



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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΣΒΩΛΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΛΛΗ ΤΖΟΜΑΚΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΚΟΝΔΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία παρουσιάζεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα όπως και σε υψηλά επίπεδα παρουσιάζονται τα περαιτέρω προβλήματα που μπορούν να δημιουργηθούν. Αυτό που κάνει τις ψυχικές διαταραχές δύσκολες στη διάγνωση είναι ότι συχνά οι γονείς δεν μπορούν να καταλάβουν τα συμπτώματα. Ο εντοπισμός ψυχικών διαταραχών σε νέους και η έγκαιρη παρέμβαση μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση εμφάνισης ψυχικών διαταραχών και περαιτέρω προβλημάτων μακροπρόθεσμα.

Σκοπός: η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη μελέτη και την ανάλυση των ψυχικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία ενώ παράλληλα έχει ως σκοπό να μελετηθεί και ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα: Οι χώροι εργασίας αποτελούν ένα ακόμα βασικό περιβάλλον ανάληψης δράσης. Οι επαγγελματίες της υγείας αναζητούν τρόπους αξιοποίησης της δύναμης των νέων επιγραμμικών και κινητών τεχνολογιών, οι οποίες αποτελούν ήδη αναπόσπαστο τμήμα της καθημερινής ζωής των νέων, προκειμένου να διευκολύνεται η απαιτούμενη αλλαγή συμπεριφοράς κατά την ψυχολογική παρέμβαση.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική υγεία, ψυχικές διαταραχές, εφηβεία, νοσηλευτής

SUMMARY

Introduction: The incidence of psychiatric disorders in adolescence is quite high, as well as high levels of further problems that can arise. What makes mental disorders difficult to diagnose is that parents often can not understand the symptoms. Detecting mental disorders in young people and timely intervention can help reduce the occurrence of mental disorders and further problems in the long run.

Purpose: The aim of the present study is to study and analyze mental disorders in teenage age and to study the role of the mental health nurse.

Conclusions: Workplaces are another key environment for action. Health professionals are looking at ways to harness the power of new online and mobile technologies, which are already an integral part of the daily life of young people, in order to facilitate the required behavioral change during psychological intervention.

Key words: mental health, mental disorders, adolescence, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
ΕΦΗΒΕΙΑ.....	9
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	9
1.2 ΣΤΑΘΜΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	9
1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	14
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .	15
2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	19
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	19
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	19
3.3 ΑΙΤΙΑ.....	20
3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	21
3.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	25
ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ.....	25
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	25
4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	25
4.3 ΑΙΤΙΑ.....	27
4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	29
4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	33
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	33
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	33
5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	33

5.3 ΑΙΤΙΑ.....	34
5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	34
5.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	37
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	37
6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	37
6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	37
6.3 ΑΙΤΙΑ.....	38
6.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	41
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	41
7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	41
7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	41
7.3 ΑΙΤΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	44
7.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	44
7.4.1 Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο	45
7.4.2 Συμπτώματα της Μανίας	46
7.4.3 Μεικτό επεισόδιο	48
7.4.4 Διαγνωστικά κριτήρια Διπολικής Διαταραχής I και II.....	48
7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	49
7.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία	50
7.5.2 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	54
7.5.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	57
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	57
8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	57
8.2 ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	57
8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	64
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	64
9.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄	64
9.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄	68
8.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ΄	71
8.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Δ΄	76

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές ασθένειες είναι διαταραχές που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου. Έχουν πολλές αιτίες και προκύπτουν από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων ενός ατόμου και του περιβάλλοντος τους. Οι ψυχικές ασθένειες παρουσιάζονται σε παρόμοια ποσοστά σε όλο τον κόσμο, σε κάθε πολιτισμό και σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι στατιστικές παγκοσμίως δείχνουν ότι, 1 στους 5 νέους πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, δηλαδή το 20% του πληθυσμού.

Η ψυχική υγεία είναι ένα σημαντικό μέρος της συνολικής υγείας για τα παιδιά, τους εφήβους καθώς και για τους ενήλικες. Για πολλούς ενήλικες που έχουν ψυχικές διαταραχές, τα συμπτώματα ήταν παρόντα αλλά δεν είχαν αναγνωρισθεί ή αντιμετωπιστεί στην παιδική-εφηβική ηλικία. Για ένα άτομο που παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή ως έφηβος είναι πολύ σημαντικό να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί καθώς η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη πιο σοβαρών, διαρκών προβλημάτων καθώς μεγαλώνει ένα παιδί-έφηβος. Οι πιο κοινές ψυχικές ασθένειες στους εφήβους είναι το άγχος, η διπολική διαταραχή, οι διαταραχές προσοχής, οι διαταραχές προσωπικότητα και οι διαταραχές συμπεριφοράς.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές στους εφήβους δεν είναι σπάνιες, αλλά δεν τους παρέχεται πάντα η ιατρική φροντίδα που χρειάζονται. Υπάρχει μια μακροχρόνια πεποίθηση ότι τα συναισθηματικά επεισόδια και είναι απλά ένα φυσιολογικό μέρος της ανάπτυξης των εφήβων. Ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές σε εφήβους απαιτούν κλινική προσοχή επειδή δεν είναι πάντα ένα συμπεριφορά που οφείλεται στην ηλικία. Χωρίς θεραπεία, οι έφηβοι διατρέχουν αυξημένους κινδύνους για διάφορα προβλήματα, όπως η μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση, η κατάχρηση ουσιών, η συμπεριφορά ανάληψης κινδύνων και η αυτοκτονία. Είναι σημαντικό οι οικογένειες, τα σχολεία, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι έφηβοι να μην αγνοούν τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας ή να τις προσκρούουν σε κάτι που οι έφηβοι απλώς «περνούν».

Ο ρόλος της νοσηλευτικής παγκοσμίως συνεχίζει να επεκτείνεται με έμφαση στην πρόληψη και την προώθηση της ψυχικής υγείας των παιδιών. Πολλά διεθνή και περιφερειακά κέντρα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρέχουν τόσο όραμα

όσο και υλικά που θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας των εφήβων να παραδίδουν προγράμματα, ιδιαίτερα για την πρόληψη στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι μια δύσκολη περίοδος τόσο για το ίδιο το παιδί, όσο και για τους ανθρώπους που το περιβάλουν. Είναι η κατ' εξοχήν κρίσιμη περίοδος, που βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Μπορεί να νοηθεί ως μία περίοδος έντονων βιολογικών, γνωστικών και ψυχοκοινωνικών αλλαγών που συντελούνται στη ζωή του νεαρού ατόμου και οδηγούν στην ενηλικίωσή του. (Hum, 2011)

Σύμφωνα με τους μελετητές, η έναρξη της εφηβείας παρατηρείται νωρίτερα, περίπου κατά δύο χρόνια στα κορίτσια σε αντίθεση με τα αγόρια. Η περίοδος της εφηβείας θεωρείται ότι καλύπτει ένα χρονικό διάστημα 7-8 χρόνων. Υποδιαιρείται σε τρεις μικρότερες περιόδους, της προεφηβείας (11- 13 ετών), της κυρίως εφηβείας (14- 18 ετών) και της όψιμης εφηβείας ή μετεφηβείας (18- 21 ετών).

Στη φάση αυτή ο έφηβος δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στη γνώμη των “άλλων” παρά στη γνώμη των γονιών του. Προτιμάει να περνάει χρόνο με τους συνομηλίκους του παρά με τους γονείς του, παίρνει αποφάσεις και ενεργεί μόνος του χωρίς να ζητάει την άποψη των γονιών του και παρατηρείται έντονα μια αμφισβήτηση αρχικά στον ίδιο του τον εαυτό και στη συνέχεια και στο πρόσωπο των γονιών του. (Marcell, 2007).

1.2 ΣΤΑΘΜΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακή περίοδος στην ζωή του ανθρώπου η οποία χαρακτηρίζεται από ραγδαίες βιοσωματικές αλλαγές. Συντελούνται σημαντικές αλλαγές σε επίπεδο σωματικό, συναισθηματικό, νοητικό και κοινωνικό. Αν και η έναρξη της εφηβείας μπορεί να καθοριστεί με σχετική ευκολία γιατί αντιστοιχεί με τις πρώτες εκφράσεις των σεξουαλικών χαρακτηριστικών (τριχοφυΐα εφηβαίου, μασχάλης, προσώπου και βρόγχος φωνής σε αγόρια, τριχοφυΐα εφηβαίου, μασχάλης και ανάπτυξη στήθους σε κορίτσια), η ηλικία στην οποία αρχίζουν αυτές οι ορμονικές αλλαγές αλλά και η διάρκειά της ποικίλει. Στο διάστημα αυτό συντελείται το σύνολο των αλλαγών, βιολογικών και ανατομικών, που θα οδηγήσουν στο σώμα του ενήλικα και στην ικανότητα αναπαραγωγής. Παράλληλα με τις ορμονικές και

νευροαναπτυξιακές αλλαγές συμβαίνουν σε συνδυασμό και οι ψυχοκοινωνικές - συναισθηματικές αλλαγές καθώς και η αύξηση των γνωστικών και πνευματικών ικανοτήτων. Επομένως, τόσο η σωματική ανάπτυξη και η σεξουαλικότητα του εφήβου όσο και η νοημοσύνη, τα ενδιαφέροντα του και οι συναισθηματικοί του δεσμοί σταδιακά ωριμάζουν. Ο έφηβος προσπαθεί να συμβαδίσει με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα του και να τις δεχτεί χωρίς να είναι αρκετά ώριμος σε ψυχικό επίπεδο. Αισθάνεται φόβο ή / και θυμό για τις αλλαγές αυτές που δεν μπορεί να ελέγξει, συστολή, ντροπή, απογοήτευση αλλά και έξαψη για την πρωτόγνωρη σεξουαλικότητα που βιώνει, παρορμητικότητα αλλά και αίσθημα ευθύνης αφού πλέον έχει τη δυνατότητα σχετικής αυτονομίας από τους γονείς, θλίψη, αποξένωση, δυσφορία και άγχος καθώς ψάχνει τρόπους περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικούς για να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα και να ορίσει την προσωπική του ταυτότητα. Άλλωστε η "κρίση της εφηβείας" αναφέρεται σε μια προσωρινή αποδιοργάνωση του ψυχισμού του καθώς σε αυτήν την μεταβατική περίοδο από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, παράλληλα με τις βιολογικές αλλαγές που συντελούνται ερήμην του, ο έφηβος κάνει επιλογές που θα καθορίσουν τη ζωή του και αρχίζει να κατανοεί τί σημαίνει το να φέρει την ευθύνη των επιλογών του (Marcell, 2007).

Η εξελικτική ψυχολογία μας λέει ότι σ' αυτή την περίοδο ο έφηβος πρέπει να πετύχει και να αποκρυσταλλώσει την ταυτότητα του φύλου του. Να μπορεί κανείς να είναι άνετος με το φύλο του (είτε είναι αγόρι είτε κορίτσι), να μάθει να εκφράζει αλλά και να ελέγχει τα ερωτικά του συναισθήματα με τον κατάλληλο τρόπο. Ακόμη να μπορεί να δέχεται ανάλογες εκδηλώσεις από το άλλο φύλο, όταν χρειαστεί. Με λίγα λόγια να έχει ενσωματώσει και αποδεχτεί τους ρόλους και τη συμπεριφορά του φύλου του, όπως τα έχει προσδιορίσει η κοινωνία μας.

Για να το πετύχει αυτό ο έφηβος θα πρέπει να είναι κατ' αρχήν άνετος με το σώμα του. Έπειτα θα πρέπει να έχει αναπτύξει μια καλή και ισόρροπη σχέση με τους δύο γονείς του και σ' αυτό θα πρέπει να τον βοηθήσουν και εκείνοι, αλλά και οι συνθήκες μέσα στην οικογένεια. Παράλληλα όμως, θα πρέπει να τον ενισχύουν με το να ενθαρρύνουν τις πρωτοβουλίες του, αλλά και να μπορούν να πουν μια καλή κουβέντα για το παράστημά και την εμφάνισή του (Hum, 2011).

Η βασικότερη αναπτυξιακή απαίτηση στον τομέα της προσωπικότητας κατά την εφηβεία είναι η απόκτηση ταυτότητας του Εγώ. Βιώνοντας ο έφηβος την κρίσιμη αυτή αναπτυξιακή περίοδο, έχει τις εξής επιλογές. Μπορεί να βιώσει την κρίση ως

κίνδυνο να μην μπορέσει να ενσωματώσει τις σαρωτικές για τον ίδιο αλλαγές στον ψυχοσωματικό του κόσμο. Μπορεί ωστόσο να αντιμετωπίσει την κρίση ως ευκαιρία να αξιοποιήσει τα νέα δεδομένα και τις δυναμικές και να διαμορφώσει μία ισορροπημένη ταυτότητα.

Η διαμόρφωση της προσωπικής ταυτότητας, κατά κύριο λόγο και η ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς είναι οι κύριοι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν κατά την εφηβική ηλικία. Αν και φαίνεται αντιφατικό, η πορεία του εφήβου προς την ανεξαρτησία επιτυγχάνεται μέσω της διεργασίας της παλινδρόμησης (Hum, 2011).

Ο Blow (1967) θεωρεί αναγκαίο για τον έφηβο να επαναδιαπραγματευθεί τα πρώιμα άγχη και τις σχέσεις των πρώτων χρόνων της ζωής του για να αποσύρει τις αρχικές επενδύσεις στους γονείς. Τα αμφιθυμικά συναισθήματα είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρουσιάζουν οι έφηβοι στην προσπάθεια να απεμπλακούν συναισθηματικά από την οικογένεια και χαρακτηρίζουν τις σχέσεις των προηγούμενων σταδίων ανάπτυξης, οι οποίες μέσα από την παλινδρόμηση, που είναι μία βασική ψυχική λειτουργία της εφηβείας, έρχονται πάλι στην επιφάνεια του ψυχισμού (Hum, 2011).

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Μέσα στον κυκλώνα των αλλαγών, ο έφηβος πλημμυρίζει από συναισθήματα έντονα και ευμετάβλητα. Αρχικά, νιώθει δέος για τη νέα κατάσταση, για τις νέες τους ικανότητες που καλείται να εκμεταλλευτεί, για το γεγονός πως ο ρόλος του ενήλικα που θα κληθεί να παίξει παύει να είναι μια απλή φήμη και γίνεται πλέον μια πληροφορία. Δεν έχει μια σταθερή ταυτότητα, καθώς ο εαυτός του αλλάζει καθημερινά. Δοκιμάζει διάφορους ρόλους και ταυτότητες ώστε να δει ποια του ταιριάζει καλύτερα. Όσο ήταν παιδί ο έφηβος, έβλεπε τους γονείς και τους δασκάλους του σαν πρότυπα, σαν θεούς αλλά καθώς η εφηβεία εξελίσσεται, φεύγει αυτή η σιγουριά του για αυτά τα πρότυπα, κι αρχίζει κρυφά ή φανερά να τα αμφισβητεί και να διερευνά τα όριά του. Το πιο επώδυνο στάδιο αυτής της αμφισβήτησης και της απομυθοποίησης είναι όταν ο έφηβος καταλάβει πως οι γονείς του είναι κοινοί θνητοί με αδυναμίες και ελαττώματα, και πως τα προηγούμενα χρόνια που προσπαθούσε να τους μοιάσει, θεωρώντας πως μιμούταν την τελειότητα, ουσιαστικά κυνηγούσε μια ουτοπία. Ο έφηβος λοιπόν, μέσα από την αποκαθήλωση

των γονιών του νιώθει απογοήτευση, θυμό, γιατί είχε ξεγελαστεί τόσα χρόνια, και άγχος για το πώς θα καλύψει το κενό αυτό (Conger, 1981).

Σταδιακά, θα στραφεί σε παρέες συνομηλίκων, θα ψάξει για νέα πρότυπα, θα θεοποιήσει σύμβολα της μαζικής κουλτούρας, όπως μουσικά συγκροτήματα και ηθοποιούς, θα αναζητήσει έναν αληθινό μύθο για να αντικαταστήσει το πεσμένο μύθο των γονιών του. Αυτή η αναζήτηση είναι επώδυνη για τους γονείς που νιώθουν πως αποκαθλώνονται από τα παιδιά τους και συνάμα μπορεί να γίνει επικίνδυνη για τους εφήβους που μπορεί να στραφούν σε μη γνήσια κι επικίνδυνα πρότυπα. Ο ρόλος των γονιών σε αυτό είναι δύσκολος και υπεύθυνος. Από τη μια πρέπει να ξεπεράσουν το ναρκισσιστικό τους πλήγμα, και να αποδεχτούν την απομυθοποίησή τους, κι από την άλλη με επιμονή και υπομονή θα πρέπει να προασπίζουν τα όριά τους και να προβάλουν σαν μια σταθερή βάση στην οποία ο έφηβος μπορεί να στηριχτεί για να πάει παραπέρα.

