα προβλήματα και τις ανάγκες του. Αυτή η πρώτη νοσηλευτική εκτίμηση αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς (baseline) για τη μετέπειτα αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ο νοσηλευτής

υποδέχεται και ενημερώνει το παιδί με απλά, κατανοητά και με σαφές νοηματικό περιεχόμενο λόγια, για το πλαίσιο και το πρόγραμμα λειτουργίας της κλινικής που θα το φιλοξενήσει, για τις αρχές συνεργασίας και συμβίωσης, για τα δικαιώματά του, τις υποχρεώσεις του καθώς επίσης και για τις μη αποδεκτές συμπεριφορές από τα μέλη της. Η ενημέρωση γίνεται σε προστατευτικό συναισθηματικά κλίμα, σχεδόν όπως θα γινόταν, με τις αρχές και τους κανόνες ενός παιχνιδιού. Ωστόσο, πέρα από την καταθλιπτική διαταραχή, η εισαγωγή σε παιδοψυχιατρική κλινική από μόνη της, αποτελεί ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για ένα παιδί. Ο φόβος για το άγνωστο περιβάλλον της κλινικής, με άγνωστους ανθρώπους, έστω και αν αυτοί είναι θεραπευτές, σε συνδυασμό με το καταθλιπτικό συναίσθημα του παιδιού, πολλές φορές δημιουργούν δυσκολίες προσαρμογής σ' αυτό (Lego 1996).

Ο νοσηλευτής διασυνδέει θερμά και με θετικό τρόπο, το παιδί με τα άλλα νοσηλευόμενα παιδιά. Παράλληλα, το ενημερώνει για το θεραπευτικό πρόγραμμα της κλινικής, το οποίο είναι διαμορφωμένο έτσι, ώστε να καλύπτει τις βασικές και αναπτυξιακές του ανάγκες, μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες και ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες. Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα παιδοψυχιατρικής νοσηλείας έχει ως στόχο την ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη και σχεδιάζεται καθώς και εφαρμόζεται μέσα σε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον. Το περιβάλλον αυτό έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Είναι ασφαλές για το παιδί, του δίνει άνεση και ελευθερία για την έκφραση των συναισθημάτων και των επιθυμιών του, καθώς επίσης βοηθά στην ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς. Μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον το παιδί μπορεί να αναπτύξει αυτοκατανόηση και να αντλήσει αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης, προστασίας καθώς και τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει όλες τις δραστηριότητες του θεραπευτικού του προγράμματος. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το παιδί που νοσηλεύεται σε παιδοψυχιατρική κλινική να διαπιστώσει ότι το περιβάλλον της νοσηλείας του είναι προβλέψιμο, με δομημένο καθημερινό πρόγραμμα, που έχει ως σκοπό να καλύπτει τις ανάγκες του (Townsend 2008).

#### 4.5 Νοσηλευτική προσέγγιση εφήβου με κατάθλιψη

Τα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη κατά την εφηβική ηλικία, έχουν την τάση να απομακρύνονται ολοένα και περισσότερο από κάθε άτομο που προσπαθεί να τα βοηθήσει, νιώθοντας ότι απειλούνται. Διακατέχονται από ένα πνεύμα συνεχούς αμφισβήτησης και αντιδραστικότητας που ταιριάζει στο ηλικιακό τους στάδιο και η προσέγγιση τους από τον νοσηλευτή θα πρέπει να είναι διακριτική και σταδιακή. Κερδίζοντας την εμπιστοσύνη του εφήβου, με μία ειλικρινή στάση, ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει δραστικά στο σχέδιο θεραπείας του. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την διαδικασία θεραπείας του εφήβου είναι ζωτικής σημασίας. Η δράση του δεν περιορίζεται μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε ομαδικό και οικογενειακό. Τα άτομα που χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης είναι (Ραγιά, 2009):

- Άτομα που αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη από την παιδική τους ηλικία.
- Άτομα που βιώνουν αγχώδεις διαταραχές.
- Άτομα τα οποία περνούν μία προσωρινή κρίση.
- Άτομα εθισμένα σε ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλ.
- Έφηβοι που έχουν δεχθεί παρενόχληση, κακοποίηση.
- Άτομα που μεγαλώνουν σε ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον.
- Έφηβες σε εγκυμοσύνη.
- Έφηβοι που βιώνουν αυτοκτονικό ιδεασμό.

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνοντας τον ρόλο του ψυχοθεραπευτή προσεγγίζει τον έφηβο, δημιουργώντας ένα κλίμα αμοιβαίας ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης. Στο σημείο αυτό το έργο του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα δύσκολο, διότι όπως έχει αναφερθεί η επίτευξη αυτής της θεραπευτικής σχέσης είναι αντίθετη με την φύση της εφηβείας. Ο έφηβος στο άτομο του νοσηλευτή, βλέπει ένα άτομο εξουσίας και αυτόματα αντιδρά αρνητικά δυσχεραίνοντας κάθε επικοινωνία. Ο φόβος του και η ματαιότητα του τον αποτρέπουν από το να εμπιστευτεί και να αφήσει κάποιον που ανήκει στο περιβάλλον υγείας να τον βοηθήσει. Στις περιπτώσεις αυτές ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας την κριτική του σκέψη και προσαρμόζοντας το πλάνο θεραπείας στις εκάστοτε ανάγκες του ατόμου μπορεί να παραπέμψει τον έφηβο σε ομαδική ψυχοθεραπεία. Ο έφηβος μέσα από αυτή την διαδικασία μπορεί να νιώσει πιο άνετα και να δει τον εαυτό του ως ένα κομμάτι του συνόλου. Το αίσθημα του «ανήκειν» είναι ένα από τα σημαντικότερα αισθήματα που βιώνει ο άνθρωπος κατά την διάρκεια της ζωής του. Ακόμα όντας μέλος μίας υποστηρικτικής θεραπευτικής διαδικασίας, όπου καθένας ανήκει στο ίδιο ηλικιακό

πλαίσιο και μοιράζεται τραυματικές εμπειρίες και διαδικασίες σκέψεις, ο έφηβος μπορεί να νιώσει πιο εύκολα την ανάγκη να μοιραστεί και να αποβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα που τον διακατέχουν. Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική και βοηθητική για την εξελικτική πορεία του εφήβου (Garalda et al. 2004).

Επιπλέον 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 οι γονείς να νιώθουν 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. Ωστόσο 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, οι γονείς παραμελούν και δε στηρίζουν το παιδί τους στις προσπάθειες του (Lego 1996).

Τέλος επιπλέον δομές, στις οποίες μπορεί να φανεί χρήσιμος ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι τα σχολεία, οι φυλακές, οι κοινότητες, τα προγράμματα αποτοξίνωσης και τα προγράμματα επανένταξης σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

#### **4.6 Νοσηλευτική φροντίδα εφήβου με κατάθλιψη**

Το σχέδιο φροντίδας με χρήση νοσηλευτικής διεργασίας ενός εφήβου με κατάθλιψη μοιάζει με αυτό του ενήλικα. Ο νοσηλευτής ωστόσο θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εφηβείας κατά τη διάρκεια της εκτίμησης, της διάγνωσης του σχεδιασμού και της εφαρμογής και της αξιολόγησης. Ο εκρηκτικός εφηβικός

χαρακτήρας και η διάθεση αμφισβήτησης και ανυπακοής μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το σχέδιο φροντίδας του καταθλιπτικού εφήβου (Ραγιά 2009).

Για την δημιουργία σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας ο νοσηλευτής χρειάζεται πρώτα να συλλέξει κάποιες βασικές πληροφορίες.

Οι πληροφορίες αυτές σχετίζονται με:

### **1. Στοιχεία της γενικότερης κατάστασης του ασθενούς**

- Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη.
- Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά.
- Ιατρικό ιστορικό.
- Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.