Ένας κίνδυνος που ελλοχεύει σε αυτή τη διαδικασία, έχει να κάνει με τις παρέες στις οποίες ο έφηβος θα αφοσιωθεί για να καλύψει αυτό του το κενό. Οι παρέες που σχηματίζουν οι έφηβοι συνήθως χαρακτηρίζονται από πολύ έντονους συναισθηματικούς δεσμούς, και διέπονται από αυστηρά άτυπα ή και τυπικά καταστατικά συμπεριφοράς. Θέλουν όλοι μαζί να έχουν μια κοινή ταυτότητα για να νιώθουν πιο δυνατοί στο να αφήσουν πίσω την παιδική ηλικία, να συμβιβαστούν με την επώδυνη απομυθοποίηση των γονιών τους και να δοκιμάσουν τα όριά τους. Έτσι, στα πλαίσια τέτοιων ομάδων οι έφηβοι υιοθετούν ίδιο ντύσιμο, λεξιλόγιο και συμπεριφορά και μπορεί να φτάσουν μέχρι και στη διάπραξη αξιόποινων πράξεων ή σε πράξεις που σε άλλη φάση της ζωής τους θα θεωρούνταν ψυχοπαθολογικές. Όλα αυτά τους είναι απαραίτητα για να θρηνήσουν, να πάρουν δύναμη ο ένας από τον άλλο και να προχωρήσουν παραπέρα δοκιμάζοντας τα νέα τους όρια. Ωστόσο αυτές οι εκδηλώσεις θορυβούν ιδιαίτερα τους γονείς τους, και καμιά φορά τους φέρνουν σε απόγνωση. (Graydanus, Tsitsika, 2009)

Μια στάση που συνδυάζει την επιείκεια και την αποδοχή, με τη θέσπιση ξεκάθαρων ορίων και την προάσπιση των αξιών είναι ίσως η πιο βοηθητική, καθώς δίνει στον έφηβο τα όρια που αναζητά χωρίς να μπλοκάρει την επικοινωνία του μαζί τους. Κάτι άλλο που μπορεί να θορυβήσει τους γονείς, σε αυτή την ηλικία, είναι η ποιότητα των προτύπων που τα παιδιά τους υιοθετούν (Marcell, 2007).

Οι έφηβοι τείνουν να απορρίπτουν τα παραδοσιακά πρότυπα καθώς αυτά είναι αντιπροσωπευτικά των γονιών τους, και μέσα στη θύελλα της κατάρριψης των

γονικών προτύπων συμπαρασύρονται κι αυτά. Έτσι, στρέφονται σε άλλα πρότυπα της μαζικής κουλτούρας κυρίως μουσικούς, ηθοποιούς και αθλητές. Θέλουν να τους μοιάσουν, μιμούνται το ντύσιμό τους και επαναλαμβάνουν τα κλισέ τους. Η κύρια ανάγκη, ωστόσο, των εφήβων είναι η γνησιότητα, δεν θέλουν να ξαναζήσουν μια νέα απομυθοποίηση για αυτό και ανεβάζουν τα πρότυπά τους σε ένα βάθρο και φροντίζουν με κάθε τρόπο να υπερασπίζονται την τελειότητά τους. (Feinberg, Davidson, Tsitsika, 2008)

Είναι ευθύνη της κοινωνίας μας, και της εκπαίδευσής μας η προβολή γνήσιων προτύπων, προτύπων πέρα από τη σφαίρα της εμπορικής εκμετάλλευσης. Δυστυχώς ζούμε στην εποχή που όλα είναι αναλώσιμα ακόμα και τα πρότυπα και οι ιδεολογίες. Έτσι οι έφηβοι σήμερα, σπάνια έχουν κάποιο πρότυπο από το οποίο δεν απορρέουν κάποια οικονομικά οφέλη. Από την άλλη, οι γονείς κάνοντας κριτική στα πρότυπα των εφήβων, το μόνο που καταφέρνουν είναι το να απομακρύνουν τα παιδιά τους από τους ίδιους, και να διευρύνουν το χάσμα ανάμεσά τους. Ο έφηβος δεν υπερασπίζεται την ανωτερότητα του προτύπου του αλλά την ανάγκη του να καλύψει τα συναισθηματικά του κενά, ανάγκη αναντίρρητη και ζωτική. Η οικογένεια και η κοινωνία γενικότερα οφείλει αφενός μεν να το σεβαστεί αυτό, κι από την άλλη να είναι σε θέση να του δώσει τα κατάλληλα πρότυπα. Όπως είδαμε, κατά την εφηβεία έχουμε έντονες συναισθηματικές αλλαγές, οι έφηβοι τρομάζουν μπροστά στην απομυθοποίηση των γονιών τους, δημιουργούν παρέες με έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και στρέφονται σε πρότυπα έξω από την οικογένειά τους για να αναπληρώσουν αυτό τους το συναισθηματικό κενό (Marcell, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχική υγεία αναφέρεται στη γνωστική, συμπεριφορική και συναισθηματική ευεξία. Η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή, τις σχέσεις, ακόμα και τη σωματική υγεία. Περιλαμβάνει επίσης την ικανότητα ενός ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή - να επιτυγχάνει μια ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων ζωής και των προσπαθειών για την επίτευξη ψυχολογικής αντοχής (Lawson et.al. 2016).

Η ψυχική υγεία μπορεί να οριστεί ως «μια κατάσταση ευημερίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντεπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, να μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Οι ψυχικές ασθένειες εμφανίζονται απουσία ψυχικής υγείας και γενικά χαρακτηρίζονται από έναν συνδυασμό μη φυσιολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφοράς και σχέσεων με άλλους (Lawson et.al. 2016).

Μια ψυχική ασθένεια είναι μια ασθένεια που προκαλεί ήπιες έως σοβαρές διαταραχές στη σκέψη ή / και τη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα την αδυναμία να αντιμετωπίσει τις συνηθισμένες απαιτήσεις και συνήθειες της ζωής.

Υπάρχουν περισσότερες από 200 ταξινομημένες μορφές ψυχικής ασθένειας. Μερικές από τις πιο συχνές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές άγχους. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγές στη διάθεση, την προσωπικότητα, τις προσωπικές συνήθειες ή / και την κοινωνική απόσυρση.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να σχετίζονται με υπερβολικό στρες λόγω μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή σειράς συμβάντων. Όπως και με τον καρκίνο, τον διαβήτη και τις καρδιακές παθήσεις, οι ψυχικές ασθένειες είναι συχνά σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές. Οι ψυχικές ασθένειες μπορεί να οφείλονται σε αντίδραση σε περιβαλλοντικά στρες, γενετικούς παράγοντες, βιοχημικές ανισορροπίες ή συνδυασμό αυτών. Με την κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία πολλά

άτομα μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν ή να αναρρώνουν από μια ψυχική ασθένεια ή συναισθηματική διαταραχή (Graydanus et.al. 2009).

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η καλή ποιότητα της ψυχική υγεία είναι κάτι περισσότερο από απλή απουσία ψυχικής ασθένειας. Μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση ψυχικής υγείας που επιτρέπει σε κάποιον να απολαύσει πλήρως τη ζωή.

Η ικανότητα αντιμετώπισης των αρνητικών εμπειριών ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από το ένα άτομο στο άλλο και, σε μεγάλο βαθμό, καθορίζει εάν οι άνθρωποι απολαμβάνουν τη ζωή τους.

Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία της είναι οι εξής:

Αυτοεκτίμηση

Είναι η αξία που βάζουμε στους εαυτούς μας, τη θετική εικόνα του εαυτού μας και την αίσθηση αυτοπεποίθησης. Οι άνθρωποι με υψηλή αυτοεκτίμηση γενικά έχουν μια θετική προοπτική και είναι ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους τις περισσότερες φορές (Lawson et.al. 2016).

Αισθάνομαι αγαπητός

Τα παιδιά που αισθάνονται αγάπη, εμπιστοσύνη και αποδοχή από τους γονείς τους και άλλους είναι πολύ πιθανότερο να έχουν καλή αυτοεκτίμηση. Είναι επίσης πιο πιθανό να αισθάνονται άνετα, ασφαλή και ασφαλή και είναι σε καλύτερη θέση να επικοινωνούν και να αναπτύσσουν θετικές σχέσεις με άλλους.

Αυτοπεποίθηση

Η νεολαία πρέπει να ενθαρρύνεται να ανακαλύψει τις δικές της μοναδικές ιδιότητες και να έχει την εμπιστοσύνη να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και να αναλάβει κινδύνους. Οι νέοι που ανατράφηκαν για να έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους είναι πιο πιθανό να έχουν μια θετική στάση και να οδηγούν ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή.

Οικογενειακή διάλυση ή απώλεια

Ο διαχωρισμός ή το διαζύγιο ή η απώλεια γονέα ή αδελφού είναι εξαιρετικά επώδυνη. Η εύρεση τρόπων αντιμετώπισης και προσαρμογής στις αλλαγές που έγιναν από αυτά τα γεγονότα είναι ζωτικής σημασίας για όλους, αλλά ιδιαίτερα για τη νεολαία. Πώς αντιμετωπίζεται η θλίψη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τους νέους για τα επόμενα χρόνια. Εάν τα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολίες αντιμετώπισης, συνιστάται επαγγελματική βοήθεια (Watson, 2015).

Δύσκολη συμπεριφορά

Στη νεολαία συνήθως εμφανίζεται ως κακή ή δύσκολη συμπεριφορά, όπως η χρήση καταχρηστικής γλώσσας, η επιθετικότητα ή η βίαιη συμπεριφορά, η καταστροφή περιουσίας, η κλοπή, η ψευδαίσθηση, η άρνηση συμμόρφωσης με αιτήματα ή προσδοκίες στο σχολείο ή το σπίτι ή η εμφάνιση άλλων ακατάλληλων ενεργειών. Εάν μια τέτοια συμπεριφορά είναι σοβαρή και επίμονη, ο νέος και η οικογένειά του μπορεί να χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια.

Φυσική κακή υγεία

Οι ασθένειες, οι τραυματισμοί και άλλα φυσικά προβλήματα συχνά συμβάλλουν στην κακή ψυχική υγεία και μερικές φορές στην ψυχική ασθένεια. Ορισμένα φυσικά αίτια (όπως τραύμα γέννησης, εγκεφαλικός τραυματισμός ή κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών) μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την χημεία του εγκεφάλου και να συμβάλουν στην ψυχική ασθένεια. Συχνά, η κακή σωματική υγεία μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση και την ικανότητα των ανθρώπων να επιτύχουν τους στόχους τους, γεγονός που οδηγεί σε δυστυχία ή ακόμα και κατάθλιψη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η λήψη της καλύτερης δυνατής θεραπείας τόσο για το φυσικό πρόβλημα όσο και για τις ψυχολογικές συνέπειες που προκύπτουν είναι το κλειδί για τη βέλτιστη αποκατάσταση για καλή ψυχική υγεία (Kaur Nagra et.al. 2009).

Κακοποίηση

Η ψυχική υγεία των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί είναι σε μεγάλο κίνδυνο. Τα παιδιά με κακοποίηση είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές ή ψυχικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία και την ενηλικίωση.

Η κακοποίηση μπορεί να είναι σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή λεκτική. Μπορεί να μην είναι πάντα εμφανής ή εύκολα αναγνωρισμένη. Ανεξάρτητα από τη μορφή, η κακοποίηση δεν μπορεί να γίνει ανεκτή. Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από την κακοποίηση και να βοηθούν να ξεπεράσουν τις αρνητικές τους επιπτώσεις. Η κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, έλλειψης αυτοπεποίθησης, κατάθλιψης, απομόνωσης και οργής - όλα τα συναισθήματα που βλάπτουν την πιθανότητα ενός παιδιού να οδηγήσει μια ευτυχισμένη ζωή(Watson, 2015).

Η εμπιστοσύνη σε άλλους και τα συναισθήματα της ασφάλειας και φροντίδας αποτελούν βασικά συστατικά για την ανάκαμψη από την κακοποίηση. Ελάχιστα παιδιά είναι σε θέση να ανακάμψουν μόνοι τους. Η υποστήριξη είναι κρίσιμη και απαιτείται μερικές φορές επαγγελματική συμβουλευτική. Εάν εντοπιστεί έγκαιρα η κακοποίηση, οι πιθανότητες ενός παιδιού να επιστρέψει σε μια υγιή κατάσταση και να αποφύγει σοβαρές ψυχικές διαταραχές ενισχύονται σημαντικά(Lawson, 2016).

2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές διαταραχές είναι μια ομάδα σοβαρών ασθενειών που επηρεάζουν το άτομο. Κάνουν δύσκολο για κάποιον να σκεφτεί καθαρά, να έχει ορθή κρίση, να ανταποκριθεί συναισθηματικά, να επικοινωνήσει αποτελεσματικά, να κατανοήσει την πραγματικότητα και να συμπεριφερθεί κατάλληλα(Lawson, 2016).

Όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, τα άτομα με ψυχωσικές διαταραχές δυσκολεύονται να παραμείνουν σε επαφή με την πραγματικότητα ψυχικές και συχνά δεν μπορούν να χειριστούν την καθημερινή ζωή. Αλλά ακόμη και σοβαρές ψυχωτικές διαταραχές μπορούν συνήθως να αντιμετωπιστούν.

Τύποι

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ψυχικών διαταραχών, όπως:

Σχιζοφρένεια: Τα άτομα με αυτήν την ασθένεια έχουν αλλαγές στη συμπεριφορά και άλλα συμπτώματα - όπως ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις - που διαρκούν

περισσότερο από 6 μήνες. Τους επηρεάζει συνήθως στη δουλειά ή στο σχολείο, καθώς και στις σχέσεις τους(Lawson et.al. 2016).

Σχιζοφρενοειδής διαταραχή: περιλαμβάνει συμπτώματα σχιζοφρένειας, αλλά τα συμπτώματα διαρκούν για μικρότερο χρονικό διάστημα: μεταξύ 1 και 6 μηνών.

Ψυχωσική διαταραχή: Οι άνθρωποι με αυτή την ασθένεια έχουν μια ξαφνική, σύντομη περίοδο ψυχωτικής συμπεριφοράς, συχνά σε απάντηση σε ένα πολύ αγχωτικό συμβάν, όπως ένας θάνατος στην οικογένεια. Η ανάκτηση είναι συχνά γρήγορη - συνήθως λιγότερο από ένα μήνα(Graydanus et.al. 2009).

Διαταραχή ψευδαισθήσεων: Το βασικό σύμπτωμα είναι οι ψευδαισθήσεις (ψευδείς, σταθερές πεποιθήσεις) που περιλαμβάνουν μια πραγματική κατάσταση που θα μπορούσε να είναι αληθινή, αλλά δεν είναι. Η αυταπάτη διαρκεί τουλάχιστον 1 μήνα.

Κοινή ψυχωσική διαταραχή: Η ασθένεια αυτή συμβαίνει όταν ένα άτομο σε μια σχέση έχει ψευδαίσθηση και το άλλο άτομο στη σχέση το υιοθετεί.

Ψυχωτική διαταραχή που προκαλείται ουσίες: Η κατάσταση αυτή προκαλείται από τη χρήση ή την απόσυρση από φάρμακα, όπως παραισθησιογόνα, που προκαλούν ψευδαισθήσεις, αυταπάτες ή σύγχυση.

Ψυχωτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης: Παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες ή άλλα συμπτώματα μπορεί να συμβούν εξαιτίας μιας άλλης ασθένειας που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως τραυματισμό στο κεφάλι ή όγκος στον εγκέφαλο.

Παραφρενία: Αυτή η κατάσταση έχει συμπτώματα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια. Ξεκινά αργά στη ζωή, όταν οι άνθρωποι είναι ηλικιωμένοι(Tsuno et.al. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ-ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το κύριο σύμπτωμα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η ακατάσχετη τάση για μείωση του σωματικού βάρους μέσω αυτοπροκαλούμενης ασιτίας και η έντονη ανησυχία ότι το άτομο θα πάρει βάρος, ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι πιθανό να γίνει (Τσιάντης, 2002).