### **2. Το ψυχιατρικό ιστορικό του εφήβου**

**3. Την παρούσα ψυχική κατάσταση (μνήμη , συγκέντρωση, λόγος, εμφάνιση, προσοχή, δυνατότητα εκφραστικότητας, διατήρηση ή μη επαφής με τα μάτια, κοινωνικότητα, διαταραχές συμπεριφοράς ή διάθεσης)**

**4. Το ιστορικό της παρούσας ψυχικής κατάστασης (έναρξη, εκλυτικό αίτιο)**

**5. Το οικογενειακό ιστορικό**

**6. Το κοινωνικό ιστορικό**

**7. Τα προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει το παιδί**

**8. Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση του**

**9. Τον τρόπο που αντιμετωπίζει ο έφηβος τους παράγοντές αυτούς**

**10. Την στάση του εφήβου απέναντι στην κατάσταση που βιώνει**

**11. Την κατανόηση ή μη ότι αντιμετωπίζει κάποια ψυχική νόσο**

**12. Το επίπεδο κατανόησης σχετικά με το ότι χρήζει νοσηλευτικής φροντίδας**

Η προσεκτική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς από τον νοσηλευτή είναι απαραίτητη, διότι με αυτό τον τρόπο θα διαμορφωθεί ένα αποτελεσματικό πλάνο θεραπείας μετέπειτα. Γνωρίζοντας τα βιώματα, τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενούς λεπτομερώς, γίνεται σαφής ο τρόπος προσέγγισης και

νοσηλείας του εφήβου. Έτσι ο νοσηλευτής έχοντας συλλέξει αυτές τις πληροφορίες τις χρησιμοποιεί ως μία βάση εκκίνησης θεραπείας και η πορεία αυτής βασίζεται στην διαρκή παρακολούθηση και παρατήρηση. Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες του εφήβου το πλάνο θεραπείας αναπροσαρμόζεται. Η παρουσία του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντική για τον εφήβου που νοσηλεύεται, επειδή αναλαμβάνει όλο το φάσμα φροντίδας του. Θα λέγαμε ότι ο νοσηλευτής αναλαμβάνει στα μάτια του εφήβου ένα προφίλ γονεϊκού ρόλου, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. (Garalda et al. 2004).

### **Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς**

#### **Αυτοαξιολόγηση του ασθενούς**

Για την παρακολούθηση της διάθεσης του ασθενή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια κλίμακα εκτίμησης της διάθεσης. Ο νοσηλευτής μπορεί να ζητήσει από τον έφηβο ασθενή να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως «Παρακαλώ βαθμολογήστε την διάθεση σας σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, όπου το 1 είναι η χειρότερη δυνατή διάθεση και το 10 η καλύτερη.» Παρά το ότι οι αριθμοί δεν σημαίνουν κάτι συγκεκριμένο, με τον τρόπο αυτό μπορεί να εκτιμηθεί η αντίληψη του ασθενή για το πώς αισθάνεται. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρακολουθήσει τις μεταβολές της βαθμολογίας προκειμένου να διαπιστώσει αν ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα ή χειρότερα. Η εκτίμηση της διάθεσης πρέπει να διενεργείται μία φορά ανά βάρδια και να καταγράφεται στις νοσηλευτικές σημειώσεις.

#### **Η παρατήρηση του ασθενούς**

Οι πλευρές της ψυχικής κατάστασης που έχουν σημασία για ένα άτομο με κατάθλιψη είναι:

- Η εμφάνιση. Ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί να είναι ατημέλητο αν δεν έχει το κουράγιο να κάνει μπάνιο ή να αλλάξει ρούχα.
- Η συναισθηματική έκφραση(η μη λεκτική έκφραση της διάθεσης). Η φυσιολογική συναισθηματική έκφραση σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει ένα εύρος συναισθημάτων που κυμαίνονται από τη χαρά έως τη λύπη. Η κατάθλιψη περιορίζει το συναίσθημα στο επίπεδο της θλίψης. Το εύρημα αυτό αναφέρεται ως «αμβλύ ή περισφιγμένο συναίσθημα».

- Η συμπεριφορά και η κινητική δραστηριότητα. Η ψυχοκινητική δραστηριότητα είναι επιβραδυμένη στην κατάθλιψη. Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να μένει ξαπλωμένος όλη τη μέρα ή να κινείται ελάχιστα.
- Οι νοητικές διεργασίες. Η εκτίμηση των γνωστικών διεργασιών του ασθενή δείχνει κατά πόσο αυτές έχουν επηρεαστεί από τη κατάθλιψη και σε ποιο βαθμό ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Ο καταθλιπτικός ασθενής συχνά βιώνει ανακοπές της σκέψης, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώνει τις προτάσεις του. Οι νοητικές διεργασίες μπορεί να περιλαμβάνουν και ψυχωσικά στοιχεία στις περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης. Το περιεχόμενο των παραληρηματικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων είναι συνήθως τρομακτικό, διωκτικού τύπου ή πολύ αρνητικό.

### **Καταγραφή ευρημάτων**

Τα αποτελέσματα της εκτίμησης του νοσηλευτή πρέπει να καταγράφονται όσο το δυνατόν πιο συγκεκριμένα και με σαφήνεια. Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τα ευρήματα που οδήγησαν στην εξαγωγή ενός συμπεράσματος και όχι απλά να αναφέρει το συμπέρασμα (Garalda et al. 2004).

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

Η έξοδος του παιδιού από το νοσοκομείο αποτελεί αφορμή μάθησης, ως προς τη διαδικασία αποχωρισμού από ένα περιβάλλον που ήδη έχει προσαρμοστεί. Η προετοιμασία για την έξοδό του είναι σταδιακή και προηγούνται οι θεραπευτικές άδειες, ώστε να το βοηθήσουν να επανασυνδεθεί με το φυσικό του περιβάλλον, που είναι το σπίτι του και η οικογένειά του.

Ο νοσηλευτής κατά την επικοινωνία του με το παιδί, αναφέρεται συχνά στην έξοδό του από το νοσοκομείο και την επάνοδό του στο σπίτι, ώστε να του θυμίζει ότι η παραμονή του είναι προσωρινή και ότι υπάρχουν θεραπευτικοί λόγοι που νοσηλεύεται. Η βραχύχρονη νοσηλεία του παιδιού σε παιδοψυχιατρική κλινική είναι μια καλή ευκαιρία να μάθει το παιδί τη διαδικασία αποχωρισμού από πρόσωπα και καταστάσεις, με έναν υγιή και ρεαλιστικό τρόπο, αφού αντίστοιχες καταστάσεις θα συμβούν και στη ζωή του. Ήδη κατά τη νοσηλεία του, προκύπτουν εξιτήρια άλλων παιδιών που ενδεχομένως να είχε αναπτύξει φιλικές σχέσεις μαζί τους και δοκίμασε τη διαδικασία και τον τρόπο

αποχαιρετισμού τους, αφού αυτό αποτελεί μέρος του θεραπευτικού προγράμματος της κλινικής (Townsend 2008).

Επιπλέον ο νοσηλευτής είναι αρμόδιος για την προετοιμασία και την εκπαίδευση των ατόμων κατά την εφηβική ηλικία, τα οποία βιώνουν δυσκολίες όσον αφορά την κατανόηση και την αντιμετώπιση της νόσου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον έφηβο ασθενή σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή και τις πιθανές παρενέργειες της. Θα πρέπει να εμπλουτίσει τις γνώσεις του σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων σε σχέση με διάφορες τροφές ή δραστηριότητες.

Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν σεξουαλική δυσλειτουργία και μείωση της ερωτικής επιθυμίας. Αν οι παρενέργειες αυτές επηρεάζουν δυσάρεστα τη ζωή ενός ενήλικα, για τον έφηβο ασθενή που κατακλύζεται από ορμόνες, μία τέτοια πραγματικότητα είναι δυσβάσταχτη. Επίσης οι αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με αλκοόλ μπορεί να αποβεί μοιραία.

Η σωστή ενημέρωση και προετοιμασία του εφήβου για τις αλλαγές που θα συμβούν στην ζωή του ανήκουν επίσης στα καθήκοντα του νοσηλευτή, που θέλει να προστατεύσει τον ασθενή του (Wilson et al. 1988).

Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει με ειλικρίνεια και διαφάνεια να ενημερώσει το παιδί ότι πιθανώς η διαδικασία της θεραπείας του θα είναι μακροχρόνια. Για την σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία αυτής της νόσου ο χρόνος λειτουργεί ως σύμμαχος του θεραπευόμενου. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη το παιδί ή ο έφηβος αντίστοιχα, έχει την δυνατότητα να απαλλαγεί από κάθε αρνητικό συναίσθημα, τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς και να εξελιχθεί σε ένα πλήρως καταρτισμένο και παραγωγικό στην ζωή άτομο (Pottick et al. 1995).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 5.1 Νοσηλευτική διεργασία

Για πρώτη φορά τον όρο «νοσηλευτική διεργασία» χρησιμοποίησε η Lydia Hall το 1955, σε μια διάλεξή της στις ΗΠΑ, περιγράφοντας τρία στάδια : παρατήρηση, εφαρμογή παρεμβάσεων και τεκμηρίωση. Από τους πρώτους επίσης νοσηλευτές που χρησιμοποίησαν τον όρο στις θεωρίες τους για να αναφερθούν σε μια σειρά από φάσεις (στάδια) που περιγράφουν τη Νοσηλευτική Διεργασία, ήταν οι Johnson (1959), Orlando (1961) και Wiedenbach (1963). Από τότε, πολλοί νοσηλευτές έχουν περιγράψει τη νοσηλευτική διεργασία και έχουν προσδιορίσει τις φάσεις με διαφορετικούς τρόπους . Οι Gioura και Walsh το 1967 ανέφεραν για πρώτη φορά τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας ως εξής: Αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση. Το 1974, μετά την πρώτη συνάντηση της ομάδας που σήμερα ονομάζεται Βόρειο -Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης (NANDA), η νοσηλευτική διάγνωση προστέθηκε ως ξεχωριστό και διαφορετικό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Πριν από αυτό, η νοσηλευτική διάγνωση είχε συμπεριληφθεί στο πρώτο στάδιο, την αξιολόγηση. Τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας τροποποιήθηκαν και είναι : Αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 80', αρχές 1990, η NANDA αναθεώρησε τα πέντε στάδια και καθιέρωσε και 6<sup>ο</sup> στάδιο (διαχώρισε το στάδιο του σχεδιασμού σε δύο) και ως εκ τούτου η νοσηλευτική διεργασία δημιουργήθηκε από τα παρακάτω στάδια: αξιολόγηση, νοσηλευτική διάγνωση, προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, η ολοκληρωμένη χρήση των γνωστικών, διαπροσωπικών και ψυχοκινητικών δεξιοτήτων στη φροντίδα του ασθενούς είναι βασική για την άσκηση της επαγγελματικής Νοσηλευτικής. Δυστυχώς, φαίνεται ότι υπάρχει η αντίληψη ότι η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι επιθυμητή και θα πρέπει να χρησιμοποιείται εξατομικευμένα, αλλά είναι πολύ χρονοβόρα για να είναι πρακτική. Αν δεν έχει αναγνωριστεί η αξία της, δεν χρησιμοποιείται και πολλοί νοσηλευτές συνεχίζουν να παρεμβαίνουν με τη χρήση τυποποιημένων διαδικασιών που βασίζονται περισσότερο στις ιατρικές διαγνώσεις, παρά σε μια λογική και επιστημονική βάση που

αναφέρεται στην αξιολόγηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την ανατροφοδότηση της αξιολόγησης. Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας έχει ειπωθεί από πολλούς συγγραφείς βάση των οποίων μπορούμε να καταλήξουμε ότι η νοσηλευτική διεργασία μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική και δυναμική διαδικασία ή ένα σύνολο ενεργειών που εστιάζεται σε στόχους και δραστηριότητες, οι οποίες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους, χρησιμοποιείται από το νοσηλευτή έτσι ώστε να καθορίσει, να σχεδιάσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για τον κάθε ασθενή, η οποία στοχεύει στην επίτευξη των στόχων. Η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας είναι κυκλική και συνεχής διαδικασία που μπορεί να καταλήξει στο τελευταίο στάδιο, εάν το πρόβλημα έχει επιλυθεί. Η διαδικασία της νοσηλευτικής Διεργασίας υπάρχει για κάθε πρόβλημα ή/και κατάσταση του ατόμου, οικογένειας, ομάδας, κοινότητας, εστιάζει όχι μόνο σε τρόπους για να βελτιώσουν τις φυσικές ανάγκες, αλλά και τις κοινωνικές, συναισθηματικές καθώς και πνευματικές ανάγκες τους. Η όλη διαδικασία καταγράφεται (τεκμηριώνεται) προκειμένου να ενημερώσει όλα τα μέλη της ομάδας υγείας. Αποτελεί το βασικό πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής για να παρέχει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή, που θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα 5 στάδια:

1. Αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα.
2. Νοσηλευτική διάγνωση.
3. Προγραμματισμός (σχεδιασμός) για την ικανοποίηση των αναγκών που εντοπίστηκαν.
4. Εφαρμογή της προβλεπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας).
5. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων και της ανατροφοδότησης (feedback).

Πιο συγκεκριμένα:

**Αξιολόγηση:** της γενικότερης κατάστασης του ασθενή. Πρόκειται για το πρώτο βήμα της διαδικασίας. Η αξιολόγηση περιγράφεται ως μια συνεχής, συστηματική δραστηριότητα που περιλαμβάνει τις δεξιότητες της παρατήρησης και της επικοινωνίας. Ο σκοπός της αξιολόγησης είναι να προσδιορίσει τις συγκεκριμένες ανάγκες για την νοσηλευτική φροντίδα ενός ατόμου ή της οικογένειας και των πόρων

που διατίθενται για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει ιδανικά ένα λεπτομερές ιστορικό, όπου το άτομο ενθαρρύνεται, όπου είναι δυνατόν, να καταθέσει τις απόψεις του και να περιγράψει τις ανάγκες του. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν στη συνέχεια αναλύονται και αποτελούν τη βάση για τον καθορισμό των αναγκών του ατόμου και τις προτεραιότητες για τη φροντίδα.

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως βασική γραμμή έναντι της οποίας οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή μεταβολή στην κατάσταση της υγείας του διαβητικού παιδιού μπορεί να μετρηθεί. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικά και οργανικά δεδομένα, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικοπολιτισμικά, πνευματικά, οικονομικά καθώς και τον τρόπο ζωής. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση ενός νοσηλευτή σε ένα (νοσοκομειακό) ασθενή που έχει πόνο, περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές αιτίες και τις εκδηλώσεις του πόνου, αλλά την ανταπόκριση του πόνου, την αδυναμία του ασθενούς να σηκωθεί από το κρεβάτι, η άρνηση να φάει, η απομόνωση από τα μέλη της οικογένειας, ο θυμός που συνήθως εκδηλώνεται στο προσωπικό του νοσοκομείου, ο φόβος, ή το αίτημα για διευθέτηση του πόνου. Η συλλογή πληροφοριών είναι πολύ σημαντική. Είναι ο οδοδείκτης για οποιαδήποτε περαιτέρω ενέργεια. Η λάθος πληροφόρηση οδηγεί σε ακατάλληλη (λανθασμένη) ενέργεια. Η ελλιπής πληροφόρηση οδηγεί σε ανεπαρκή νοσηλευτική δράση. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση να γίνεται με συστηματικό τρόπο μέσω της επιλογής και της χρήσης του κατάλληλου πλαισίου.

**Νοσηλευτική Διάγνωση:** Αποτελεί το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του παιδιού. Βασίζεται στην παρατήρηση και περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και τη διαπίστωση των αναγκών και προβλημάτων που υπάρχουν. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αντιπροσωπεύουν την κλινική κρίση του νοσηλευτή σχετικά με τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που συμβαίνουν στο άτομο, την οικογένεια, την ομάδα ή την κοινότητα. Η ακρίβεια της νοσηλευτικής διάγνωσης επικυρώνεται όταν ένας νοσηλευτής είναι σε θέση να προσδιορίσει με σαφήνεια και να συνδέσει τα καθοριστικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που βρέθηκαν στο πλαίσιο της νοσηλευτικής αξιολόγησης. Η διάγνωση αντανακλά όχι μόνο ότι ο ασθενής είναι σε πόνο ή σύγχυση, αλλά ότι ο πόνος έχει

προκαλέσει άλλα προβλήματα, όπως κακή διατροφή, άγχος και συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια ή έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει επιπλοκές.

**Σχεδιασμός (προγραμματισμός) νοσηλευτικής φροντίδας:** Ο προγραμματισμός είναι το τρίτο από τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους από κοινού προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα/ανάγκες που έχουν διαπιστωθεί. Σε συμφωνία με τον ασθενή, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει κάθε ένα από τα προβλήματα που εντοπίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση.