Η διαταραχή αυτή ακολουθείται από ραγδαία απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται με τη βούληση του ίδιου τον πάσχοντα. Η μείωση του σωματικού βάρους πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους, τέτοιοι είναι:

- η δίαιτα
- η αποφυγή «παχυντικών» τροφών
- η υπερβολική και εντατική γυμναστική
- η πρόκληση εμετού μετά από γεύματα
- η χρήση καθαρτικών
- η χρήση διουρητικών φαρμάκων
- η χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (Keski-Rahkonen et al. 2007).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ως ψυχογενής βουλιμία ορίζεται η διαταραχή με κύριο χαρακτηριστικό τα επεισόδια υπερφαγίας. Περαιτέρω χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η διαρκής ενασχόληση του ατόμου με το σωματικό βάρος του και ο μόνιμος φόβος του να μην παχύνει. Το γεγονός ότι υπερισχύει το συναίσθημα του φόβου πάχυνσης, το άτομο οδηγείται στην εύρεση τρόπων προκειμένου να μειώσει το βάρος του. Σε αυτούς τους τρόπους συμπεριλαμβάνονται η χρήση καθαρτικών, η πρόκληση εμετών, η χρήση φαρμάκων που μειώνουν την όρεξη, τα διουρητικά καθώς επίσης και οι θυρεοειδικές ορμόνες. Κατά κύριο λόγο τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν κανονικό σωματικό βάρος ενώ η έμμηνος ρύση στις γυναίκες έχει κανονικό κύκλο. (Καραγιώργου 2010)

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σοβαρότερη μορφή των διατροφικών διαταραχών είναι η νευρογενής ανορεξία, η οποία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. Με βάση επιδημιολογικές

μελέτες, στην Ελλάδα νοσεί το 6% του πληθυσμού (1% από νευρογενή ανορεξία και 5% από νευρογενή βουλιμία), ενώ 7% του πληθυσμού παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα και των δύο παθήσεων, ανεβάζοντας το συνολικό ποσοστό των πασχόντων σε 13%. Η νευρογενής ανορεξία ξεκινάει, συνήθως, στην εφηβεία με μια δίαιτα που βγαίνει εκτός ελέγχου. (Καραγιώργου 2010)

Η δια βίου επίπτωση της νευρογενούς ανορεξίας έχει υπολογιστεί στο 1,2-2,2% του πληθυσμού των γυναικών, δηλαδή περίπου 12-22 στις 1000 γυναίκες θα νοσήσουν από νευρογενή ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή τους. Στους άνδρες το ποσοστό αυτό είναι γύρω στο 0,3, δηλαδή σε 1000 άνδρες μόνο 3 θα νοσήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από νευρογενή ανορεξία. (Keski-Rahkonen et al. 2007)

Υπολογίζεται ότι κάθε έτος, σε 100.000 άτομα στο γενικό πληθυσμό, περίπου 8,3 θα νοσήσουν για πρώτη φορά από νευρογενή ανορεξία. Σε αντίθεση όμως με τον γενικό πληθυσμό που αποτελεί σπάνια πάθηση, είναι πολύ συχνότερη στην πληθυσμιακή ομάδα των νέων και έφηβων κοριτσιών (15-19 ετών), όπου κάθε χρόνο μπορεί να εμφανίζονται έως και 270 νέες περιπτώσεις νευρογενούς ανορεξίας ανά 100.000 κορίτσια. (Keski-Rahkonen et al. 2007)

Σε επιδημιολογικό επίπεδο, υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της διαταραχής σε εφήβους και σε νεαρές γυναίκες είναι της τάξης του 1% - 3%, ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών 1:10. Η συνήθης ηλικία έναρξης της διαταραχής εντοπίζεται στο διάστημα από 16 έως 18 ετών και η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια ή διαλείπουσα. Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, στοιχείο σημαντικό που τα διαφοροποιεί από τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία. (Goodman, Scott, 2012)

3.3 ΑΙΤΙΑ

Κατά τον Garner,(1993), «η Ψυχογενής Ανορεξία είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων και η εμφάνισής αυτών των συμπτωμάτων είναι μέρος μιας παθογενούς κατάστασης που είναι συνέπεια της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο - πολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσσάρεσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της αστίας και άλλοι)» (Garner et al. 1993).

Από τους παράγοντες προδιάθεσης, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, πιστεύεται ότι ποικίλει στον ετερογενή πληθυσμό των συγκεκριμένων ασθενών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν διευκρινισθεί τελείως, εξαιρουμένης της δίαιτας η οποία είναι ένα σταθερό πρότυπο γεγονός. (Goodman, Scott, 2012)

Όσον αφορά την ψυχογενή βουλιμία οι βιολογικοί παράγοντες προδιάθεσης σχετίζονται με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά διαστήματα. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνες παρατηρείται ότι υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στα υπερφαγικά επεισόδια και τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές με τη δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης.

Παράλληλα, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία οι οποίοι προκαλούν εμετούς παρουσιάζουν αυξημένες ενδορφίνες στο αίμα τους. Αυτό δύναται να συμβαίνει διότι κατόπιν αυτού του επεισοδίου το άτομο αισθάνεται μεγάλη ευχαρίστηση και ικανοποίηση.

Όσον αφορά τους ψυχικούς παράγοντες παρατηρούνται μεγάλες πιθανότητες στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και εξάρτηση ψυχοδραστικών ουσιών. Όσον αφορά τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία παρατηρείται κατά κύριο λόγο χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως είναι το αλκοόλ, συναισθηματικές διαταραχές και παχυσαρκία. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις πολιτιστικές πιέσεις. Αυτό σημαίνει ότι είναι περισσότερο ευαίσθητοι στο πως θα φαίνεται το σώμα τους με αποτέλεσμα να αποκτούν εμμονές. (Χατζηγεωργίου, 2004)

Τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούν μια κακή εικόνα για τον εαυτό τους που οδηγεί στην έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος τους. Αυτό με τη σειρά του καταλήγει στις εξαντλητικές δίαιτες οι οποίες δημιουργούν τα επεισόδια υπερφαγίας και τις μη φυσιολογικές αντισταθμιστικές συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με την πρόκληση εμετών ή τη χρήση καθαρτικών ή την έντονη σωματική άσκηση. Όλα αυτά αποτελούν ένα φαύλο κύκλο ο οποίος μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια.

3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ιδιοσυγκρασία των κοριτσιών που αναπτύσσουν κλινική ή υποκλινική ΨΑ παίζει πρωτεύοντα ρόλο. Αυτά τα κορίτσια είναι συνήθως τελειομανή, εσωστρεφή, με

χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνήθως έχουν καλή σχολική επίδοση. Παρουσιάζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με άλλους συμμαθητές και τους γονείς τους και προτιμούν να απομονώνονται στο δωμάτιο τους και να κλείνονται στον εαυτό τους ή να εστιάζονται στο διάβασμα και τα μαθήματα τους. Πολλά κορίτσια μπορεί να ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε νεαρότερη ηλικία και να έκαναν και στο παρελθόν δίαιτες και να εφάρμοσαν μεθόδους ελέγχου του βάρους τους. (Herpertz-Dahlmann, Konrad, Timmesfeld, Dempfl, 2014)

Η όλη ψυχοσύνθεση αυτών των ατόμων είναι τέτοια που μια παρατήρηση από κάποιο φίλο ή δάσκαλο, ή απόρριψη ή το σχολείο από το αγόρι τους ή τον γυμναστή τους πως πρέπει να ελέγξουν το βάρος τους πυροδοτεί την έναρξη του φαύλου κύκλου της ΨΑ. Η συχνότητα της ΨΑ είναι πολύ μεγαλύτερη και φθάνει σε ποσοστά 6-8 % σε κορίτσια που αθλούνται σε αγωνίσματα που το βάρος παίζει πρωτεύοντα ρόλο, όπως ενόργανη γυμναστική, μπαλέτο, modeling κ.α. Σε αυτά τα αθλήματα το θέμα βάρος παίζει πολύ μεγάλη σημασία και οι προπονητές αυτών των αθλητών θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στους χειρισμούς τους ώστε να μην εκτρέψουν τους αθλητές τους σε επικίνδυνες καταστάσεις όπως η ΨΑ-ΨΒ. (Χατζηγεωργίου, 2004)

3.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η Θεραπεία της ΨΑ-ΨΒ είναι πολύπλοκη και μακροχρόνια. Η Αμερικάνικη Εταιρεία Ψυχιατρικής έχει δημοσιεύσει στην τελευταία έκδοση της οδηγίες για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να υπάρχει πολύπλευρη εκτίμηση, ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική εκτίμηση ενός εκάστου περιστατικού και να αντιμετωπίζεται από ομάδα ειδικών που να αποτελείται από ψυχίατρο, παιδίατρο ή παθολόγο, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνική λειτουργό. Η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών θα πρέπει να έχει πολλούς στόχους ταυτόχρονα. Θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς ώστε να διατηρήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο διατροφής και να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουν και να βελτιώσουν τις λανθασμένες αντιλήψεις σε σχέση με το σώμα και το βάρος τους. Επίσης να αντιμετωπιστούν συνοδά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Θα πρέπει να αντιμετωπιστούν πιθανά προβλήματα στην οικογένεια και πιθανές λανθασμένες διατροφικές συνήθειες. Οι οδηγίες τονίζουν την ανάγκη να ενθαρρύνουμε την κινητοποίηση των ασθενών για θεραπεία και να αντιμετωπίζονται με αγάπη και κατανόηση ενώ θα τίθενται εφικτοί στόχοι και όρια. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν συγκεκριμένες οδηγίες για το επίπεδο της φροντίδας

που απαιτείται για τα ψυχολογικά θέματα και θέματα συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν την ΨΑ. (Herpertz-Dahlmann, Konrad, Timmesfeld, Dempfl, 2014)

Η πρώτη φροντίδα είναι η ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς με την σταδιακή αύξηση των χορηγούμενων γευμάτων. Η χορήγηση υγρών ακόμη και με καθετήρα μπορεί να είναι σωτήρια και συστήνεται όταν η από του στόματος σίτιση αποτύχει. Η εκπαίδευση και συμβουλευτική ή και θεραπεία για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι σημαντικότατο στοιχείο ενός θεραπευτικού σχεδίου. Τα ψυχιατρικά φάρμακα είναι επιπρόσθετα στην όλη αντιμετώπιση-θεραπεία της ΨΑ. Τα ψυχιατρικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση κάποιων συμπτωμάτων, συνοδών χαρακτηριστικών της ΨΑ όπως της διάθεσης, του άγχους, της κατάθλιψης και κυρίως μετά την πρόσληψη ενός ικανοποιητικού σωματικού βάρους. Ακόμη μελέτες έχουν δείξει πως τα SSRIs (selective serotonin re –uptake inhibitors) μπορεί να βοηθούν μετά την πρόσληψη βάρους στην μείωση της απώλειας βάρους, στην κατάθλιψη και να μειώσουν την πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. (Χατζηγεωργίου, 2004)

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν πως η ανάρρωση από την ΨΑ είναι μια αργή διαδικασία που συχνά απαιτεί πολλά χρόνια. Ατομική ψυχιατρική θεραπεία για αυτογνωσία, ομαδική θεραπεία, αντικαταθλιπτικά φάρμακα κυρίως τα SSRIs μπορούν να θεραπεύσουν αποτελεσματικά την ΨΒ. Η οικογενειακή θεραπεία είναι σημαντική κυρίως όσο αφορά νεαρούς ασθενείς. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για την καλύτερη κατανόηση της αιτιολογίας και του τρόπου αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων για βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων θεραπευτικών σχημάτων. Το οικονομικό κόστος αυτών των νοσημάτων είναι πολύ υψηλό και δυσβάστακτο για τις οικογένειες των ασθενών. Οι ασθένειες αυτές διαρκούν για πολλά χρόνια, υπάρχουν σκαμπανεβάσματα της βαρύτητας της νόσου, πολλές φορές χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο και νοσηλεία, απαιτείται πληθώρα επιστημόνων που θα ασχοληθούν με τον ασθενή και την οικογένεια του. Στις ΗΠΑ όπου ιδιωτικοί φορείς και ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη υπάρχουν προβλήματα γιατί δεν καλύπτουν αυτά τα νοσήματα ή δεν καλύπτουν πλήρως τα έξοδα αυτών των ασθενών ή βάζουν περιορισμούς στις ημέρες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας με αποτέλεσμα να δίνονται εξιτήρια πρόωρα και να αυξάνεται ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου και ανάγκη επανεισαγωγής στο νοσοκομείο. Είναι ανάγκη το κράτος να οργανώσει μονάδες αντιμετώπισης τέτοιων ασθενών και να παρέχει πλήρη αγωγή και νοσηλεία σε αυτά τα σοβαρά νοσήματα. Ας

μην ξεχνούμε πως η ΨΑ είναι το ψυχιατρικό νόσημα με την μεγαλύτερη θνητότητα σε νεαρά άτομα και κυρίως κορίτσια. (Χατζηγεωργίου, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι άνθρωποι είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν να κάνουν χρήση ουσιών συμπεριλαμβανομένου του καπνού, του οινοπνεύματος και των παράνομων και συνταγογραφούμενων φαρμάκων - κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της νεαρής ενηλικίωσης.

Σύμφωνα με μελέτη στην Αμερική, σχεδόν το 70% των μαθητών γυμνασίου θα έχουν δοκιμάσει το αλκοόλ, το ήμισυ θα έχει πάρει ένα παράνομο φάρμακο, σχεδόν το 40% θα έχει καπνίσει τσιγάρο και περισσότερο από 20% θα έχει χρησιμοποιήσει ένα συνταγογραφούμενο φάρμακο για μια μη ιατρική Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες, συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας για νέες εμπειρίες, μιας προσπάθειας αντιμετώπισης προβλημάτων ή καλύτερης επίδοσης στο σχολείο και απλής πίεσης. Οι έφηβοι είναι «βιολογικά πρόθυμοι» για να αναζητήσουν νέες εμπειρίες και να αναλάβουν κινδύνους, καθώς και να χαράξουν τη δική τους ταυτότητα (West et.al. 2011).

Το οινόπνευμα και ο καπνός είναι οι πλέον συχνά ουσίες που χρησιμοποιούνται από εφήβους, ακολουθούμενα από τη μαριχουάνα. Οι νεαροί έφηβοι τείνουν να ευνοούν τις εισπνεόμενες ουσίες (όπως αναπνοή των αναθυμιάσεων οικιακών καθαριστικών, κόλλες ή στυλό), ενώ οι μεγαλύτεροι έφηβοι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν συνθετική μαριχουάνα («K2» ή «Spice») και συνταγογραφούμενα φάρμακα - ιδιαίτερα ανακουφιστικά πόνου οπιοειδών όπως το Vicodin και διεγερτικά όπως το Adderall. Στην πραγματικότητα, η παρακολούθηση της μελλοντικής έρευνας σχετικά με τη χρήση και τη στάση των ανηλίκων δείχνει ότι τα συνταγογραφούμενα και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των φαρμάκων που συνήθως χρησιμοποιούνται από εφήβους (Swift et.al.2011).

4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογία ορίζεται ως η μελέτη της κατανομής και των καθοριστικών παραγόντων των ασθενειών στους πληθυσμούς. Οι επιδημιολογικές μελέτες ασχολούνται με την έκταση και τους τύπους των ασθενειών σε ομάδες και με τους

παράγοντες που επηρεάζουν τη διανομή τους. Οι επιδημιολόγοι διερευνούν τις αλληλεπιδράσεις που μπορεί να εμφανιστούν μεταξύ του ξενιστή, του παράγοντα και του περιβάλλοντος (το κλασικό επιδημιολογικό τρίγωνο) για την παραγωγή μιας νόσου. Ο σημαντικός στόχος των επιδημιολογικών μελετών είναι να προσδιοριστεί η αιτιολογία μιας νόσου προκειμένου να προληφθεί ή να παρεμβαίνει στην εξέλιξη της διαταραχής (Avenevoli et.al.2005).

Υπάρχουν πολυάριθμες προοπτικές μελέτες δειγματοληψιών πληθυσμού νεολαίας και νεαρών ενηλίκων σε όλο τον κόσμο που παρείχαν αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για χρήση και την πρόοδο σε προβληματικά πρότυπα. Μερικές μελέτες εξέτασαν το βαθμό στον οποίο η εφηβική κατανάλωση οινοπνεύματος και ναρκωτικών προέβλεπε την επακόλουθη προβληματική χρήση αλκοόλ, ενώ άλλοι εξέτασαν τον ισχυρό ρόλο των μοτίβων χρήσης κάνναβης και την επακόλουθη εξέλιξη νόμιμων και παράνομων φαρμάκων, εξετάζοντας τη θεωρία της κλασικής πύλης για την πρόοδο της χρήσης ναρκωτικών. Ο Fergusson και συν. (2008) έχουν εντοπίσει αναπτυξιακά προηγούμενα της χρήσης ναρκωτικών σε μια περίοδο 25 ετών (West et.al. 2011).

Διάφορες άλλες βραχυπρόθεσμες διαχρονικές μελέτες έχουν ρίξει φως στους προγνωστικούς παράγοντες της μετάβασης της χρήσης και της χρήσης πολυ-ουσιών. Οι μελέτες αυτές προσδιορίζουν την κάνναβη, τη νικοτίνη και το αλκοόλ ως ουσίες που χρησιμοποιούνται συνήθως σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα κατάχρησης. Οι έφηβοι με βαριά επεισοδιακή χρήση κάνναβης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επακόλουθης χρήσης παράνομων ναρκωτικών και η βαριά χρήση αλκοόλ και νικοτίνης συχνά συνοδεύεται από τη χρήση παράνομων ουσιών. Ενώ πολλοί άνθρωποι με διαταραχές της χρήσης ουσιών είναι επίσης χρήστες πολυσύνθετων ουσιών, μέχρι σήμερα έχουν γίνει λίγες έρευνες που επικεντρώνονται στην αιτιώδη / χρονική τους σχέση. Άλλες μελέτες έχουν δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών, όπως ο αυξημένος κίνδυνος περιστασιακής ψύχωσης μεταξύ των χρηστών κάνναβης. Οι περιγραφικές μελέτες είναι σημαντικές για την κατανόηση τόσο των συνήθων όσο και των προβληματικών επιπέδων χρήσης ουσιών. Καθώς η χρήση ουσιών γίνεται πιο σοβαρή, μπορεί επίσης να προκύψουν βλάβες και αρνητικές συνέπειες στη ζωή, υποδεικνύοντας μια διαταραχή της χρήσης ουσιών (SUD) (Bakken et.al.2014).