Όταν υπάρχουν πολλαπλές (νοσηλευτικές) διαγνώσεις που πρέπει να αντιμετωπισθούν, ο νοσηλευτής ιεραρχεί αυτές που θα λάβουν πρώτα τη μεγαλύτερη προσοχή, ανάλογα με τη σοβαρότητα και την βαρύτητά τους, και τις δυνατότητες για την πρόκληση σοβαρότερων επιπλοκών. Για κάθε πρόβλημα θέτει ένα μετρήσιμο στόχο. Για κάθε στόχο, ο νοσηλευτής επιλέγει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου. Το αποτέλεσμα αυτής της φάσης είναι ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

**Εφαρμογή:** Η εφαρμογή είναι το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Εφαρμογή ορίζεται ως η διεξαγωγή παρεμβάσεων που κατευθύνονται προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Αυτές οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τις ενέργειες που πραγματοποιεί ο νοσηλευτής για τον ασθενή, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της φροντίδας. Σε αυτό το στάδιο το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας τίθεται σε δράση, ενώ τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας συγκλίνουν ως ένα δυναμικό σύνολο κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σχεδίου φροντίδας.

Τα συστηματικά βήματα που εμπλέκονται στην εφαρμογή του σχεδίου περίθαλψης είναι:

1. Συντονισμός και διεξαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας, σύμφωνα με το συμφωνημένο σχέδιο φροντίδας. Ο νοσηλευτής υλοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, εκτελώντας συγκεκριμένες παρεμβάσεις που επιλέχθηκαν για να συμβάλει στην επίτευξη των στόχων που είχαν καθοριστεί. Η ανάθεση καθηκόντων και η παρακολούθηση αυτών περιλαμβάνεται σε αυτό το στάδιο.
2. Καταγραφή της προγραμματισμένης περίθαλψης έτσι ώστε να επιτυγχάνουμε συνέχεια της φροντίδας για τον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Δεδομένου ότι η καταγραφή ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα της αξιολόγησης των αναγκών, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από την ποιότητα του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας.

**Εκτίμηση:** Πρόκειται για το τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής εκτιμά την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων που επισημαίνονται στα προηγούμενα στάδια. Αν η πρόοδος προς το στόχο δεν έχει επιτευχθεί ή αν είναι αργή, ή αν υπάρξουν επιπλοκές, ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει το σχέδιο της φροντίδας ανάλογα με τα αποτελέσματα. Αν ο στόχος επιτευχθεί, η νοσηλευτική διεργασία καταλήγει για την συγκεκριμένη ανάγκη/πρόβλημα. Τόσο η κατάσταση του ασθενούς καθώς και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να εκτιμώνται συνεχώς, και το σχέδιο φροντίδας να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η συστηματική εκτίμηση πραγματοποιείται σκόπιμα και συνειδητά. Πρόκειται για την ίδια διαδικασία της κριτικής σκέψης που χαρακτηρίζει κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι δεξιότητες της παρατήρησης, συνέντευξης, φυσικής εξέτασης και μετρήσεων (ζωτικά σημεία, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση, επίσης, χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση κατά πόσον ή όχι τα προγραμματισμένα αποτελέσματα της φροντίδας έχουν εκπληρωθεί. Η διαδικασία της εκτίμησης είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση της συστηματικής διαδικασίας, έτσι ώστε ο νοσηλευτής και ο ασθενής να μπορούν να επανεξετάσουν την πρόοδο του ατόμου, την επίτευξη ή όχι των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ανάγκη για περαιτέρω περίθαλψη όπως επίσης και τυχόν απροσδόκητα αποτελέσματα ή ανικανοποίητες ανάγκες που δεν συμπεριελήφθησαν κατά την αξιολόγηση.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 5.2 Κλινικό Περιστατικό 1

Κορίτσι ηλικίας 9 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου Παίδων Αγίας Σοφίας, με συμπτώματα έντονης ζάλης, ταχυκαρδίας τάσης για λιποθυμία και αίσθημα πνιγμού. Η ασθενής βρισκόταν σε σύγχυση και έγινε λήψη ιστορικού από τους γονείς. Η ασθενής δεν έχει εισαχθεί ξανά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αντίστοιχα συμπτώματα. Ο παιδίατρος ζήτησε η ασθενής να υποβληθεί σε μία σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, για να διαπιστώσει, εάν τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε κάποια παθολογική νόσο. Διαπιστώθηκε, ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε παθολογική νόσο, αλλά σε ψυχική.

Ύστερα από παρακολούθηση του παιδίατρου και του παιδοψυχίατρου, κρίθηκε απαραίτητη η παραμονή του παιδιού, για διάστημα 7 ημερών στην παιδοψυχιατρική κλινική, με σκοπό την διεξαγωγή μιας σειράς ψυχιατρικών τεστ και την παρακολούθηση της ασθενούς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η ασθενής βίωσε ένα επεισόδιο κρίσης πανικού και πάσχει από ήπιας μορφής κατάθλιψη.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1.Κρίση Πανικού	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ξαφνική κρίση πανικού, δίχως εκλυτικό αίτιο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφάλιση ήρεμο, ασφαλούς περιβάλλοντος</li> <li>○ Απομόνωση της ασθενούς σε ξεχωριστό δωμάτιο</li> <li>○ Παρατήρηση σωματικών αντιδράσεων</li> <li>○ Καθησύχαση της ασθενούς</li> <li>○ Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει τι νιώθει και Να εστιάσει στα συναισθήματα του</li> <li>○ Διδασκαλία σχετικά με τις κρίσεις πανικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφαλίστηκε ήρεμο, ασφαλές περιβάλλον, χωρίς εξωτερικά ερεθίσματα</li> <li>○ Η ασθενής απομονώθηκε σε ξεχωριστό δωμάτιο</li> <li>○ Παρατηρήθηκαν οι σωματικές αντιδράσεις. Με το πέρας των 10 λεπτών, η ασθενής ήταν ήρεμη</li> <li>○ Διεξήχθη συζήτηση με σκοπό την ηρεμία της ασθενούς</li> <li>○ Διεξήχθη συζήτηση, σχετιζόμενη με την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς</li> <li>○ Έγινε συζήτηση και η ασθενής ενημερώθηκε για το τι είναι οι κρίσεις πανικού, τι μπορεί να τις προκαλέσει και πως μπορεί η ασθενής να τις αντιμετωπίσει (μέθοδοι αντιμετώπισης κρίσεων πανικού:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Η ασθενής ένιωσε ήρεμη, ασφαλής και τα συμπτώματα της κρίσης υποχώρησαν</li> <li>○ Η ασθενής αναγνώρισε τα αρνητικά συναισθήματα που ένιωσε κατά την διάρκεια της κρίσης</li> <li>○ Η ασθενής ενημερώθηκε για τις κρίσεις πανικού και έμαθε να χρησιμοποιεί μερικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης αυτών</li> </ul>



			μέτρηση από το ένα έως το 10 αργά και σταθερά, διαφραγματική αναπνοή)	
2. Ζάλη/ Τάση για λιποθυμία	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Αίσθημα ζάλης και τάσης για λιποθυμία, που οφείλεται στην έκθεση της ασθενούς σε κατάσταση κρίσης πανικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, χωρίς έντονο φωτισμό</li> <li>○ Λήψη ζωτικών σημείων 3 φορές ημερησίως</li> <li>○ Επαρκής ενυδάτωση και θρέψη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον χωρίς έντονο φωτισμό</li> <li>○ Τα ζωτικά σημεία ήταν: ΑΠ: 100/70 mmHg Θ: 36,7°C ΣΦ: 70/min O2: 98%</li> <li>○ Η ενυδάτωση και η θρέψη της ασθενούς ήταν επαρκής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Η ασθενής μοιράστηκε τους φόβους και τις ανησυχίες της</li> <li>○ Η ασθενής ηρέμησε και ένωσε καλύτερα</li> <li>○ Τα συμπτώματα ζάλης και το αίσθημα λιποθυμίας υποχώρησαν</li> </ul>
3. Αίσθημα πνιγμονής/ δυσκολία στην αναπνοή	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Αίσθημα πνιγμονής και δυσκολίας στην αναπνοή, που οφείλεται στην έκθεση της ασθενούς σε κατάσταση κρίσης πανικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφαλής</li> <li>○ Λήψη ζωτικών σημείων και παλμικής οξυμετρίας</li> <li>○ Διδασκαλία διαφραγματικής αναπνοής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> <li>○ Τα ζωτικά σημεία ήταν: ΑΠ: 100/70mm Hg Θ: 36,7°C ΣΦ: 70/min O2: 98%</li> <li>○ Έγινε διδασκαλία για τον τρόπο και την αποτελεσματικότητα της διαφραγματικής αναπνοής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Η ασθενής ηρέμησε και ένωσε ασφαλής</li> <li>○ Η ασθενής δεν έχει δυσκολία την αναπνοή</li> <li>○ Το αίσθημα πνιγμονής υποχώρησε</li> <li>○ Η ασθενής έμαθε να εφαρμόζει την διαφραγματική αναπνοή και την βοήθησε σε μεγάλο βαθμό αντιμετώπισε την κρίση</li> </ul>

### 5.3 Κλινικό Περιστατικό 2

Αγόρι ηλικίας 16 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ του νοσοκομείου Παίδων Αγίας Σοφίας, μετά από απόπειρα αυτοκτονίας με φάρμακα. Είχε συμπτώματα έντονου τρόμου και ανησυχίας και ήταν σε κατάσταση αφασίας. Έγινε λήψη ιστορικού από την μητέρα, διότι ο ασθενής βρισκόταν σε σύγχυση. Ο έφηβος έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη τα τελευταία 2 χρόνια και κατόπιν εντολής ψυχιάτρου λαμβάνει μία φορά την ημέρα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Xanax 0,5mg). Το τελευταίο διάστημα, ο ασθενής έχει παραμελήσει ασυνήθιστα την προσωπική του εμφάνιση και παραπονιόταν ότι αποτελούσε πρόβλημα για τους γονείς του και το οικογενειακό του περιβάλλον.

Ο παιδοψυχίατρος, έκρινε απαραίτητη την παραμονή του εφήβου στην παιδοψυχιατρική κλινική με σκοπό την παρακολούθηση και την ανάρρωση του.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
1.Απόπειρα αυτοκτονίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Απόπειρα αυτοκτονίας, που προκλήθηκε από παρανοϊκές σκέψεις, σχετιζόμενες με την κατάθλιψη του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά της αυτοκτονίας, όπως έλεγχος του ασθενούς κάθε 15 λεπτά ή ζήτηση από αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους</li> <li>○ Απομάκρυνση του ασθενούς από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών, από την κατοχή του ή μετακίνηση του ασθενούς σε ασφαλές μέρος</li> <li>○ Συχνός έλεγχος της ασφάλειας του περιβάλλοντος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εφαρμοστήκαν προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας, όπως έλεγχος του ασθενούς κάθε 15 λεπτά ή ζήτηση από αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους</li> <li>○ Ο ασθενής απομακρύνθηκε από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών, από την κατοχή του ή μετακίνηση του ασθενούς σε ασφαλές μέρος</li> <li>○ Πραγματοποιήθηκε συχνός έλεγχος της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής βρίσκεται υπό παρακολούθηση, γίνεται έλεγχος κάθε 15 λεπτά και παραμένει σε κοινούς χώρους</li> <li>○ Ο ασθενής βρίσκεται συνεχώς σε ασφαλές περιβάλλον και απομακρύνεται κάθε βλαπτικό μέσο</li> <li>○ Πραγματοποιείται συχνός έλεγχος</li> <li>○ Ο ασθενής αναγνωρίζει τα προβλήματα του και</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Συζήτηση σχετικά με όλα του ασθενούς τα προβλήματα</li> <li>○ Ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και κατάλογος εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε του πρόβλημα. Σημείωση του σχεδίου και το ποιος είναι υπεύθυνος και για ποια ενέργεια</li> <li>○ Η συμπεριφορά προς τον ασθενή ως πρόσωπο να χαρακτηρίζεται από ευγένεια, διάκριση και σεβασμό. Να του ζητείται άδεια για τον έλεγχο των προσωπικών του αντικειμένων</li> </ul>	<p>ασφάλειας του περιβάλλοντος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Έγινε συζήτηση σχετικά με όλα του ασθενούς τα προβλήματα</li> <li>○ Έγινε ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και κατάλογος εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε του πρόβλημα. Σημειώθηκε το σχέδιο και το ποιος είναι υπεύθυνος και για ποια ενέργεια</li> <li>○ Η συμπεριφορά προς τον ασθενή ως πρόσωπο να χαρακτηρίστηκε από ευγένεια, διάκριση και σεβασμό. Ζητήθηκε άδεια για τον έλεγχο των</li> </ul>	<p>απορρίπτει τις αρνητικές σκέψεις που τον οδήγησαν στο να διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής ακολουθεί πιστά της οδηγίες του νοσηλευτικού προσωπικού και συνεργάζεται</li> <li>○ Ο ασθενής νιώθει εμπιστοσύνη απέναντι στο προσωπικό υγείας</li> <li>○ Κατανοεί την φύση της νόσου, από την οποία πάσχει και είναι πρόθυμος να συνεργαστεί ενεργά, στο</li> </ul>
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Κατόπιν ιατρικής οδηγίας αυξήθηκε η καθημερινή δόση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου (Xanax) κατά 0,50mg</li> </ul>	<p>προσωπικών του αντικειμένων</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Αυξήθηκε η ημερήσια δόση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου (Xanax), κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<p>σχέδιο θεραπείας του</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Λαμβάνει καθημερινά αντικαταθλιπτικό φάρμακο (Xanax), κατόπιν ιατρικής οδηγίας, χωρίς να προβάλλει αντίσταση</li> </ul>
2.Έντονη ανησυχία και τρόμος	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Αίσθημα έντονης ανησυχίας και τρόμου που οφείλεται στην αυτοκτονική πράξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, χωρίς έντονο φωτισμό</li> <li>○ Καθησύχαση του ασθενούς, έτσι ώστε να νιώσει ασφαλής και να ηρεμήσει</li> <li>○ Λήψη ζωτικών σημείων 3 φορές ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον χωρίς έντονο φωτισμό</li> <li>○ Τα ζωτικά σημεία ήταν: ΑΠ: 100/70 mmHg Θ:36,5°C ΣΦ:70/min O2:99%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής μοιράστηκε τους φόβους και τις ανησυχίες της</li> <li>○ Ο ασθενής ηρέμησε και ένιωσε καλύτερα</li> <li>○ Τα συμπτώματα έντονου τρόμου και ανησυχίας υποχώρησαν</li> </ul>

<p>3.Κατάσταση αφασίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Απουσία επαφής με την πραγματικότητα, διότι ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση σοκ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος, ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφαλής</li> <li>○ Λήψη ζωτικών σημείων και παλμικής οξυμετρίας</li> <li>○ Συζήτηση με τον ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσει να εστιάσει στον παρόντα χωροχρόνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> <li>○ Τα ζωτικά σημεία ήταν: ΑΠ:100/70mm Hg Θ:36,5°C ΣΦ:70/min O2:99%</li> <li>○ Έγινε συζήτηση με τον ασθενή, έτσι ώστε να μπορέσει να εστιάσει στον παρόντα χωροχρόνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Η ασθενής ηρέμησε και ένωσε ασφαλής</li> <li>○ Ο ασθενής έχει επαφή με την πραγματικότητα</li> <li>○ Ο ασθενής αντιδρά σε κάθε εξωτερικό ερέθισμα</li> </ul>
<p>4.Παραμέληση προσωπικής εμφάνισης</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Αδυναμία αυτό-φροντίδας, που οφείλεται στην κατάθλιψη του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την καθημερινή του ρουτίνα</li> <li>○ Ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτό-φροντίδα όσο περισσότερο μπορεί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την καθημερινή του ρουτίνα</li> <li>○ Πραγματοποιήθηκε ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτό-φροντίδα όσο περισσότερο μπορεί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής αρχίζει σταδιακά να τελειώνει βασικές καθημερινές ενέργειες</li> <li>○ Ο ασθενής ακολουθεί τους βασικούς κανόνες υγιεινής</li> <li>○ Ο ασθενής βρίσκεται λειτουργικό</li> </ul>