Το Εθνικό Ινστιτούτο κατάχρησης ναρκωτικών (NIAAA), το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Αλκοόλ και Αλκοολισμού (NIAAA) και η Υπηρεσία για την Ψυχική Υγεία και την Κατάχρηση Ουσιών (SAMHSA) αφιέρωσαν σημαντικούς πόρους για την παρακολούθηση των μορφών χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Η πιο σημαντική συνεχιζόμενη περιγραφική μελέτη της χρήσης ναρκωτικών στην νεολαία είναι η έρευνα παρακολούθησης του MTF. Αυτή η έρευνα, που υποστηρίζεται από το NIDA από το 1975, παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις ετήσιες τάσεις της χρήσης ουσιών σε εφήβους μέσω ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου σε εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα. Η πιο πρόσφατη μελέτη ΠΔΠ, η οποία διεξήχθη το 2010, περιελάμβανε 46.482 συμμετέχοντες . Η έρευνα επικεντρώνεται στη συνολική χρήση ουσιών και όχι σε διαγνωστικές πληροφορίες (δηλαδή κατάχρηση και εξάρτηση). Βασικά ευρήματα από την πιο πρόσφατη μελέτη περιλαμβάνουν αυξήσεις του συνολικού ποσοστού χρήσης παράνομων ναρκωτικών για όλες τις κατηγορίες (APA, 2013).

4.3 ΑΙΤΙΑ

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τη χρήση ναρκωτικών από τους εφήβους, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας ναρκωτικών, της κοινότητας και του αν οι φίλοι τους χρησιμοποιούν ουσίες. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι επίσης σημαντικό: Η βία, η σωματική ή συναισθηματική κακομεταχείριση, η ψυχική ασθένεια αυξάνουν την πιθανότητα οι έφηβοι να κάνουν χρήση ναρκωτικών. Τέλος, η κληρονομική γενετική ευπάθεια ενός εφήβου. τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ο κακός έλεγχος παλμών ή η υψηλή ανάγκη για ενθουσιασμό, ψυχικές καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, το άγχος ή η ADHD και οι πεποιθήσεις όπως τα φάρμακα είναι αβλαβή καθιστούν πιο πιθανό ότι ένας έφηβος θα κάνει χρήση ναρκωτικών(West et.al. 2011).

Η χρήση ναρκωτικών μπορεί να αποτελεί μέρος ενός μοντέλου επικίνδυνης συμπεριφοράς. Σε περιπτώσεις όπου ένας έφηβος αναπτύσσει ένα πρότυπο επαναλαμβανόμενης χρήσης, μπορεί να δημιουργήσει σοβαρούς κοινωνικούς και υγειονομικούς κινδύνους, όπως:

- Ø σχολική αποτυχία
- Ø προβλήματα με την οικογένεια και άλλες σχέσεις
- Ø απώλεια ενδιαφέροντος για φυσιολογικές υγιείς δραστηριότητες

- Ø μειωμένη μνήμη
- Ø αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μολυσματικής νόσου (όπως HIV ή ηπατίτιδα C) μέσω επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς ή με την ανταλλαγή μολυσμένου εξοπλισμού ένεσης
- Ø προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών χρήσης ουσιών ποικίλης σοβαρότητας
- Ø κίνδυνος θανάτου από υπερβολική δόση

Η χρήση ναρκωτικών σε εφήβους συχνά επικαλύπτεται με άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, ένας έφηβος με διαταραχή της χρήσης ουσιών είναι πιθανότερο να έχει επίσης, άγχος ή διαταραχή συμπεριφοράς. Μερικές φορές τα φάρμακα μπορούν να κάνουν δύσκολη τη διάγνωση αυτών των προβλημάτων. Οι έφηβοι μπορεί να αρχίσουν να παίρνουν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη ή το άγχος, για παράδειγμα. από την άλλη πλευρά, η συχνή χρήση ναρκωτικών μπορεί επίσης να προκαλέσει διαταραχές. Οι έφηβοι που εισέρχονται σε θεραπεία κατάχρησης ναρκωτικών θα πρέπει να λαμβάνουν ολοκληρωμένο έλεγχο της ψυχικής υγείας για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν άλλες διαταραχές. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας διαταραχής της χρήσης ουσιών απαιτεί την ταυτόχρονη αντιμετώπιση της κατάχρησης ναρκωτικών και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας (Fergusson et.al. 2008).

Τα συνολικά δεδομένα μελέτης σχετικά με την κατάχρηση ουσιών είναι αξιοσημείωτα και αποδεικνύουν ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν πολύ σημαντικότερο ρόλο στην αιτιολογία των πιο σοβαρών μορφών χρήσης ναρκωτικών, ιδιαίτερα εκείνων που ανταποκρίνονται σε διαγνωστικά κριτήρια για κατάχρηση ή εξάρτηση από την αρχική χρήση ή τα αρχικά στάδια που φαίνεται να καθορίζονται περισσότερο από τις περιβαλλοντικές επιρροές. Οι διασταυρούμενες εθνικές συγκρίσεις σε διπλή σύγκριση αποκαλύπτουν εκτιμήσεις κληρονομικότητας παρά τις μεγάλες διαφορές στις εκτιμήσεις επικράτησης [π.χ. Νορβηγία (χαμηλή χρήση παράνομων ναρκωτικών) έναντι Ηνωμένων Πολιτειών και Αυστραλίας (υψηλή παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών)], υποδεικνύοντας έτσι ότι η κληρονομικότητα δεν επηρεάζεται από το ναρκωτικό διαθεσιμότητα.

4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές της χρήσης ουσιών κυμαίνονται από τη προβληματική χρήση έως τον εθισμό και μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία σε οποιοδήποτε στάδιο και σε οποιαδήποτε ηλικία. Για τους νέους, οποιαδήποτε χρήση ναρκωτικών (ακόμη και αν φαίνεται να είναι μόνο "πειραματισμός") προκαλεί ανησυχίες, καθώς τους εκθέτει σε κινδύνους από το ναρκωτικό και σε συναφείς επικίνδυνες συμπεριφορές και μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη χρήση ναρκωτικών στο μέλλον. Οι γονείς θα πρέπει να παρακολουθούν τους νέους και να μην υποτιμούν τη σημασία αυτών που μπορεί να εμφανίζονται ως μεμονωμένες περιπτώσεις λήψης ναρκωτικών.

Οι τακτικές ετήσιες ιατρικές επισκέψεις είναι μια ευκαιρία για να αναζητηθεί η περίπτωση χρήσης ναρκωτικών. Τα τυποποιημένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου είναι διαθέσιμα για να βοηθήσουν τους παιδίατρος, τους οδοντίατρος, τους ψυχιάτρος και άλλους κλινικούς γιατρούς να καθορίσουν το επίπεδο συμμετοχής του εφήβου σε καπνό, οινόπνευμα και παράνομη και μη ιατρική συνταγογράφηση ναρκωτικών. Όταν ένας έφηβος αναφέρει τη χρήση ουσιών, ο πάροχος της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αξιολογήσει τη σοβαρότητά του και είτε να παράσχει μια σύντομη παρέμβαση στο χώρο ή να παραπέμψει τον έφηβο σε ένα πρόγραμμα θεραπείας κατάχρησης ουσιών (Cotto et.al.2010).

4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία της διαταραχής της χρήσης ουσιών πρέπει να προσαρμόζεται στις μοναδικές ανάγκες του εφήβου. Ο προγραμματισμός της θεραπείας ξεκινά με μια περιεκτική αξιολόγηση για να εντοπιστούν τα δυνατά σημεία και οι αδυναμίες του ατόμου. Κατάλληλη προσέγγιση θεωρείται το επίπεδο ψυχολογικής εξέλιξης, το φύλο, οι σχέσεις με την οικογένεια και τους συνομηλίκους του εφήβου, το σχολείο, η ευρύτερη κοινότητα, οι πολιτιστικοί και εθνοτικοί παράγοντες και οποιαδήποτε ειδικά σωματικά ή συμπεριφορικά ζητήματα.

Η θεραπεία πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου, αντί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στη χρήση ναρκωτικών. Η καλύτερη προσέγγιση της θεραπείας περιλαμβάνει την υποστήριξη των μεγαλύτερων αναγκών ζωής των εφήβων, όπως αυτές που σχετίζονται με την ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, καθώς και με τη στέγαση, το σχολείο, τις μεταφορές και τις νομικές

υπηρεσίες. Η αποτυχία αντιμετώπισης τέτοιων αναγκών ταυτόχρονα θα μπορούσε να σαμποτάρει την επιτυχία της θεραπείας του εφήβου.

Οι θεραπείες συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της εφηβικής χρήσης ναρκωτικών. Οι θεραπείες συμπεριφοράς, οι οποίες παρέχονται από εκπαιδευμένους κλινικούς ιατρούς, βοηθούν την εφηβική αποστροφή από τα ναρκωτικά ενισχύοντας τα κίνητρά της να αλλάξει. Αυτό μπορεί να γίνει με την παροχή κινήτρων για αποχή, την οικοδόμηση δεξιοτήτων για την αντίσταση και την άρνηση των ουσιών και την αντιμετώπιση των αιτιών ή της επιθυμίας, την αντικατάσταση της χρήσης ναρκωτικών με εποικοδομητικές και ανταμείβοντας δραστηριότητες, τη βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και τη διευκόλυνση καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων (West et.al. 2011).

Οι οικογένειες και η κοινότητα είναι σημαντικές πτυχές της θεραπείας. Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας είναι σημαντική για την ανάκαμψη των εφήβων. Πολλές παρεμβάσεις με βάση τεκμήρια για την κατάχρηση ναρκωτικών εφήβων επιδιώκουν την ενίσχυση των οικογενειακών σχέσεων βελτιώνοντας την επικοινωνία και βελτιώνοντας την ικανότητα των μελών της οικογένειας να υποστηρίζουν την αποχή από τα ναρκωτικά. Επιπλέον, τα μέλη της κοινότητας (όπως οι σύμβουλοι του σχολείου, οι γονείς, οι συμμαθητές και οι μέντορες) μπορούν να ενθαρρύνουν τους νέους που χρειάζονται βοήθεια για να λάβουν θεραπεία και να τους υποστηρίξουν στην πορεία τους.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης ουσιών στους εφήβους απαιτεί επίσης τον εντοπισμό και τη θεραπεία οποιωνδήποτε άλλων συνθηκών ψυχικής υγείας που μπορεί να έχουν. Οι έφηβοι που κάνουν κατάχρηση φαρμάκων συχνά υποφέρουν από άλλες καταστάσεις όπως η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους, η διαταραχή υπερκινητικότητας λόγω έλλειψης προσοχής (ADHD), οι αντίθετες αντιφατικές διαταραχές και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Η θεραπεία για αυτά τα προβλήματα πρέπει να ενσωματωθεί στη θεραπεία μιας διαταραχής χρήσης ουσιών.

Πρέπει να προσδιοριστούν και να αντιμετωπιστούν ευαίσθητα θέματα όπως η βία και η κακοποίηση παιδιών ή ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Πολλοί έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών έχουν ιστορικό σωματικής, συναισθηματικής και / ή σεξουαλικής κακοποίησης ή άλλου τραύματος. Εάν υπάρχουν υπόνοιες για κατάχρηση, πρέπει να γίνονται παραπομπές σε κοινωνικές και προστατευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με τους τοπικούς κανονισμούς και τις απαιτήσεις υποβολής εκθέσεων (Bakken et.al.2014).

Είναι σημαντικό να παρακολουθείται η χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι έφηβοι που αναρρώνουν από διαταραχές της χρήσης ουσιών μπορεί να παρουσιάσουν υποτροπή ή επιστροφή στη χρήση ναρκωτικών. Οι λόγοι που σχετίζονται με την υποτροπή ποικίλλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχικό στρες και κοινωνικές καταστάσεις που συνδέονται με προηγούμενη χρήση ναρκωτικών. Είναι σημαντικό να εντοπιστεί μια επιστροφή στη χρήση ναρκωτικών νωρίς πριν η ανιχνευμένη υποτροπή προχωρήσει σε πιο σοβαρές συνέπειες. Μια υποτροπή υποδηλώνει την ανάγκη για περισσότερη θεραπεία ή την ανάγκη προσαρμογής του υπάρχοντος θεραπευτικού σχεδίου του ατόμου για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών του.

Η παραμονή στη θεραπεία για επαρκή χρονική περίοδο και η συνέχεια της φροντίδας μετά είναι σημαντικές. Η ελάχιστη διάρκεια της θεραπείας με φάρμακα εξαρτάται από τον τύπο και την έκταση των προβλημάτων του εφήβου, αλλά οι μελέτες δείχνουν ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν ένα άτομο παραμένει στη θεραπεία για 3 μήνες ή περισσότερο. Επειδή συχνά εμφανίζονται υποτροπές, μπορεί να απαιτούνται περισσότερα από ένα επεισόδια θεραπείας. Πολλοί έφηβοι επωφελούνται επίσης από τη συνεχή φροντίδα μετά από τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης της χρήσης ναρκωτικών, των επισκέψεων παρακολούθησης στο σπίτι, και τη σύνδεση της οικογένειας με άλλες απαραίτητες υπηρεσίες.

Ο έλεγχος των εφήβων για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως ο HIV, καθώς και η ηπατίτιδα Β και C, αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπείας. Οι έφηβοι που κάνουν χρήση ναρκωτικών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες που μεταδίδονται σεξουαλικά και μέσω του αίματος, συμπεριλαμβανομένου του HIV και της ηπατίτιδας Β και C. Όλα τα ναρκωτικά μεταβάλλουν την κρίση και τη λήψη αποφάσεων, αυξάνοντας την πιθανότητα ένας έφηβος θα συμμετάσχει σε σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία και σε άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της ανταλλαγής μολυσμένων συσκευών ένεσης φαρμάκων και μη ασφαλών πρακτικών τατουάζ και σωματικής διάτρησης σαν πιθανές οδούς μετάδοσης του ιού. Η θεραπεία της χρήσης ουσιών μπορεί να μειώσει αυτόν τον κίνδυνο τόσο με τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών από τους εφήβους (και κατά συνέπεια με την παραμονή τους εκτός καταστάσεων στις οποίες δεν σκέφτονται με σαφήνεια) όσο και με την παροχή συμβουλών για τη μείωση του κινδύνου για να

τους βοηθήσουν να τροποποιήσουν ή να αλλάξουν τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές τους (Compton et.al.2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι ένα κοινό πρόβλημα ψυχικής υγείας σε εφήβους παγκοσμίως, με εκτιμώμενο επιπολασμό ενός έτους κατά 4-5% από τα μέσα έως τα τέλη της εφηβείας. Η κατάθλιψη στους εφήβους είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία, η δεύτερη αιτία θανάτου σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Τα περισσότερα εφηβικά θύματα αυτοκτονίας αναφέρθηκε ότι είχαν καταθλιπτική διαταραχή κατά το θάνατο. Η κατάθλιψη οδηγεί επίσης σε σοβαρές κοινωνικές και εκπαιδευτικές διαταραχές, σε αυξημένο ποσοστό καπνίσματος, κατάχρηση ουσιών και παχυσαρκίας. Θεωρείται σημαντική η αναγνώριση και η θεραπεία της διαταραχής. (Calear, Christensen, 2010)

5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα παιδιά είναι χαμηλός (<1% στις περισσότερες μελέτες) ενώ όσο διαρκεί η εφηβεία αυξάνεται. Πολλοί παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν την καταγεγραμμένη μετα-εφηβική αύξηση του επιπολασμού επειδή η εφηβεία είναι αναπτυξιακή περίοδος που χαρακτηρίζεται από έντονες βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές.