				τον καθημερινό προγραμματισμό της ημέρας του
5.Αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Χαμηλή αυτοεκτίμηση, που προκαλείται από τα αρνητικά συναισθήματα της κατάθλιψης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Συζήτηση με τον ασθενή, με σκοπό να εστιάσει στα αρνητικά του συναισθήματα, να τα αναγνωρίσει και να κατανοήσει από πού προέρχονται</li> <li>○ Σταδιακή ενθάρρυνση και εμπύχωση του ασθενούς, σχετικά με τα επιτεύγματα του, βασισμένη πάντα σε πραγματικά γεγονότα</li> <li>○ Παρότρυνση του ασθενούς να λάβει μέρος σε ομαδική ψυχοθεραπεία και άλλες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Έγινε συζήτηση με τον ασθενή, με σκοπό να εστιάσει στα αρνητικά του συναισθήματα, να τα αναγνωρίσει και να κατανοήσει από πού προέρχονται</li> <li>○ Πραγματοποιήθηκε σταδιακή ενθάρρυνση και εμπύχωση του ασθενούς, σχετικά με τα επιτεύγματα του, βασισμένη πάντα σε πραγματικά γεγονότα</li> <li>○ Ο ασθενής έλαβε μέρος σε ομαδική ψυχοθεραπεία και άλλες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής εκφράζει τα αρνητικά του συναισθήματα και αναγνωρίζει ότι κάποιες σκέψεις του δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα</li> <li>○ Ο ασθενής βρίσκει αποτελεσματική την ομαδική ψυχοθεραπεία</li> <li>○ Ο ασθενής νιώθει καλύτερα, παίρνοντας μέρος σε ομαδικές</li> </ul>

		<p>δραστηριότητες που λαμβάνουν μέρος στην κλινική και τον ευχαριστούν</p>	<p>δραστηριότητες που λαμβάνουν μέρος στην κλινική και τον ευχαριστούν</p>	<p>δραστηριότητες</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ο ασθενής αναγνωρίζει κάποια από τα δυνατά του σημεία</li> <li>○ Η κοινωνικότητα και η αυτοπεποίθηση του ασθενούς ενισχύονται</li> </ul>
--	--	--	--	---



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο διαδεδομένες ψυχικές νόσους του 21<sup>ου</sup> αιώνα που μαστιάζει τις κοινωνίες ανά τον κόσμο, δίχως διάκριση σε ηλικία, τάξη, φύλλο ή οικονομική κατάσταση. Τα ποσοστά των ατόμων που βιώνουν κατάθλιψη είναι διαρκώς αυξανόμενα, παρόλα αυτά όμως δεν αντιμετωπίζεται από μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού με την ίδια σοβαρότητα, όπου αντιμετωπίζεται μία παθολογική νόσος. Ως διαταραχή διάθεσης επηρεάζει σημαντικά την ζωή του ατόμου σε πολλούς τομείς. Το άτομο απομονώνεται, κατακλύζεται από δυσάρεστα συναισθήματα, παρουσιάζεται έκπτωση της κοινωνικότητας, της λειτουργικότητας και της παραγωγικότητας του και αρκετές φορές το οδηγεί σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των ατόμων που έχουν φτάσει στον θάνατο. Η δυσάρεστη αυτή κατάληξη όμως μπορεί να αποφευχθεί, διότι πρόκειται για μία ασθένεια θεραπεύσιμη. Το άτομο ξεκινώντας μία θεραπευτική διαδικασία μαθαίνει να αντιλαμβάνεται και να κατονομάζει τα αρνητικά συναισθήματα του και στην συνέχεια εκπαιδεύεται στον τρόπο με τον οποίο θα καταφέρει να τα αποβάλλει. Αντιλαμβάνεται έτσι για ποιόν λόγο βιώνει κατάθλιψη και μαθαίνει να αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα ή στρεσογόνο κατάσταση που προκύπτει. Η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή επιλογή θεραπείας (ατομική, συμπεριφορική, ομαδική, φαρμακευτική) ανάλογα με την περίπτωση και τον βαθμό της κατάθλιψης μπορεί να απαλλάξει το άτομο από την νόσο και να του επιτρέψει να έχει μία πλήρως λειτουργική και παραγωγική ζωή.

Η οικογένεια παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ζωή ενός ατόμου, καθώς αποτελεί το πρώτο σύστημα μέσα στο οποίο εντάσσεται και μαθαίνει να μεγαλώνει. Με την καθοδήγηση των γονέων το παιδί κάνει τα πρώτα βήματα δημιουργίας του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του και αργότερα κατά την φάση της εφηβείας σταδιακά ανεξαρτητοποιείται και αντιλαμβάνεται ότι μπορεί να βασίζεται στις δικές του δυνάμεις. Οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη από διάφορα βιβλία και συγγράματα, όταν ήδη τα παιδιά τους βρίσκονται στα πρώτα στάδια της ζωής τους. Αυτή η ενημέρωση, θα βοηθήσει τους γονείς να συμπεριφέρονται στα παιδιά τους με τον ανάλογο τρόπο.

Ακόμα εκτός από την οικογένεια, αναμφισβήτητα και το σχολείο είναι μια μικρή κοινωνία, στην οποία ζουν και αναπτύσσουν την προσωπικότητά τους τα παιδιά.

Επειδή η εφηβική ηλικία είναι μια δύσκολη περίοδος στη ζωή του παιδιού και κυριαρχούν συνήθως αρνητικά συναισθήματα (θυμός, οργή, θλίψη, αρνητική διάθεση) σε οποιοδήποτε ερέθισμα και να δεχτούν, αντιδρούν με άσχημο τρόπο και αρκετές φορές με επιθετικότητα απέναντι στους συμμαθητές τους. Επομένως, το σχολείο είναι υποχρεωμένο να ενημερώνεται και να ενημερώνει, οργανώνοντας διάφορα σεμινάρια, σε συνεργασία με ειδικούς παιδοψυχολόγους και παιδοψυχιάτρους, τα οποία θα αφορούν τους εφήβους και τους κινδύνους που ελλοχεύουν στην συγκεκριμένη φάση της ζωής τους.

\*Κλείνοντας θα πρέπει να αναφέρουμε το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και θεραπεία-αποκατάσταση εφήβων με κατάθλιψη. Ο νοσηλευτής εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο του, καλείται να παίζει και εναλλακτικό ρόλο στην θεραπευτική εξέλιξη του ασθενούς. Ως πρόσωπο αναφοράς διεκπεραιώνει το σύνολο των υποχρεώσεων του ασθενή και φροντίζει για την επίλυση των προβλήματα που πηγάζουν από τη νόσο και εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, πάντα με τη χρήση του επιστημονικού εργαλείου που ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία. Τα τελευταία χρόνια όμως ο νοσηλευτής μπορεί να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του ψυχοθεραπευτή. Με στερεή θεωρητική γνώση και εμπειρία μπορεί να ασκήσει και το έργο αυτό. Παρά τα προβλήματα που υπάρχουν στην πιστοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στη χώρα μας, υπάρχουν υπηρεσίες(νοσοκομεία) και ανώτατες σχολές(ιατρική και ψυχολογία) που δίνουν τη δυνατότητα σε επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και νοσηλευτές, να αποκτήσουν το θεωρητικό υπόβαθρο σε όλα τα είδη της ψυχοθεραπείας. Υπάρχουν επίσης πολλοί ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν ανάλογη εκπαίδευση με πληρωμή. Για την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχοθεραπευτή πρέπει να υπάρχει επιπλέον και νομική κατοχύρωση. Σε πολλά ψυχιατρικά κυρίως νοσοκομεία η ενασχόληση των νοσηλευτών με την θεραπεία αυτή είναι πολύ διαδεδομένη και ασχολούνται κυρίως με την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία.

Το έργο των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικό, έχοντας κύριο σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου και στην πορεία την κατοχύρωση μίας ποιοτικής και παραγωγικής ζωής του ασθενούς μετέπειτα. Ειδικά σε μία τρυφερή ηλικία όπως η παιδική και η εφηβική ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε

να παρομοιαστεί με τον γονεϊκό, καθώς ο νοσηλευτής είναι αυτός που αφιερώνει τον περισσότερο χρόνο παρατηρώντας και επεμβαίνοντας θεραπευτικά με σκοπό την θεραπεία και ίαση της νόσου.

Η απαλλαγή από τον ψυχικό πόνο είναι ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα τόσο για τον θεράπων όσο και για τον θεραπευόμενο. Αυτή είναι που θα καθορίσει άλλωστε στην πορεία την ποιότητα της ζωής του πάσχοντος.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

Ackley, B. and Lagwig, G. (2013). *Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care*. Mosby Elsevier, Missouri.

ADA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*, American Psychiatric Association, Washington DC.

Alan S. Bellack, Kim T. Mueser, Susan Gingerich, Julie Agresta. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia Second Edition A Step-by-Step Guide*. The Guilford Press, New York.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington.

Angold A, Costello EJ. (1993) Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry*, 150, 1779–1791.

Angold A, Costello EJ. (1993) Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry*, 150, 1779–1791.

Roussos A, Richardson C, Politikou K et al. (1999). The Conners-28 teacher questionnaire in clinical and nonclinical samples of Greek children 6-12 years old. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*, 8, 260-267.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press, 6(1), 72-80.

Benjamin J. Sadock, Virginia A.Sadock (2017). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

Bellack, A.S. and Hersen, M (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*.Amsterdam. Pergamon, New York.

Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, Part II. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.

Brown E. (2010). *Η Νοσηλευτική Στην Ψυχική Υγεία*. Λαγός, Αθήνα.

Botteron KN, Geller B. (1997). Refractory depression in children and adolescents. *Depres Anxiety*, 5, 212–223

Buchan H, Johnstone E, McPherson K, Palmer RL, Crow TJ, Brandon S. (1992). Who benefits from electroconvulsive therapy/Combined results of the Leicester and Northwick Park trials. *British Journal of Psychiatry*, 355-359.

Burns, H., O'Donnell, J. and Artman, J. (2010). High-fidelity Simulation in Teaching Problem Solving to 1<sup>st</sup>-Year Nursing Students: A Novel Use of the Nursing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 6 (3), 87-95.

Causesy DL, McKay M, Rosenthal C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *J Child Adolesc Psychiatric Nurs*, 11,135–145.

Cicchetti D, Toth SL. (1998). The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*, 52, 221–241.

Chow W.S., Priebe S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review, *BMC Psychiatry*, 13, 169-184.

Colle LM, Belair JF, Difeo M, WEISS J, Laroache C. (1994). Extended open label fluoxetine treatment of adolescents with major depression, 4, 225-232.

Costello EJ, Erkanli A, Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression. *J Child Psychol*, 47, 1263–1271. Colle LM, Belair JF, Difeo M, WEISS J, Laroache C. (1994). Extended open label fluoxetine treatment of adolescents with major depression, 4, 225-23.

David O. Antonuccio, Michael Thomas, William G. Danton (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression, 28(2), 187-210.

Davis H., Cox A, Day C, Roberts R, Loxton R, Ispanovic-Radojkovic V, Tsiantis J, Layiou-Lignos E, Puura K., Tamminen T, Turunen M-M, Paradisiotou A, Hadjipanayi Y., Pandeli P. (2000). European Early Promotion Project Primary Health Care Worker Training Manual. Institute of Mental Health, Belgrade.

Davis M. (2005). Depression in children and adolescents. J School Nurs, 21, 311–317.

Day R., Nielsen J.A., Korten A., Ernberg G., Dube K.C., Gebhart J., Jablensky A., Leon C., Marsella A., Olatawura M., Sartorius N., Strömngren E., Takahashi R., Wig N., Wynne L.C. (1987). Stressful life events preceding the acute onset of schizophrenia: a cross-national study from the World Health Organization. *Cult Med Psychiatry*, 11, 123–205.

Devinder, Rana, Dominic Upton. (2010). Η Ψυχολογία στην Νοσηλευτική Επιστήμη. Πασχαλίδης Π.Χ. Εκδόσεις, Αθήνα.

Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2003). Mood disorders. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook*, Colorado.

Eby L., Brown N. (2010). Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός, Αθήνα.

Fakhoury W., Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-314.

Freud S. (1953-1974). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, London.

Freud S. (1994). Ο Πολιτισμός πηγή δυστυχίας., μτφρ. Βαμβαλής Γ. Εκδόσεις Επίκουρος, Αθήνα.

Freingold MH, Quilty L. (2000). Child suicide and the schools. *Pediatrics*, 106, 1167.

.Garralda ME, Hyde C. (2004). *Managing children with psychiatric problems* 2<sup>nd</sup> ed. BMJ, London.

George Ganiakopoulos, Chara K. Javara, Christina Dimitrakaki, Gerasimos Kolaitis (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of general psychiatry*, 8(1), 20.

Harrington R., Bredenkamp D., Groothues C., Rutter M., Fudge H, Pickles A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescent depression, *Child Psychological Psychiatry Allied Disciplines*, 35(7), 1309-1317.

Harmin V, Pachler MC. (2005). Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. *J Psychosoc Nurs*, 43, 54–63

Herdman, T. (2011) *Nursing Diagnosis: definitions and classification*. Wiley-Blackwell, Singapore.

Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH, Wong M, Fink A, Escudero P et al. (2002) Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrants schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 1104–1110.

Jensen P, Bhatara VS, Vitiello B, Hoagwood K, Feil M, Burke LB. (1999) Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: Gaps between research and clinical practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 557-565.

Kazdin, A. E., & Petti, T. A. (1982). Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 23(4), 437-457.

Kotsopoulos S. (2000). Psychotropic drugs prescribed for children: Are these drugs free from adverse effects? Paper presented at the Second Congress of Philosophy and Medicine, Krakow.

Kutcher S. *Practitioner* (1997). Review: the pharmacotherapy of adolescent depression, 38(7), 755-767

Lewinshon P., KLEIN D., SEELEY J. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: 1. Continuity into young adulthood. *J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 38(1), 36-63.

Lego S. (1996). *Psychiatric nursing. A comprehensive reference*. Lippincott 2nd ed, Philadelphia.

Lewinshon PM, ROHDP, SEELEY JR. (1998). Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression Anxiety*, 7, 47-52.

Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133–144.

Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown K, Hessler M, Wallis J et al. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 340–348.

Marcelli D. (1998). Suicide et depression chez d'adolescent. *Rev. Prat*, 48, 1419-1423.

Maria Kovacs. (1985). Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.

Marotta PJ, Roberts EA. (1998). Pemoline hepatotoxicity in children. *J Pediatrics*, 132, 894-897.

McCall WV, Dunn A., Rosenquist PB, Hughes D.(2002). Markedly supra threshold right unilateral ECT versus minimally supra threshold bilateral ECT: antidepressant and memory effects. *J ECT.*, 18(3), 126-129.

Minde K. (1998). The use of psychotropic medication in preschoolers: Some recent developments. *Can J Psychiatry*, 43, 571-575.

McCrone P, Knapp M, Fombonne E. (2005). The Mandsley longterm follow up of child and adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14, 407–413.



- Morrison M.(1997). *Foundation of mental health nursing*.Mosby, New York.
- Murphy K. (2004). Recognizing Depression. *Nurse Practitioner*, 29, 19–20.
- O’Leary CC, Frank DA, Grand-Knight W, Beeghly M, Augustin M, Jacobs RR et al. (2006). Suicidal Ideation among urban nine and ten years olds. *Development Behav Pediatrics* , 27, 33–39.
- Olfson M, Steven C, Marcus SC, Shaffer D. (2006). Antidepressants drug therapy and suicide in severely depressed children and adults. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 865– 872.
- Pine DS., COHEN P., BROOK J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*, 156(1), 133-135.
- Peterson EJ, Gray KA, Weistein SR. (1994). A look at adolescent treatment in a time of change. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 7, 5–15.
- Pottick KJ, McAlpine DD, Andelman RB. (1988-1995)). Changing patterns of psychiatric inpatient care for children and adolescents in General Hospitals. *Am J Psychiatry*, 157,1267–1273.
- Pottick KJ, McAlpine DD, Andelman RB. (2002). Changing patterns of psychiatric inpatient care for children and adolescents in General Hospitals. *Am J Psychiatry*, 157, 1267–1273.
- Radden J. (2000). *The nature of melancholy: From Aristotle to Kristeva*. Oxford University Press, New York.
- Riddle MA, Kastelic EA, Frosch E. (2001). Pediatric psychopharmacology. *J Child Psychol Psychiatry*, 42, 73-90.
- Ryan ND. (2001). Diagnostic pediatric depression. *Biologic Psychiatry*, 49, 1050–1054.
- Romero AJ, Roberts RE. (2003). Stress within a bicultural context for adolescents of Mexican descent. *Cultur Divers Ethnic Divers*, 9, 171–184.

Rotherham- Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Grace F, Castro-Blan CO D. (1994). Brief cognitive-behavioral treatment of adolescent suicide attempters and their families. *J. Am. Acad. Child Adolesc.*, 33(4),508-517.

Roussos A, Richardson C, Politikou K et al. (1999). The Conners-28 teacher questionnaire in clinical and nonclinical samples of Greek children 6-12 years old. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*, 8, 260-267.

Segman R.H, Shapira B, Gorfin M, Lerel B. (1995). Onsete and time course of antidepressant action: psychopharmacological implications of a controlled trial of electroconvulsive therapy. *Psychopharmacology*, 119(4), 440-448.