Ωστόσο, οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό του πληθυσμού ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των μελετών και των διαφόρων χωρών, πιθανώς λόγω μεθοδολογικών διαφορών. Ένα από τα πιο ισχυρά επιδημιολογικά ευρήματα είναι η εμφάνιση κατάθλιψης σε εφήβους ιδιαίτερα στα κορίτσια. (Gotlib et al., 2010)

Η περίσσεια των προσβεβλημένων κοριτσιών παρατηρείται σε επιδημιολογικά και κλινικά δείγματα και είναι ισχυρή σε διάφορες μεθόδους αξιολόγησης. Παρόλο που οι λόγοι αυτής της διαφοράς φύλου μετά την εφηβεία δεν είναι πλήρως κατανοητοί, η κατάθλιψη των εφήβων συνδέεται στενότερα με τις γυναικείες ορμονικές αλλαγές παρά με τη χρονολογική ηλικία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τις εφηβικές αλλαγές στις σχέσεις ορμονών-εγκεφάλων. Ωστόσο, μόνο οι ορμονικές αλλαγές σπάνια παράγουν τα συμπεριφορικά ή νευρικά συμπτώματα της κατάθλιψης και είναι πιθανότερο να συνεισφέρουν ευαισθητοποιώντας τον εγκέφαλο στις επιβλαβείς επιδράσεις του στρες. (Karg, Burmeister, Shedden, Sen, 2011)

5.3 ΑΙΤΙΑ

Λόγω των κλινικά ετερογενών και ποικίλων αιτίων της ασθένειας, η κατανόηση της παθογένειας της κατάθλιψης στους εφήβους είναι πρόκληση. Όπως και πολλές άλλες συνήθεις διαταραχές της υγείας, πολλοί παράγοντες κινδύνου αλληλεπιδρούν για να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης. Πολλοί ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί κίνδυνοι συσχετίζονται έντονα.

Οι απώτεροι κίνδυνοι όπως οι κληρονομικοί παράγοντες και οι αντιξοότητες στην πρώιμη ζωή μπορεί να προκαλέσουν άμεσα και έμμεσα την κατάθλιψη. Οι κίνδυνοι αυτοί θα μπορούσαν να αφορούν την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα του εφήβου. Σε αυτούς είναι η αρνητική συναισθηματικότητα, μειωμένη αυτοεκτίμηση κλπ. Εντούτοις, συνεπείς ενδείξεις είναι σπάνιες ως προς το εάν τέτοια χαρακτηριστικά είναι παράγοντες κινδύνου και δύναται να οφείλονται στην εμφάνιση κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Karg, Burmeister, Shedden, Sen, 2011)

Έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για τη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και των περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως τα έντονα αγχωτικά γεγονότα (π.χ. σωματική βλάβη, πένθος) και οι χρόνιες αντιξοότητες (π.χ. κακοποίηση, οικογενειακές συγκρούσεις, εκφοβισμός από τους συνομηλίκους κλπ). Παρόλα αυτά, οι συγκεκριμένοι παράγοντες δεν οδηγούν πάντοτε στην ανάπτυξη της κατάθλιψης σε εφήβους, αν και οι ασθενείς με υψηλό γενετικό κίνδυνο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις επιδράσεις αυτών των στρεσογόνων παραγόντων. Η εμφάνιση των δυσάρεστων συμβάντων συνδέονται περισσότερο με την πρώτη εμφάνιση παρά με την επανάληψη της κατάθλιψης και ο κίνδυνος είναι σημαντικά μεγαλύτερος στα κορίτσια και στους εφήβους που έχουν πολλαπλά αρνητικά συμβάντα ζωής από εκείνους που εκτίθενται σε ένα συμβάν. (Calear, Christensen, 2010)

5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το DSM-5 (APA, 2013), το οποίο χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ψυχιατρικών διαταραχών, περιγράφει αρκετές μορφές καταθλιπτικών διαταραχών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν: μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή και ελάσσονα κατάθλιψη.

Η καταθλιπτική διαταραχή ή η μείζονα κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που παρεμποδίζουν την ικανότητα του ατόμου να εργάζεται, να κοιμάται, να τρώει και να απολαμβάνει κάποιες ευχάριστες

δραστηριότητες. Η κατάθλιψη απενεργοποιεί και εμποδίζει ένα άτομο να λειτουργεί κανονικά. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να βιώσουν μόνο ένα επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά πιο συχνά ένα άτομο μπορεί να έχει πολλαπλά επεισόδια. (APA, 2013)

Η δυσθυμική διαταραχή ή η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από μακροχρόνια συμπτώματα (2 ετών ή μεγαλύτερα) που μπορεί να μην είναι αρκετά σοβαρά για να απενεργοποιήσουν ένα άτομο, αλλά μπορούν να αποτρέψουν την κανονική λειτουργία ή το συναίσθημα. Τα άτομα με δυσθυμία μπορεί επίσης να παρουσιάσουν ένα ή περισσότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Η ελάχιστη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη συμπτωμάτων για 2 εβδομάδες ή και περισσότερο που δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη. Χωρίς θεραπεία, τα άτομα με κατάθλιψη διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. (APA, 2013)

Τα παιδιά που αναπτύσσουν κατάθλιψη συχνά συνεχίζουν να έχουν επεισόδια καθώς μπαίνουν στην ενηλικίωση. Τα παιδιά που πάσχουν από κατάθλιψη είναι επίσης πιθανότερο να έχουν άλλες πιο σοβαρές ασθένειες κατά την ενηλικίωση. (APA, 2013)

5.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατάθλιψης μπορούν να εφαρμοστούν σε νοσοκομείο, σε εξωνοσομειακές δομές, σε ξενώνες σε κέντρα ημέρας, σε σχολικά προγράμματα και στο χώρο κατοικίας του έφηβου. (Calear, Christensen, 2010)

Η πρώτη θεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά τον αριθμό και τη σοβαρότητα των υποτροπιάζοντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Υπάρχουν πολλές επιλογές για τους νέους και τις οικογένειές τους. Η κατάθλιψη τυπικά αντιμετωπίζεται με συνδυασμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ψυχοθεραπείας. Συμπληρωματικές θεραπείες και δραστηριότητες μπορεί επίσης να είναι σημαντικές.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που συνταγογραφούνται για εφήβους είναι τα ίδια φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ενηλίκων, αλλά συχνά ξεκινούν σε χαμηλότερες δόσεις οι οποίες αυξάνονται πιο αργά. Η πιο κοινή ομάδα αντικαταθλιπτικών που συνταγογραφούνται για εφήβους είναι οι εκλεκτικοί

αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Αυτά περιλαμβάνουν φάρμακα όπως Prozac, Zoloft, Paxil, Luvox και Celexa. (Μαντζιου- Μεγαπάνου, 2012)

Υπάρχουν πολλά άλλα αντικαταθλιπτικά που είναι πιθανές επιλογές για τη θεραπεία της κατάθλιψης και η επιλογή ενός αντικαταθλιπτικού πρέπει να είναι προσαρμοσμένη για κάθε άτομο. Επί του παρόντος, μόνο δύο από τα αντικαταθλιπτικά, Prozac και Lexapro, εγκρίνονται από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη θεραπεία της Κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους. Ωστόσο, συνιστώνται συχνά άλλα φάρμακα με βάση την ατομική κατάσταση. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας γιατρός που έχει εμπειρία στη θεραπεία της κατάθλιψης σε εφήβους που κατευθύνει τη φροντίδα και κάνει πολύ εξατομικευμένες συστάσεις για κάθε άτομο. (Mojtabai et al., 2016)

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής συστήνουν ότι η ψυχοθεραπεία είναι πάντα συνιστώσα της θεραπείας για την κατάθλιψη των παιδιών και των εφήβων.

Η ατομική ψυχοθεραπεία δίνει στους εφήβους την ευκαιρία να συζητήσουν τις πιέσεις που μπορεί να έχουν προκαλέσει την ασθένεια καθώς και τις προκλήσεις που προκαλούνται από την ύφεση. Εκτός από την ατομική θεραπεία, οι οικογένειες μπορούν να επωφεληθούν από συνεδρίες που αφορούν ολόκληρη την οικογένεια. Κάθε μέλος μιας οικογένειας επηρεάζεται όταν κάποιος έχει κατάθλιψη. Η οικογένεια μπορεί να χρειαστεί να συζητήσει τρόπους αντιμετώπισης των προκλήσεων που έρχονται με την ασθένεια. (Mojtabai et al., 2016)

Όπως συμβαίνει με οποιαδήποτε ιατρική ασθένεια, η εκπαίδευση και η υποστήριξη αποτελούν βασικά στοιχεία ενός σχεδίου θεραπείας. Οι έφηβοι πρέπει να μάθουν για την ασθένειά τους, τη θεραπεία τους και τις σημαντικές αλλαγές στον τρόπο ζωής που υποστηρίζουν την αποκατάσταση. Οι προσωπικές ευθύνες όπως η λήψη φαρμάκων, η αποφυγή επιβλαβών συμπεριφορών, είναι σημαντικές καθώς ζητά βοήθεια και υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους εκπαιδευτικούς. Η άσκηση και η διατήρηση ενός τακτικού χρονοδιαγράμματος αποτελούν επίσης πρακτικούς τρόπους για την υποστήριξη της αντιμετώπισης. (Μαντζιου- Μεγαπάνου, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα αγωνίας και πανικού. Το άγχος είναι μια ανησυχία για τα γεγονότα που επρόκειτο να συμβούν στο μέλλον, ενώ ο φόβος είναι μια αντίδραση στα τρέχοντα γεγονότα.

Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν έντονα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η ταχυπαλμία, η εφίδρωση και η αστάθεια. Το προσβεβλημένο άτομο ενδέχεται να αποφεύγει καταστάσεις ή αντικείμενα, καθοδηγούμενο από την αγωνία του, με αποτέλεσμα η επαγγελματική, οικογενειακή και κοινωνική του ζωή να διαταράσσονται σε σημαντικό βαθμό (Newcorn et.al. 2013).

Οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη συγκαταλέγονται στις πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως. Συνολικά αντιπροσωπεύουν πάνω από το 50% του συνολικού βάρους της νόσου από την άποψη των αναμενόμενων ετών που οφείλονται στις διαταραχές της ψυχικής υγείας και στη χρήση ουσιών. Η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της θνησιμότητας είναι καλά εδραιωμένο, έχουν αναφερθεί ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη, αλλά ο υπερβολικός κίνδυνος θνησιμότητας εκτείνεται σε φυσικές αιτίες. Αντίθετα, τα στοιχεία για τον κίνδυνο θνησιμότητας σε άτομα με άγχος είναι αντίθετα, δίνοντας πιο αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Περαιτέρω, μόνο μερικές μελέτες έχουν αξιολογήσει τον κίνδυνο θνησιμότητας μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ειδικές διαταραχές άγχους (Barnes, 2011).

6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι διαταραχές άγχους συγκαταλέγονται στις πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές καταστάσεις στα παιδιά και τους εφήβους, με εκτιμήσεις για τη διαχρονική διάδοση οποιασδήποτε διαταραχής άγχους μεταξύ των νέων σε ποσοστό 15% -20%. Οι αγχώδεις διαταραχές μειώνουν τη λειτουργία σε οικογενειακά, ακαδημαϊκά και κοινωνικά στρώματα σε προσβεβλημένους νέους και διπλασιάζουν τον κίνδυνο για

άγχος ή καταθλιπτικές διαταραχές στην ενηλικίωση. Επιπλέον, η παρουσία μιας διαταραχής άγχους σε παιδιά και εφήβους αυξάνει τον κίνδυνο κατάχρησης ουσιών και ταυτόχρονα απόπειρες αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονίας (Rutherford et.al. 2016).

Η γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD), η διαταραχή ανησυχίας διαχωρισμού (SAD) και η διαταραχή της κοινωνικής φοβίας / κοινωνικού άγχους είναι οι συχνότερα εμφανιζόμενες παιδικές αγχώδεις διαταραχές και συχνά συνυπάρχουν. Ως εκ τούτου, αυτές οι παιδικές αγχώδεις διαταραχές αναφέρονται συχνά ως «παιδιατρική τριάδα άγχους». Οι λόγοι αυτής της προσέγγισης είναι πολυπαραγοντικοί (π.χ., συμπεριλαμβανομένων των φαινομενολογικών, κλινικών, θεωρητικών και επιδημιολογικών δεδομένων) και είναι αποτέλεσμα υψηλών ποσοστών συννοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών τριάδας, συγκρίσιμα πρότυπα εκδήλωσης και παρόμοιες αντιδράσεις στη φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) (Fiks et.al. 2015).

6.3 ΑΙΤΙΑ

Οι αιτίες των διαταραχών άγχους δεν είναι πλήρως κατανοητές. Οι εμπειρίες της ζωής όπως τα τραυματικά συμβάντα φαίνεται να προκαλούν διαταραχές άγχους σε άτομα που είναι ήδη επιρρεπή σε άγχος. Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά μπορεί επίσης να είναι ένας παράγοντας.

Ιατρικά αίτια

Για ορισμένους ανθρώπους, το άγχος μπορεί να συνδέεται με ένα υποκείμενο πρόβλημα υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα σημάδια άγχους και τα συμπτώματα είναι οι πρώτοι δείκτες ιατρικής ασθένειας.

Παραδείγματα ιατρικών προβλημάτων που μπορούν να συνδεθούν με το άγχος περιλαμβάνουν:

- Ø Καρδιακή ασθένεια
- Ø Διαβήτης
- Ø Θυρεοειδικά προβλήματα, όπως ο υπερθυρεοειδισμός

Ø Διαταραχές του αναπνευστικού, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD) και το άσθμα

Ø Κατάχρηση ή απόσυρση φαρμάκων

Ø Απόσυρση από το αλκοόλ, φάρμακα κατά του άγχους (βενζοδιαζεπίνες) ή άλλα φάρμακα

Ø Χρόνιος πόνος ή σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου

Ø Σπάνιοι όγκοι που παράγουν ορισμένες ορμόνες

Ø Μερικές φορές το άγχος μπορεί να είναι παρενέργεια ορισμένων φαρμάκων (Young et.al.2013).

Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής άγχους:

Ø Τραύμα. Τα παιδιά που υπέφεραν κατάχρηση ή ήταν μάρτυρες τραυματικών γεγονότων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια διαταραχή άγχους σε κάποιο σημείο της ζωής. Οι ενήλικες που εμφανίζουν ένα τραυματικό συμβάν μπορούν επίσης να αναπτύξουν διαταραχές άγχους.

Ø Άγχος λόγω ασθένειας. Έχοντας μια κατάσταση υγείας ή σοβαρή ασθένεια μπορεί να προκαλέσει σημαντική ανησυχία για θέματα όπως η θεραπεία και το μέλλον .

Ø Κατακράτηση άγχους. Ένα μεγάλο γεγονός ή μια συσσώρευση μικρότερων καταστάσεων αγχώδους ζωής μπορεί να προκαλέσει υπερβολικό άγχος - για παράδειγμα, θάνατος στην οικογένεια, άγχος εργασίας ή συνεχιζόμενη ανησυχία για τα οικονομικά.

Ø Προσωπικότητα. Τα άτομα με συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας είναι πιο επιρρεπή σε διαταραχές άγχους από ό, τι άλλα.

Ø Άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας. Άτομα με άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, συχνά έχουν επίσης μια διαταραχή άγχους.

Ø Φάρμακα ή αλκοόλ. Η χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ ή η κατάχρηση ή η απόσυρση μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει το άγχος (Barnes, 2011).

6.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι τρέχουσες επιλογές θεραπείας που βασίζονται σε στοιχεία για αυτές τις διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία (δηλαδή, την CBT) και τη φαρμακολογική θεραπεία, καθώς και τη θεραπεία συνδυασμού (δηλ. Φαρμακοθεραπεία + ψυχοθεραπεία). Στην πραγματικότητα, η υπάρχουσα βάση δεδομένων και οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με αυτές τις «διαταραχές τριάδας» υποδηλώνουν ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αντιπροσωπεύουν ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες πρώτης γραμμής για αυτές τις καταστάσεις κλινικά δεδομένα που υποστηρίζουν επίσης τη χρήση αναστολέων επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης-σεροτονίνης (SNRIs). Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση της αποτελεσματικότητας των SSRIs και των SNRIs σε παιδιατρικές διαταραχές άγχους (δηλ. GAD, SAD και διαταραχή κοινωνικού άγχους), όλα τα αξιολογούμενα φάρμακα (ντουλοξετίνη, φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, παροξετίνη, σερτραλίνη και βενλαφαξίνη) είχαν διάστημα εμπιστοσύνης: 0,34-0,89, $p = 0,009$. Ωστόσο, εκτιμάται ότι ~ 2 με 5 ασθενείς δεν ανταποκρίνονται σε και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να σχετίζονται με ανησυχίες σχετικά με την ανοχή κατά κατηγορία (π.χ., ενεργοποίηση) ή ανάγκη για εναλλακτικές θεραπείες (Coughlin et.al. 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

7.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η διπολική διαταραχή, που ήταν γνωστή στο παρελθόν με τον όρο «μανιοκατάθλιψη», είναι μια συχνή, χρόνια και υποτροπιάζουσα ψυχική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχή στη συναισθηματική λειτουργία. Βασική εκδήλωσή της είναι οι ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση που συμπαρασύρουν τη σκέψη, τη δραστηριότητα και τη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η εναλλαγή φάσεων μανίας με φάσεις κατάθλιψης, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται διαστήματα με φυσιολογική διάθεση («νορμοθυμία»). (Kaplan, 2000)

Είναι γεγονός ότι όλοι οι άνθρωποι βιώνουν διακυμάνσεις στη διάθεσή τους, οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Οι διακυμάνσεις αυτές είναι φυσιολογικές και κινούνται κυρίως ανάμεσα στο συναίσθημα της χαράς και το συναίσθημα της λύπης και μπορούν να εμφανιστούν με μια ποικιλία αποχρώσεων και παραλλαγών. Στη Διπολική Διαταραχή όμως, οι μεταβολές της διάθεσης είναι πολύ διαφορετικές σε ένταση και διάρκεια και συνήθως γίνονται ακραίες, από τη μεγάλη χαρά και ευφορία που μπορεί να πάρει τη μορφή της μανίας, στη βαθιά και ανείπωτη θλίψη που μπορεί να πάρει τη μορφή της κατάθλιψης. Ωστόσο, η Διπολική Διαταραχή σήμερα είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και το άτομο να έχει μια φυσιολογική και δημιουργική ζωή. (Μάνος, 2008)

7.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η διπολική διαταραχή περιγράφεται σαν την παρουσία ενός ή περισσότερων επεισοδίων μανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου I) ή υπομανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου II), με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Με άλλα λόγια, ή μονοπολική μανία αποτελείται μόνο από μανία χωρίς καμία μείζονα κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή τύπου I αποτελείται από μανία με μείζονα κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή τύπου II αποτελείται από

υπομανία με μείζονα κατάθλιψη. Εντούτοις, η μονοπολική μανία συμβαίνει πολύ σπάνια. (Μάνος, 2008)

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με τη διπολική διαταραχή είναι σημαντικές. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής τα 25 έτη, σε περίπτωση που δε λάβει θεραπεία, θα χάσει συνολικά 9.2 χρόνια ζωής και 14.2 χρόνια σημαντικής κοινωνικής δραστηριότητας. (Garrabe, 2011)

Το 10-15% των διπολικών ασθενών αυτοκτονούν. Η βία, όπως, π.χ. η κακοποίηση συζύγων και παιδιών, είναι συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων. Επίσης, με αυτή σχετίζεται η εγκατάλειψη του σχολείου, η σχολική αποτυχία και η αντικοινωνική συμπεριφορά. Στο επίπεδο των ψυχικών διαταραχών η διπολική διαταραχή συνδέεται με διαταραχές της σίτισης, διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας και διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών.

Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1.2% και της διπολικής διαταραχής II είναι 0.5 %. Η διπολική διαταραχή I αποτελεί σχεδόν το 20% των μειζόνων διαταραχών της διάθεσης. Η ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής κορυφώνεται στα 18 έτη για τους άντρες και στα 20 για τις γυναίκες. Το να πρωτοεμφανίζεται η μανία στην τρίτη ηλικία δεν είναι σπάνιο αλλά συνδέεται γενικά με κάποια οργανική αιτιολογία. Η διπολική διαταραχή δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα, εκτός από την περίπτωση του ταχέως κύκλου (δηλαδή 4 ή περισσότερα μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια το χρόνο) όπου οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται. (Garrabe, 2011)

Η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα. Πάνω από το 90% των ασθενών με μεμονωμένο επεισόδιο μανίας υποτροπιάζουν στο μέλλον. Τα μανιακά και τα υπομανιακά επεισόδια συνήθως προηγούνται ή έπονται ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και ακολουθούν ένα ατομικό μοντέλο επανάληψης για κάθε ασθενή. Το διάστημα μεταξύ επεισοδίων τείνει να μικραίνει με την ηλικία. Οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς μετά από ένα μανιακό / υπομανιακό επεισόδιο επιστρέφουν στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική τους κατάσταση. Εντούτοις, 15%-30% των ασθενών παρουσιάζουν μόνο μερική υποχώρηση και έχουν συμπτώματα και μεταξύ των επεισοδίων. Η ατελής επιστροφή στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική

κατάσταση συμβαίνει συνηθέστερα στους ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη μανία. Μεταξύ 10% και 15% των εφήβων με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική διαταραχή. Τα μικτά επεισόδια μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τείνουν να είναι συχνότερα στους έφηβους και τους νέους ενήλικες από ότι στους μεγαλύτερους ενήλικες. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειων επεισοδίων, τα οποία συχνά είναι ψυχωτικά.

Η κυκλοθυμία είναι μια χρόνια αναστάτωση της διακύμανσης του συναισθήματος που εκφράζεται με πολυάριθμα υπομανιακά επεισόδια και συμπτώματα κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια για διάστημα τουλάχιστον 2 ετών, ή 1 έτους σε παιδιά και εφήβους. Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση και τον ύπνο μπορεί να σχετίζονται με την κυκλοθυμία. Η κυκλοθυμία δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα και τείνει να έχει μικρή ηλικία έναρξης. Ο επιπολασμός της κυκλοθυμίας για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1%. Ο κίνδυνος για έναν ασθενή με κυκλοθυμία να αναπτύξει διπολική διαταραχή είναι 15% με 50%. (Garrabe, 2011)

Δυσθυμία είναι η παρουσία μιας χρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά και εφήβους). Επίσης, στη δυσθυμία είναι παρόντα τουλάχιστον 2 από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (αλλαγή στην όρεξη και στις συνήθειες του ύπνου, χαμηλή ενεργητικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης, απελπισία).

Η δυσθυμία έχει ετήσιο επιπολασμό 6% και προσβάλλει τις γυναίκες 1.5 έως 3 φορές περισσότερο από ότι τους άντρες. Η έναρξη της δυσθυμίας συνήθως είναι ύπουλη και γίνεται σε νεαρή ηλικία. Η δυσθυμία σπάνια συναντάται μόνη. Σε περισσότερα από τα τρία τέταρτα των ασθενών συνυπάρχει μια ακόμα διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη (δίνοντας γένεση στη λεγόμενη «διπλή κατάθλιψη»). Άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να είναι η διαταραχή άγχους, η χρήση ουσιών, η διαταραχή προσωπικότητας, η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας, οι διαταραχές μάθησης και η νοητική καθυστέρηση. (Garrabe, 2011)

7.3 ΑΙΤΙΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Μέχρι στιγμής, δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Αντιθέτως, ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Είναι γεγονός ότι η νόσος έχει βιολογικό υπόβαθρο. Μία σαφής ένδειξη για αυτό αποτελεί η τεκμηριωμένη κληρονομική της βάση. Η διπολική διαταραχή φαίνεται σε κάποιες οικογένειες να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Πιθανώς να υπάρχει μια καθορισμένη προδιάθεση στα γονίδια, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα σε ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες. (Μαδιανός, 2004)

Τα στρεσογόνα γεγονότα και οι ψυχοπαιστικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν περισσότερο ευοδωτικό ή εκλυτικό παρά αιτιολογικό ρόλο στην εκδήλωση της διπολικής διαταραχής. Χαρακτηριστικό είναι πάντως ότι δεν μπορούμε να «προδιαγράψουμε» για κανέναν ότι θα νοσήσει, λαμβάνοντας αποκλειστικά και μόνο υπόψη τη γονιδιακή βάση της ασθένειας. Κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι τα στρεσογόνα γεγονότα παίζουν σημαντικό ρόλο στα άτομα που νοσούν σε μεγαλύτερη ηλικία. (Kaplan, 2000)

7.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η Διπολική Διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει είτε με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε με ένα επεισόδιο μανίας. Σε κάθε περίπτωση, τις περισσότερες φορές τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά.

Στον ένα πόλο της Διπολικής Διαταραχής βρίσκεται η μανία. Η ευφορία, που είναι το χαρακτηριστικό σύμπτωμα στη φάση της μανίας, ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού και γίνεται παθολογική. Η διάγνωση τίθεται όταν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα εκδηλώνονται ταυτόχρονα, συνοδευόμενα από ευφορική ή ευερέθιστη διάθεση και είναι παρόντα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας. (Warner, 2005)

Στις ψυχικές ασθένειες, όπως είναι γνωστό, δεν μπορεί να υπάρξει διάγνωση μέσω κάποιου εργαστηριακού ελέγχου όπως είναι οι εξετάσεις αίματος. Το ίδιο εννοείται

ισχύει και για τη διπολική διαταραχή όπου η διάγνωση βασίζεται στα συμπτώματα, στην πρόγνωση αλλά και στο οικογενειακό ιστορικό.

Προκειμένου να προσεγγιστεί καλύτερα η διάγνωση της διπολικής διαταραχής θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση των διαγνωστικών κριτηρίων DSM των επεισοδίων που εμφανίζονται στη συγκεκριμένη διαταραχή όπως καθιερώθηκαν από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία. Πιο συγκεκριμένα:

7.4.1 Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για το συγκεκριμένο επεισόδιο είναι:

A. Η ύπαρξη πέντε ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα σε διάρκεια δύο εβδομάδων, αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι καταθλιπτική διάθεση, είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (αισθήματα κενού), ή από παρατηρήσεις τρίτων. (DSM-5, 2013)

- Ø Σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σχεδόν καθημερινά στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας για (σχεδόν) όλες τις δραστηριότητες.
- Ø Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά.
- Ø Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά.
- Ø Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους ή και της όρεξης.
- Ø Έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση σχεδόν καθημερινά.
- Ø Αίσθημα ματαιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής ή υπερβολής σχεδόν καθημερινά.
- Ø Έκπτωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης καθώς και αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.
- Ø Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας. (DSM-5, 2013)

Ø Β. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργίας. (Διαγνωστικά κριτήρια (DSM-5, 2013)

Ø Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε παθολογική κατάσταση (π.χ. υποθυρεοειδισμό) ή σε άμεση φυσιολογική αντίδραση κάποιας ουσίας (π.χ. φαρμακευτική).

Δ. Τα συμπτώματα έπειτα από την απώλεια προσφιλούς προσώπου παραμένουν για περισσότερο από δύο μήνες, χαρακτηρίζονται από σημαντική λειτουργική έκπτωση ή παθολογική προκατάληψη με αίσθημα ματαιότητας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχοκοινωνική επιβράδυνση. (DSM-5, 2013)

7.4.2 Συμπτώματα της Μανίας

Συνυπάρχει πάντα υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα. Συχνά παρουσιάζεται μια εξωπραγματική υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και της σπουδαιότητας του ατόμου, που μπορεί να φτάσει σε παραληρηματικές ιδέες μεγαλείου και ανάλογες ψευδαισθήσεις. Π.χ. κάποιος ασθενής πιστεύει ότι έχει υπερφυσικές δυνάμεις, όπως να δώσει λύση σε κάποια διεθνή προβλήματα, να θεραπεύσει το AIDS, κ.λπ., και επιπλέον έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι οποίες του λένε φράσεις, όπως “είσαι Θεός”. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της μανίας εμφανίζονται παρακάτω: (Χαρτοκόλλης, 1991)

Ø Υπερβολική ευφορία, φαιδρότητα, ιλαρότητα, ενθουσιασμός και υπεραισιοδοξία.

Ø Υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα.

Ø Διογκωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (εξωπραγματική υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και της σπουδαιότητας του ατόμου).

Ø Αύξηση της όρεξης για εργασία.

Ø Αύξηση της σεξουαλικής διάθεσης.

Ø Ελάττωση της ανάγκης για ύπνο.

Ø Ευερεθιστότητα και επιθετική συμπεριφορά.

- Ø Ανάρμοστες κοινωνικές ή σεξουαλικές πράξεις (λόγω μειωμένου ελέγχου των ενορμήσεων).
- Ø *Ιδεοφυγή* (οι ιδέες του ατόμου καλπάζουν και εναλλάσσονται ταχύτατα).
- Ø Αποδιοργανωμένος και ακατανόητος λόγος.
- Ø Παραληρηματικές ιδέες μεγαλείου και ανάλογες ψευδαισθήσεις.
(Kaplan, 2000)

Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι το υπομανιακό επεισόδιο αποτελεί μανία μέτριας μορφής και η διάγνωση του περιλαμβάνει τα κριτήρια Α και Β και όχι Γ. Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα ενός μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός ή σε παρενέργεια κάποιας φαρμακευτικής ουσίας. (DSM-5, 2013)

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 για το μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο είναι:

A Μια περίπτωση, σαφώς ορισμένη, η οποία χαρακτηρίζεται από σταθερή αύξηση λογόρροιας ή ευερέθιστης διάθεσης διάρκειας τουλάχιστον μιας εβδομάδας ή οποιασδήποτε διάρκειας (DSM-5, 2013)

B. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής της διάθεσης τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα έχουν παραμείνει και έχουν εμφανιστεί σε σημαντικό βαθμό:

- Ø Έντονη αυτοεκτίμηση ή ιδέες μεγαλείου
- Ø Μειωμένη ανάγκη για ύπνο (λιγότερο από τρεις ώρες). Ο πάσχων κατακλύζεται από ενεργητικότητα.
- Ø Εξαναγκασμός για συνέχιση της ομιλίας.
- Ø Εύκολη διάσπαση της προσοχής σε ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα.
- Ø Ιδεοφυγή ή υποκείμενο αίσθημα ότι οι σκέψεις τρέχουν
- Ø Ψυχοκοινωνική διέγερση ή αυξημένη δραστηριότητα προς κάποιο στόχο (κοινωνικό ή σεξουαλικό ή επαγγελματικό ή σχολικό).

- Ø Έντονη απασχόληση με ευχάριστες (προς τον ασθενή) δραστηριότητες με αυξημένες πιθανότητες επώδυνων συνεπειών όπως: επιπόλαιες επιχειρηματικές επενδύσεις, ασυγκράτητα αγοραστικά όργια. (DSM-5, 2013)
- Ø Γ. Οι συνέπειες της διαταραχής της διάθεσης μπορούν να προκαλέσουν: έκπτωση της επαγγελματικής λειτουργικότητας ή των κοινωνικών δραστηριοτήτων ή σχέσεων με τους άλλους ή να χρειαστεί εισαγωγή σε νοσοκομείο ώστε να προληφθεί η ζημιά προς τον εαυτό του ή προς τους άλλους ή ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών. (DSM-5, 2013)

7.4.3 Μεικτό επεισόδιο

Ο όρος «μεικτό επεισόδιο» αποτελεί την ταυτόχρονη εμφάνιση ενός καταθλιπτικού και ενός μανιακού επεισοδίου. Σημειώνεται ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση ή σε παρενέργεια κάποιας φαρμακευτικής ουσίας. Στα διαγνωστικά κριτήρια DSM- V- TR περιλαμβάνονται: (DSM-5, 2013)

- A. Η συνύπαρξη των κριτηρίων του Μανιακού και του Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου σε καθημερινή βάση για τουλάχιστον μια εβδομάδα.
- B. Σοβαρή διαταραχή της διάθεσης που προκαλεί μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα ή μη συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες ή απουσία διαπροσωπικών σχέσεων ή εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να μην υπάρξουν αρνητικές συνέπειες στον εαυτό του ή στους άλλους. (DSM-5, 2013)

7.4.4 Διαγνωστικά κριτήρια Διπολικής Διαταραχής I και II

Διπολική Διαταραχή I

Σύμφωνα με το DSM- 5 τα διαγνωστικά κριτήρια της διπολικής διαταραχής I είναι:

- A. Η ύπαρξη ενός μόνο Μανιακού Επεισοδίου και όχι Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια στο παρελθόν.
- B. Η ύπαρξη στο παρελθόν ενός Μείζον Καταθλιπτικού Επεισοδίου.
- Γ. Η ύπαρξη ενός Μεικτού Επεισοδίου αφού έχει προηγηθεί ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο ή ένα Μανιακό Επεισόδιο.

- Δ. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- Ε. Τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης δεν οφείλονται σε κάποια παθολογική κατάσταση ή στην επίδραση κάποιας ουσίας. (DSM-5, 2013)

Διπολική Διαταραχή II

Τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 της διπολικής διαταραχής II είναι:

- A. Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης ή ιστορικό.
- B. Η ύπαρξη ενός υπομανιακού επεισοδίου ή ιστορικό.
- Γ. Η απουσία μανιακού ή μεικτού επεισοδίου.
- Δ. Τα συμπτώματα της διαταραχής της διάθεσης των κριτηρίων A και B δεν οφείλονται σε Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή και δεν επικάθονται σε Σχιζοφρένεια, Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή, Παραληρητική Διαταραχή ή Ψυχωσική Διαταραχή ΜΠΑ.
- Ε. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική μείωση στη λειτουργικότητα των επαγγελματικών, κοινωνικών ή άλλων δραστηριοτήτων. (DSM-5, 2013)

7.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση. Μια επιτυχημένη θεραπευτική αντιμετώπιση προϋποθέτει:

- α) σωστή εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης και
- β) τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Τα διαδοχικά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης που εκδηλώνονται στη διπολική διαταραχή προϋποθέτουν μια θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία θα περιλαμβάνει τη κατάλληλη χορήγηση φαρμάκων καθώς επίσης και τις κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Στη θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου θεωρείται πολύ σημαντική η χρόνια χορήγηση φαρμάκων με την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού ο οποίος ανάλογα με τις αλλαγές των διαθέσεων και τις συμπεριφορές τροποποιεί το θεραπευτικό σχήμα.