Shugart MA, Lopez EM. (2002) Depression in children and adolescents when moodiness merits special attention. *Postgrad Med*, 112, 53–63.

Simeon J. (1993). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*,, 38, 443-448.

Simeon J. (1997) Challenges to pediatric psychopharmacology. *J Psychiat Neuroscience*, 22, 15-17.

Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 409-432.

Spitzer RL., Kroenke K., Williams JBW. (1999). Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD - The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737-44.

Thornicroft G., Sartorius N. (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychol Med*, 23(4), 1023-1032.

Townsend MC. (2008). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Davis Plus, Philadelphia.

Tsigos C, Chrousos (2002). GPHypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res*, 53, 865-871.

. Townsend MC. (2008). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Davis Plus, Philadelphia.

Vitiello B, Jensen PS. (1997). Medication development and testing in children and adolescents: Current problems, future directions. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 871-876.

Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. (2003). Psychosocial health among victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, 111, 1312–1317.

Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry*, 51(8), 599-606.

Wilkinson, J. M. (1996). *Nursing process: A critical thinking approach*. Addison-Wesley Nursing, 2nd edition .

Wilson SH, Kneisl CR. (1988) *Psychiatric Nursing*. Addison-Wesley Publishing Company, California.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Αλεβίζος Β. (2008). Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα.

Αντωνία Στεργιοπούλου (2015). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως θεραπευτική επιλογή στην ψυχιατρική. *Perioperative nursing*, 4(1), 13-17.

Βάρσου Ε, Ανδρεαδάκη Μ, Ψάρος Κ. (1998) Ακοκκιοκυταραιμία από κλοζαπίνη. *Ψυχιατρική*, 9, 65-69.

Γαρούφαλος Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry*, Αθήνα.

Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος ΔΚ. (2000). Συνέχεια και ασυνέχεια των ψυχικών διαταραχών από την παιδική στην ενήλικη ζωή. *Ιατρική*, 78, 163–171.

Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ.(2001). Εφηβεία και Κατάθλιψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(5), 466-474.

Λιακοπούλου Μ. (1998). Κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Παιδιατρική, 61, 25–30.

Λίποβατς Θ. (2009). Ψυχανάλυση και Νεωτερικότητα. επιμ. Κονιόρδος Σ., Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. (2009). Διασυνδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα.

Ραγιά Α. (2009). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος, Αθήνα.

Σολδάτος Κ., Στεφανής, Μαυρέας Β. (1993). ICD-10 Ταξινόμηση των Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Τρίκκας Γ. (1997). Η πολυμορφία της κατάθλιψης και η σημασία της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ιατρική, 71, 22– 24.

Τσιάντης Ι, Κατσουγιάννη Κλ, Γιαννοπούλου ΣΤ. (1989). Καταθλιπτικά παιδιά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήσεις από πληθυσμό εξωτερικών ιατρείων γενικού νοσοκομείου. Εγκέφαλος, 26, 22–29.

Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ. (2008). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. Νοσηλευτική, 47(4), 458-470 .

Χατζάκη Α. (2008) Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τεύχος 4., Αθίνα

Χριστοδούλου ΓΝ. (2005). Κατάθλιψη. Εκδ. Βήττα, Αθήνα.

Χριστοδούλου ΓΝ. (2005). Ψυχιατρική. Εκδ. Βήττα, Αθήνα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. ( Children's Depression Inventory)

ΚΩΔ. ΑΡΙΘ. :

Ημερομηνία Γέννησης:

Φύλο:

Ηλικία:

Τάξη:

Ημερομηνία:

Τα παιδιά μερικές φορές δεν κάνουν τις ίδιες σκέψεις, ούτε νιώθουν τα ίδια πράγματα. Από κάθε ομάδα προτάσεων διάλεξε την μία από τις τρεις προτάσεις , που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σου, τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Αφού διαλέξεις μία πρόταση από την πρώτη ομάδα, προχώρησε στην επόμενη ομάδα.

Δεν υπάρχει σωστή απάντηση, ούτε λάθος απάντηση. Απλώς διάλεξε την πρόταση που ταιριάζει σε εσένα τώρα.

**1**

Σπάνια είμαι στεναχωρημένος  
Συχνά είμαι στεναχωρημένος  
Συνέχεια είμαι στεναχωρημένος

**2**

Τίποτα δεν μου πάει καλά  
Δεν είμαι σίγουρος αν τα πράγματα θα πάνε καλά για εμένα  
Τα πράγματα θα πάνε καλά για εμένα

**3**

Τα καταφέρνω καλά στα περισσότερα πράγματα  
Κάνω λάθος πολλά πράγματα  
Κάνω τα πάντα λάθος

**4**

Με διασκεδάζουν πολλά πράγματα  
Με διασκεδάζουν λίγα πράγματα  
Δεν με διασκεδάζει τίποτα

**5**

Είμαι συνέχεια κακό παιδί  
Είμαι συχνά κακό παιδί  
Καμιά φορά είμαι κακό παιδί

**6**

Σπάνια σκέφτομαι ότι θα μου συμβεί κάτι κακό  
Ανησυχώ ότι θα μου συμβεί κάτι κακό

Είμαι σίγουρος ότι θα μου συμβεί κάτι τρομερό

**7**

Μισώ τον εαυτό μου

Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου

Μ' αρέσει ο εαυτός μου

**8**

Φταίω για όλα τα «στραβά» που μου συμβαίνουν

Φταίω για πολλά από τα «στραβά» που μου συμβαίνουν

Συνήθως δεν φταίω εγώ για ότι «στραβό» συμβαίνει

**9**

Δεν έχω σκεφτεί να σκοτωθώ

Σκέφτομαι να σκοτωθώ αλλά δεν θα το κάνω

Θέλω να σκοτωθώ

**10**

Μου έρχεται να κλάψω κάθε μέρα

Μου έρχεται να κλάψω πολλές μέρες

Καμιά φορά μου έρχεται να κλάψω

**11**

Συνέχεια με ενοχλεί κάτι

Συχνά με ενοχλεί κάτι

Κάτι με ενοχλεί κάπου-κάπου

**12**

Μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους

Πολλές φορές δεν μ' αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους

Δεν θέλω να είμαι καθόλου με άλλους ανθρώπους

### 13

Δεν μπορώ να αποφασίσω για κάτι όταν χρειάζεται

Δύσκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται

Εύκολα αποφασίζω για κάτι όταν χρειάζεται

### 14

Η εμφάνιση μου είναι μια

Έχω μερικά χαρακτηριστικά που δεν μ'αρέσουν

Είμαι άσχημος

### 15

Συνέχεια πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο

Συχνά πρέπει να πιέσω τον εαυτό μου για να διαβάσω για το σχολείο

Το διάβασμα για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα για εμένα

### 16

Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ

Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια

Κοιμάμαι καλά

### 17

Καμιά φορά νιώθω κουρασμένος

Συχνά νιώθω κουρασμένος

Συνέχεια νιώθω κουρασμένος

### 18

Τις περισσότερες μέρες δεν έχω όρεξη να φάω

Πολλές μέρες δεν έχω όρεξη να φάω



Τρώω καλά

**19**

Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου

Συχνά ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου

Συνέχεια ανησυχώ για διάφορους πόνους στο σώμα μου

**20**

Δεν νιώθω μόνος

Νιώθω μόνος πολλές φορές

Νιώθω συνέχεια μόνος

**21**

Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο

Στο σχολείο διασκεδάζω σπάνια

Στο σχολείο διασκεδάζω πολλές φορές

**22**

Έχω πολλούς φίλους

Έχω λίγους φίλους αλλά θα ήθελα να είχα περισσότερους

Δεν έχω φίλους

**23**

Τα πάω καλά στα μαθήματα μου

Δεν τα πάω τόσο καλά στα μαθήματα μου όσο πριν

Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός πριν

**24**

Δεν θα μπορέσω ποτέ να είμαι καλός όσο τα άλλα παιδιά

Μπορώ να είμαι το ίδιο καλός με τα άλλα παιδιά άμα θέλω  
Είμαι το ίδιο καλός με άλλα παιδιά

**25**

Κανείς δεν μ'αγαπάει πραγματικά  
Δεν είμαι σίγουρος αν μ'αγαπάει κανείς  
Είμαι σίγουρος ότι με αγαπάνε

**26**

Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε  
Τις περισσότερες φορές δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε  
Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου ζητάνε

**27**

Τα πάω καλά με τους άλλους  
Τσακώνομαι συχνά  
Τσακώνομαι συνέχεια