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος που ακολουθείται θα πρέπει να παρατηρούνται σε καθημερινή βάση τα συμπτώματα ώστε να γίνεται περισσότερο αντιληπτή η εξέλιξη της ασθένειας και από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και από τους οικείους του.

7.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ψυχωτικής διαταραχής περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία είναι γνωστά με την ονομασία «σταθεροποιητές της διάθεσης». Τα συγκεκριμένα φάρμακα χορηγούνται κατόπιν εντολής του ψυχιάτρου. Επίσης, η χορήγηση των εν λόγω φαρμάκων δύναται να είναι χρόνια ενώ παράλληλα ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να πραγματοποιηθεί και χορήγηση περαιτέρω φαρμάκων ώστε να αποφευχθεί πιθανή υποτροπή. (Μάνος, 2008)

Για τη θεραπεία του μανιακού επεισοδίου χορηγούνται αντιψυχωσικά φάρμακα, λίθιο και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Αναλυτικότερα:

Αντιψυχωσικά φάρμακα

Η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων αποτελεί τη βάση για την αντιμετώπιση του μανιακού επεισοδίου. Πρόκειται για αγχολυτικά φάρμακα των οποίων η δράση μειώνει σημαντικά την επιθετικότητα, την παράνοια και τη σύγχυση. Χορηγούνται είτε από το στόμα είτε ενδομυϊκά και η αποτελεσματική δράση τους παρουσιάζεται κατόπιν ολίγων ωρών ή ημερών. Στα αντιψυχωσικά φάρμακα περιλαμβάνονται:

- Ø Η Αλοπεριδόλη (Aloperidine)
- Ø Η Χλωροπρομαζίνη (Largest)
- Ø Η Ολαζανπίνη (Zyprexa)
- Ø Η Ρισπερισδόνη (Risperdal)

Καθόλη τη διάρκεια της χορήγησης των αντιψυχωσικών φαρμάκων δύναται να υπάρξουν παρενέργειες όπως είναι η καταστολή, η μειωμένη όραση, η δυστονία, η ξηροστομία κ.α. Ταυτόχρονα, στις παρενέργειες περιλαμβάνεται και η αϋπνία όπου σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να λάβει βενζοδιαζεπίνες όπως είναι το Tavor και το Stedon. (Μάνος, 2008)

Λίθιο (Milithin, Lithiofor)

Ένα από τα φάρμακα που παρουσιάζει αποτελεσματική δράση και στο μανιακό αλλά και στο καταθλιπτικό επεισόδιο της διπολικής διαταραχής είναι το λίθιο. Πρόκειται για ένα φάρμακο τοξικό το οποίο μειώνει σημαντικά την υποτροπή των επεισοδίων διπολικής διαταραχής. Η χορήγηση του πραγματοποιείται από το στόμα και η ημερήσια δόση είναι από 900 έως 1800 mg. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρουσιάζει καμία επίδραση σε άτομα τα οποία δεν πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια καθώς επίσης είναι άγνωστος μέχρι στιγμής ο λόγο που παρουσιάζει αποτελεσματική δράση στους ασθενείς με διπολική διαταραχή.

Το μειονέκτημα που παρουσιάζει το λίθιο είναι ότι δεν ανταποκρίνεται γρήγορα μόλις πραγματοποιηθεί η χορήγηση του και γι αυτό το λόγο συνδυάζεται η φαρμακευτική αγωγή της διπολικής διαταραχής με ένα αντιψυχωσικό φάρμακο.

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης του συγκεκριμένου φαρμάκου δύναται να παρουσιαστούν ορισμένες παρενέργειες όπως ναυτία, πόνος στο στομάχι, ζαλάδα, εμετός, διάρροια κ.α.

Αντιεπιληπτικά φάρμακα

Στα αντιεπιληπτικά φάρμακα περιλαμβάνονται η Καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine). Αναλυτικότερα:

- Ø Καρβαμαζεπίνη (Tegretol): το συγκεκριμένο φάρμακο παρουσιάζει αποτελεσματική δράση στις επιληπτικές κρίσεις και στις αρνητικές συνέπειες των αμνιακών επεισοδίων. Παράλληλα η δράση του μπορεί να ισοσταθμιστεί με τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Επίσης, για τους ασθενείς οι οποίοι χαρακτηρίζονται από έντονες εναλλαγές επεισοδίων και δεν ανταποκρίνονται θετικά στο λίθιο πραγματοποιείται η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου ενώ ταυτόχρονα ο συνδυασμός του με τα αντιψυχωσικά φάρμακα και το λίθιο δρα καταλυτικά στην αντιμετώπιση των μανιακών επεισοδίων. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια από τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι η ακοκκιοκυτταραιμία και για αυτό το λόγο θα πρέπει να χορηγείται προσεκτικά.
- Ø Βαλπροϊκό νάτριο (Depakine): η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο στα άτομα με κυκλοθυμική διαταραχή τα οποία δεν παρουσιάζουν θετική επίδραση με το λίθιο. Πρόκειται για ένα φάρμακο το οποίο έχει τις ίδιες ιδιότητες με τη Καρβαμαζεπίνη ενώ στις

παρενέργειες του περιλαμβάνονται η ναυτία, η μειωμένη όρεξη, η διάρροια, η τριχόπτωση κ.α.

Για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών επεισοδίων που παρουσιάζονται στη διπολική διαταραχή χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα και πιο συγκεκριμένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Η συγκεκριμένη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δρα καταλυτικά στην αντιμετώπιση των επεισοδίων κατάθλιψης της διπολικής διαταραχής καθώς επιδρούν στη συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψή τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες. Αποτελούν την πρώτη κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία των συγκεκριμένων επεισοδίων ενώ η χορήγησή τους συμβάλλει ακόμα και στην αποφυγή υποτροπής αυτών. Σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνονται: (Μάνος, 2008)

- Η Αμιτριπτυλίνη (Saroten, Maxivalet)
- Η Ιμιπραμίνη (Tofranil, Venefon)
- Η Νορτριπτυλίνη (Nortrilen)
- Η Δεσιπραμίνη (Pertofrane)
- Η Δοξεπίνη (Sinequan)
- Η Προτριπτυλίνη (Concordin)
- Η Χλωριμιπραμίνη (Anafranil)

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης αυτών των φαρμάκων δύναται να παρουσιαστούν παρενέργειες όπως εφίδρωση, ταχυκαρδία, δυσκοιλιότητα, ξηροστομία κ.α.

Τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά

Αυτή η κατηγορία αντικαταθλιπτικών θεωρείται ότι δρα αποτελεσματικότερα στην θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων από ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζουν πολλές παρενέργειες. Τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στην συγκεκριμένη ομάδα είναι:

- Η Τραζοδόνη (Trittico)

- Η Μιανσερίνη (Tolvon)
- Η Μαπροτιλίνη (Retinyl, Ludiomil, Klimastress)

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Η συγκεκριμένη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων θεωρείται τελευταία επιλογή καθώς από τη μία πλευρά παρουσιάζει μειωμένη αποτελεσματική δράση από τις υπόλοιπες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών ενώ από την άλλη πλευρά παρουσιάζει πολλές παρενέργειες πράγμα το οποίο τα καθιστά επικίνδυνα.

Στα συγκεκριμένα καταθλιπτικά φάρμακα περιλαμβάνονται:

- Η Ισοκαρβοξαζίδη (Marplan)
- Η Φενελζίνη (Nardil)
- Η Τρανυλκυπρομίνη (Parnate)

Όσον αφορά τις παρενέργειες, παρατηρείται ξηροστομία, πονοκέφαλος, θαμπή όραση ενώ δύναται να εμφανιστούν υπερτασικές κρίσεις όταν συνδυάζονται με τροφές που περιέχουν τυραμίνη. (Μάνος, 2008)

Νεότερα αντικαταθλιπτικά

Η επίδραση των συγκεκριμένων φαρμάκων όπως και στα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι η συγκέντρωση των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης, στις συνάψεις του ΚΝΣ εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη τους από τους προσυναπτικούς νευρώνες.

Τα φάρμακα που χορηγούνται στα νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι:

- Σετραλίνη (Zoloft)
- Φλουοξετίνη (Ladose, Fluxadir)
- Παροξετίνη (Seroxat)
- Φλουβοξαμίνη (Dymyrox)
- Σιταλοπράμη (Seropram)

Κατά τη διάρκεια της χορήγησης αυτών των φαρμάκων δύναται να παρουσιαστούν παρενέργειες όπως εμετός, ναυτία κ.α. (Μάνος, 2008)

7.5.2 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Στη θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή πραγματοποιούνται και ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Θεωρούνται πάρα πολύ σημαντικές και κρίνονται απαραίτητες καθώς συμβάλλουν στην ψυχολογική υποστήριξη όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος τους. Με αυτό τον τρόπο γίνεται περισσότερο αντιληπτή η συγκεκριμένη ασθένεια και για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια του η οποία εκπαιδεύεται κατάλληλα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις εναλλαγές επεισοδίων που παρουσιάζονται στη διπολική διαταραχή. (Wozniak, 2005)

Τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι ποικίλα και αφορούν αρχικά την παρουσία σταθερότητας στη διάθεση του ατόμου ενώ παράλληλα μειώνεται η ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο. Επίσης το άτομο γίνεται περισσότερο λειτουργικό στην καθημερινότητα του σε διάφορους τομείς. (Wozniak, 2005)

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες παρέχονται από εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχολόγος. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε αυτού του τύπου τις θεραπείες πραγματοποιείται σε όλη τη διάρκεια αυτών η συνεργασία ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και στον ψυχίατρο που έχει αναλάβει τον ασθενή. Ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή καθορίζεται και η διάρκεια και ο τύπος της θεραπείας.

Στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες περιλαμβάνονται:

Η Υποστηρικτική Θεραπεία

Ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας έχει υποστηρικτικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι δίνεται ιδιαίτερη βάση στο να διαχειριστεί το άτομο τις αρνητικές συνέπειες που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη ασθένεια και προκαλούν δυσλειτουργίες στους διάφορους τομείς της ζωής του. (Wozniak, 2005)

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία

Σε αυτό τον τύπο θεραπείας χρησιμοποιούνται τεχνικές οι οποίες συμβάλλουν στον έλεγχο των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών του ατόμου που προκύπτουν από τις εναλλαγές επεισοδίων της συγκεκριμένης διαταραχής. Με αυτό τον τρόπο όχι

μόνο πραγματοποιείται μείωση των συμπτωμάτων αλλά παρουσιάζονται μικρότερες πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Μέσα από αυτή τη θεραπεία δίνεται η δυνατότητα στο άτομο κάθε φορά που αισθάνεται άγχος για διάφορα γεγονότα ή αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση να έχει θετική αντίδραση και να αντιλαμβάνεται ότι μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματικός. (Wozniak, 2005)

Η Οικογενειακή Θεραπεία

Εξίσου σημαντική παρουσιάζεται και η οικογενειακή θεραπεία. Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι ένας ασθενής με διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει άγχος και αναστάτωση στη ζωή της οικογένειας. Γι αυτό το λόγο παρέχονται αυτού του είδους οι θεραπείες ώστε να μπορέσει να επέλθει μείωση του άγχους στον περίγυρο μέσω διαφόρων τεχνικών που στηρίζονται στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η Ψυχοεκπαίδευση

Στη διπολική διαταραχή και στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης, υψίστης σημασίας θεωρείται η εκπαίδευση του ασθενή. Στο συγκεκριμένο τύπο θεραπείας, το εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό έχει σαν στόχο να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια και πιο συγκεκριμένα σχετικά με τα συμπτώματα των επεισοδίων ώστε να είναι σε θέση να τα αναγνωρίζει και να μπορεί να τα ελέγχει και να τα μειώνει. Παράλληλα, το συγκεκριμένο μοντέλο μπορεί να συμβάλει και στην πρόληψη υποτροπής των συμπτωμάτων των επεισοδίων. Τέλος, είναι βασικό σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης θεραπείας όπως και στις υπόλοιπες θεραπείες είτε πρόκειται για φαρμακευτική είτε για ψυχοκοινωνική θα πρέπει να τηρείται με ακρίβεια ο θεραπευτικός σχεδιασμός. (Wozniak, 2005)

7.5.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Μια άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Πρόκειται για μια μέθοδο η οποία παρέχεται σε περιπτώσεις όπου το άτομο δεν έχει ανταποκριθεί στο συνδυασμό της φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοκοινωνικής θεραπείας και χρειάζεται κάτι περισσότερο.

Η συγκεκριμένη μέθοδος παρατηρείται να έχει αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Εφαρμόζεται με πλήρη αναισθησία και με τη χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Στις παρενέργειες της μεθόδου αυτής περιλαμβάνονται ο πονοκέφαλος, ναυτία, βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης και σε ορισμένες περιπτώσεις σύγχυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να λειτουργήσει ως συνήγορος του ψυχικά ασθενούς, όπου και αν βρίσκεται. Οι άνθρωποι με ψυχικά νοσήματα είναι τόσο εύάλωτοι και μπορεί να έχουν επηρεαστεί σε τέτοιο βαθμό από την νόσο ώστε να μη μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους αποτελεσματικά. Χρειάζονται βοήθεια και καθοδήγηση ώστε να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες διαγνωστικών εξετάσεων, θεραπευτικών παρεμβάσεων και την οικονομική τους κάλυψη. 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. Πέρα από το καθαρά νοσηλευτικό του καθήκον ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να λειτουργήσει σαν τη φωνή των ψυχικά ασθενών στα νομοθετικά σώματα, προωθώντας αλλαγές σε νόμους και σε θέματα πολιτικής υγείας. Μπορεί να ενθαρρύνει τους τοπικούς φορείς να εξασφαλίσουν υπηρεσίες σίτισης και στέγασης. (Ουζούνη, 2008)

8.2 ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής παίζει έναν ενεργό ρόλο στη θεραπεία που μπορεί πραγματικά να καθυστερήσει, αν ο νοσηλευτής αυξήσει το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς. Προκειμένου ένας νοσηλευτής να μπορέσει να ανταποκριθεί στη σύγχρονη αντίληψη της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, πρέπει να έχει προσόντα τα οποία να βασίζονται σε μια σωστή θεωρητική γνώση, αν θέλουμε να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν με πλήρη επιτυχία. (Aiken et al., 2011)

Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως(Ραγιά,2001):

- Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου.
- Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
- Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών
- θεραπευτικού περιβάλλοντος.

- Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά.
- Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
- Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
- Αίσθημα υπευθυνότητας.
- Ψυχική υγεία.
- Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή.
- Οι τομείς, στους οποίους θα φανούν τα προσόντα των νοσηλευτών είναι
 - α) η παρατήρηση,
 - β) ο τρόπος νοσηλείας,
 - γ) η ψυχοθεραπεία,
 - δ) η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς (Ουζούνη, 2008)

A) Η παρατήρηση

Ένας από τους λόγους που επιβάλλουν την εισαγωγή των ασθενών στις ψυχιατρικές κλινικές είναι η παρατήρηση. Ο νοσηλευτής ο οποίος είναι κοντά τους τον περισσότερο χρόνο είναι ο πιο κατάλληλος για αυτό το έργο. Βέβαια για να το κάνει σωστά θα πρέπει να καταλάβει το λόγο της παρατήρησης, να ξέρει τι να προσέξει, να το αναγνωρίζει και να είναι σε θέση να καταγράψει τις παρατηρήσεις του με ακρίβεια και επιστημονικότητα. Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή, εξαρτάται τόσο από την εκπαίδευσή του, όσο και από την έμφυτη ικανότητά του. Γιατί με την εκπαίδευσή του θα φτάσει στο σημείο να αναγνωρίζει τις ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς, που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις, αν έχει ικανοποιητικές θεωρητικές γνώσεις αλλά και αν διατηρεί τη διάνοιά του ανεπηρέαστη σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς . (Aiken et al., 2011)

B) Ο τρόπος νοσηλείας

Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτελέσει ορισμένες διεργασίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα του. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να θυμάται πως μια τεχνική, που είναι συνηθισμένη για αυτόν, μπορεί να είναι μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία για τον ασθενή. Το πρώτο και κύριο βήμα του νοσηλευτή είναι να διευκρινίσει στον ασθενή το λόγο για τον οποίο γίνεται αυτή

η εργασία και τον τρόπο που θα γίνει . Ο ασθενής, που καταλαβαίνει τι θα γίνει και γιατί , έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεργασθεί. Η εξήγηση φυσικά πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς. Επιπλέον ο σωστός νοσηλευτής πρέπει να είναι ειλικρινής. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τον ασθενή. Για αυτό πρέπει ο νοσηλευτής, να ειδοποιήσει τον ασθενή, όταν φτάσει στη φάση που ίσως πονέσει και να υποσχεθεί ότι θα προσπαθήσει να τον κάνει να πονέσει όσο το δυνατόν λιγότερο. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να επιδείξει τη δεξιοτεχνία που χρειάζεται για να κρατήσει το λόγο που έδωσε.

Γ) Ο ρόλος του νοσηλευτή ως ψυχοθεραπευτή

Πρέπει να αναπτυχθεί αρχικά κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, για να μπορεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφαλής και να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή. Ένας γενικός κανόνας για την επιτυχία της επικοινωνίας είναι η ενθάρρυνση του αρρώστου από μέρος του νοσηλευτή να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση. (Ουζούνη, 2008)

Δ) Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς

Η φροντίδα και η προστασία του ασθενούς είναι ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν και ο κηδεμονευτικός ρόλος του νοσηλευτή ελαττώνεται, υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς πρέπει να μείνουν στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή τους για τη προσωπική τους ασφάλεια αλλά και για την ασφάλεια της κοινωνίας.

Οι νοσηλευτές είναι συνήθως προετοιμασμένοι να πάρουν τα μέτρα που απαιτούνται, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ακολουθούν την τυπική οδό εισαγωγής στην κλινική. Αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο, είναι υποχρεωμένος να τον κρατήσει μέχρι να τον δει ο γιατρός που τον παρακολουθεί . Αν ο νοσηλευτής αφήσει τέτοιους ασθενείς να φύγουν, χωρίς να τους εμποδίσει , παραβαίνει το καθήκον του. Ο νοσηλευτής έχει επίσης να φροντίσει τους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους. Και ενώ πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρύνεται ο ασθενής να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του, πολλές φορές χρειάζεται ειδική βοήθεια . (Aiken et al., 2011)

8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο σε άτομα εφηβικής ηλικίας και να τους βοηθήσουν σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο. Τα άτομα τα όποια χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης είναι:

Άτομα που βιώνουν μια προσωρινή κρίση και έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη είναι:

- Κακοποιημένοι, θυμωμένοι, νευρικοί έφηβοι
- Ανύπαντρες έφηβες
- Έφηβες σε εγκυμοσύνη
- Χρηστές ναρκωτικών ουσιών
- Εθισμένα στο αλκοόλ
- Εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας

Παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε:

- Σχολεία
- Φυλακές
- Προγράμματα αποτοξίνωσης
- Προγράμματα επανένταξης σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα σε κάποιο
- ψυχιατρικό νοσοκομείο Κοινότητες
- Οικογένειες έφηβων (Ουζούνη, 2008)

Ο νοσηλευτής ως ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει έναν έφηβο κάνοντας ατομική ψυχοθεραπεία(νοσηλευτής-έφηβος).Μερικές φορές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε με αυτόν τον τρόπο να κάνει πιο εύκολη τη συνεννόηση με τον έφηβο. Παρόλα αυτά ο έφηβος διακατέχεται από το φόβο να μιλήσει εμπιστευτικά στο νοσηλευτή. Ορισμένοι έφηβοι στο πρόσωπο του νοσηλευτή βλέπουν ένα είδος εξουσίας και έτσι αντιδρούν αρνητικά σε όποια προσπάθεια γίνεται για επικοινωνία μεταξύ τους. Σε αυτή τη περίπτωση η λύση για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής από πλευράς του νοσηλευτή είναι να χρησιμοποιήσει την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό πάντα με την ατομική ψυχοθεραπεία. (Aiken et al., 2011)

Τις περισσότερες φορές η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται με άλλα παιδιά. Θεωρώντας πως η αναγνωρισιμότητα είναι πολύ

σημαντική στην εφηβική ηλικία η ομάδα έχει την ικανότητα να παρέχει βοήθεια για τη λύση των προβλημάτων και την επίτευξη της αλλαγής του έφηβου. Ακόμα η συνύπαρξη πολλών εφήβων μαζί μπορεί να οδηγήσει στη λύση της διαμάχης που μπορεί να υπάρξει στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Τέλος σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία του εφήβου παίζει και η οικογένεια. Έτσι λοιπόν ο συνδυασμός της οικογένειας με τον νοσηλευτή και τον έφηβο θα αποτελέσει σημαντικό κομμάτι ώστε να βοηθηθεί ο έφηβος. Καθώς το παιδί μεγαλώνει και γίνεται πια έφηβος οι γονείς ανησυχούν ολοένα και περισσότερο για την ασφάλεια του. Ακόμη μπορεί να νιώθουν οι γονείς την απόρριψη επειδή δεν είναι πια τόσο απαραίτητοι για τους εφήβους.

Έτσι αρκετοί γονείς οι οποίοι έχουν σχετικά φυσιολογικούς εφήβους έρχονται σε δυσχερή θέση, παρόλα αυτά μπορούν να παρηγορηθούν και να υποστηριχτούν από ειδικούς ψυχικής υγείας. Απ' την άλλη πλευρά όμως πολλοί έφηβοι αντιμετωπίζουν όντως περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία καθιστούν τους γονείς ανήμπορους να τα βοηθήσουν νιώθοντας έτσι απελπισμένοι και απογοητευμένοι.

Τα αισθήματα αυτά μπορούν να αυξηθούν στους γονείς αν το παιδί τους χρήζει νοσηλείας. Ωστόσο έρευνες δείχνουν πως ένας έφηβος μπορεί να γίνει καταθλιπτικός και να χρειάζεται ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία όταν το κλίμα μεταξύ του έφηβου 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. (Ουζούνη, 2008)

Η φροντίδα που προσφέρεται από το νοσηλευτικό προσωπικό στους εφήβους ασθενείς έχει καθοριστικό ρόλο στο ποσοστό των επιπλοκών που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα, με την έννοια του αριθμού ωρών που προσφέρονται στον κάθε ασθενή, μπορούν να διαφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά τη νοσηλευτική τους περίθαλψη.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στις ψυχικές διαταραχές στους εφήβους βασίζεται στην αναγνώριση της φύσης της ασθένειας και των συνακολούθων της, καθώς επίσης στην επικέντρωση σε παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση τους. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας που εργάζεται με χρόνιους ασθενείς είναι λιγότερο του ατόμου που παρέχει άμεση φροντίδα και θεραπεία, αλλά τείνει περισσότερο να είναι του επαγγελματία που παρέχει διευκολύνσεις, υποστηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα.

Σύμφωνα με την Armstrong, “υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες , τους οποίους οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές, που διέπουν την επαγγελματική σχέση του νοσηλευτή με τον έφηβο ασθενή και την οικογένεια του:

1. ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών αλλά και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης και παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής,
2. να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια του για τη θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας,
3. να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενούς για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί,
4. να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένεια για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής,
5. να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών και των οικογενειών τους να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής (Erdal et.al. 2017).

Αναμφίβολα το νοσηλευτικό προσωπικό θέλει να προσφέρει κάθε δυνατή οργανική και ψυχολογική βοήθεια στους ασθενείς. Ακόμη και σήμερα, όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται υπό το κράτος προκαταλήψεων και νοσοφοβικού πανικού και δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή όπως θα έπρεπε. Συνειδητά ή ασυνείδητα το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει την προσωπική επαφή με τον ασθενή που πάσχει από μια σοβαρή νόσο για να προστατευτεί από το άγχος ή τη λύπη που θα του προκαλέσουν τα αντίστοιχα συναισθήματα του ασθενούς. Το προσωπικό υγείας αποφεύγοντας να δεθεί συναισθηματικά με τους ασθενείς συμπεριφέρεται κατά τρόπο απρόσωπο, παρουσιάζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμο, δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες και εξαντλεί την παροχή φροντίδας στις σωματικές ανάγκες του ασθενή αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές του ανάγκες. (Erdal et.al. 2017).

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς τόσο από τη φροντίδα, όσο και από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, αλλά και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Η επικοινωνία μεταξύ

ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας. (Erdal et.al. 2017).

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητες του. Το προσωπικό εκφράζει τις προθέσεις και την διαθεσιμότητα του τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά. Η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός.

Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συχνότητα της οπτικής επαφής. Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή /και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί αυτοί πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία υγείας (Erdal et.al. 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

9.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Ασθενής Ν.Κ. ηλικίας 16 ετών εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, δυσκολία συγκέντρωσης και υπερκινητικότητα.

Το 2017 ο ασθενής παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο αφορμή το χαμό της αδελφής του από λευχαιμία. Παρά το γεγονός ότι είχε τη στήριξη των γονιών του τα συμπτώματα χρόνο με το χρόνο επιδειωνόντουσαν γεγονός που οδήγησε το οικείο του περιβάλλον να απευθυνθεί σε ψυχίατρο προκειμένου να παρακολουθηθεί. Στο οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς υφίσταται γνωστό ψυχιατρικό ιστορικό.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Ψευδαισθήσεις	Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων	Ανίχνευση ψευδαισθήσεων Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς Έλεγχος εκπομπής σκέψης	Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς .	Υποχώρηση ψευδαισθήσεων

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Δυσκολία συγκέντρωσης	Εξάλειψη συμπτώματος	<p>Ενημέρωση Ψυχιάτρου για την κατάσταση του ασθενούς</p> <p>Παροχή βοήθειας σε βασικές ανάγκες όπως τροφή, νερό, υγιεινή</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής.</p> <p>Εκπλήρωση βασικών αναγκών ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας σε καθημερινή βάση.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	Υποχώρηση συμπτώματος

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υπερκινητικότητα	Εξάλειψη συμπτώματος	Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες)	Χορήγηση akineton 1/2x3 μετά από ιατρική οδηγία	Υποχώρηση συμπτώματος

9.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ασθενής Α.Γ., ηλικίας 17 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ύστερα από επιθετικότητα, αδυναμία χαλάρωσης, απομόνωση, συναισθηματική κόπωση, έμμονες ιδέες . Η ασθενής ανέφερε ότι πριν 2 χρόνια νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του ίδιου νοσοκομείου λόγω υπερκόπωσης από πολλές ώρες αθλητικής δραστηριότητας. Το τότε χρονικό διάστημα ανέφερε ότι μόνο όταν γυμνάζεται νιώθει ότι ζει και είναι σημαντική.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Επιθετική συμπεριφορά	<p>Πρόληψη υποτροπής</p> <p>Διατήρηση ηρεμίας ασθενούς</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Ενημέρωση για την ανάγκη τήρησης της θεραπευτικής αποκατάστασης</p> <p>Παρακολούθηση εξασθένησης συμπτωμάτων</p>	<p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του προκειμένου να μειωθεί η ακαμψία και η ανάγκη για έλεγχο</p> <p>Εκπαίδευση ατόμου να αναγνωρίζει κάθε έκπτωση ή δυσφορία που σχετίζεται με την ανάγκη του για έλεγχο</p>	<p>Αποφυγή υποτροπής</p> <p>Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς</p>

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Απομόνωση/ συναισθηματική κόπωση	Πρόληψη υποτροπής Διατήρηση ηρεμίας ασθενούς	Ενθάρρυνση ασθενούς Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος Ο νοσηλευτής δεν εκφράζει προσωπική άποψη (συγκατάβαση ή άρνηση) Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου για τα συμπτώματα που παρουσιάζει η ασθενής	Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς Ενίσχυση του ασθενούς να αποδεχτεί και να συζητήσει τα συναισθήματα ανεπάρκειας και το φόβο απόρριψης που βιώνει Παρότρυνση του ασθενούς να υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των έμμονων ιδεών	Υποχώρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς

8.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ΄

Ασθενής Α.Χ., ηλικίας 15 ετών, εισήχθη στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ύστερα από παραλήρημα το οποίο συνέβη λόγω του ότι πήρε άσχημους βαθμούς στο σχολείο. Το παιδί φώναζε για ώρες και δεν μπορούσε να ηρεμήσει. Μετά από 3 ώρες οι γονείς διέκριναν τάσεις αυτοτραυματισμού και οδήγησαν το παιδί στο ΠΓΝΠ.

Το παιδί την προηγούμενη χρονιά είχε και πάλι αυτές τις τάσεις και παρέμεινε για 5 μέρες στην ψυχιατρική κλινική. Το μεγαλύτερο του πρόβλημα είναι ότι φοβάται την κλινική και για το λόγο αυτό αρνείται να λάβει οποιαδήποτε αγωγή ή να συζητήσει.

Η τελική διάγνωση ήταν διαταραχή συμπεριφοράς.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσκολία του ασθενούς να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον</p>	<p>Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον ασθενή και προσπάθεια συνεργασίας μαζί του προκειμένου να έχει ομαλή νοσηλεία</p>	<p>Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον ασθενή</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή και εξήγηση των λόγων για τους οποίους έχει πραγματοποιηθεί η εισαγωγή του στο νοσοκομείο</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε ξενάγηση του ασθενούς στο χώρο της κλινικής προκειμένου να αισθανθεί ασφάλεια.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε πολύωρη συζήτηση με ηρεμία και αγάπη με τον ασθενή σχετικά με την ασθένεια του και τον λόγο που έχει εισαχθεί.</p>	<p>Το παιδί παρουσίασε σημαντικά σημάδια βελτίωσης όσον αφορά την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και έγινε πιο φιλικό</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μη συνεργασία του ασθενούς στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Να πραγματοποιηθεί η καλύτερη συνεργασία με τον ασθενή προκειμένου να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή	Συζήτηση με τον ασθενή για το λόγο που θα πρέπει να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή του και το πόσο σημαντική είναι.	Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή όπου εξηγήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους το παιδί θα πρέπει να παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή του και το πόσο σημαντική είναι για την εξάλειψη των κρίσεων.	Ο ασθενής μετά από τη συζήτηση που πραγματοποίησε με το νοσηλευτή έγινε πιο συνεργατικός και έλαβε κανονικά τη φαρμακευτική αγωγή του.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Άγχος και φόβος του ασθενούς	Εξάλειψη του άγχους και του φόβου του ασθενούς	Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να μην υπάρχουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς	Ο νοσηλευτής πραγματοποίησε συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να εκφράσει τα συναισθήματα του. Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου του και ενθάρρυνση να την αντιμετωπίσει. Το παιδί καθησυχάστηκε ότι με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής θα έχει ομαλή και φυσιολογική ζωή.	Τα δυσάρεστα συναισθήματα εξαλείφθηκαν και το παιδί δε νιώθει άγχος κα φόβο

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ανησυχία των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους.	Εξάλειψη της ανησυχίας των γονέων και δημιουργία καθησυχαστικού κλίματος.	<p>Ψυχολογική υποστήριξη των γονέων</p> <p>Ενημέρωση των γονέων για τη φύση της ασθένειας</p> <p>Εκπαίδευση των γονέων για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίζουν το παιδί τους</p>	<p>Συζήτηση με τους γονείς με σκοπό την ενθάρρυνση τους να αντιμετωπίσουν με ηρεμία και με ψυχραιμία την κατάσταση.</p> <p>Οι γονείς ενημερώθηκαν για τη φύση της ασθένειας του παιδιού τους και για την πορεία του</p> <p>Οι γονείς εκπαιδεύτηκαν ώστε να αντιμετωπίζουν το παιδί τους φυσιολογικά, να μην το αγχώνουν, να του μιλάνε ήρεμα, να συζητάνε μαζί του και να το καθησυχάζουν όταν παρουσιάζει φόβο</p>	Η ανησυχία των γονέων μειώθηκε και οι γονείς μέσα από τη συζήτηση που πραγματοποιήθηκε καθησυχάστηκαν.

8.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Δ΄

Ασθενής Β.Μ ηλικίας 16 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική με τα εξής συμπτώματα:

- αντιληπτικές διαταραχές,
- αυξημένη ενεργητικότητα (υπερθυμική διάθεση, εκρηκτικός χαρακτήρας, εγρήγορση),
- κοινωνική απόσυρση και
- ανηδονία.

Ο ασθενής δήλωσε ότι κάνει χρήση ινδικής κάνναβης. Με αφορμή ένα γεγονός θανάτου στο οικείο του περιβάλλον παρουσιάζει το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο με διαταραχές όρεξης και ύπνου και κοινωνική απόσυρση πριν ένα χρόνο. Ο ασθενής έχει διαγνωσθεί με Διπολική Συναισθηματική διαταραχή.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αντιληπτικές διαταραχές	Εξάλειψη ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου	Ανίχνευση παράδοξων αντιληπτικών διαταραχών Προσδιορισμός/ κατανόηση σκέψεων ασθενούς Ενημέρωση ψυχιάτρου για τα συμπτώματα του ασθενούς	Πλήρης κατανόηση της ψυχοκινητικής κατάστασης του ασθενούς Χορήγηση Zyprexa μετά από ιατρική εντολή.	Μετριασμός ακουστικών ψευδαισθήσεων επικριτικού χαρακτήρα και επευφηματικού περιεχομένου

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυξημένη ενεργητικότητα/ Μανιακό επεισόδιο	Εξάλειψη υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης	Άμεση ενημέρωση του ψυχιάτρου Βιοχημικός έλεγχος για παθολογικά και τοξικολογικά ευρήματα (θετική τοξικολογική ούρων 340 mg βενζοδιαζεπίνες)	Χορήγηση akineton 1/2x3 μετά από ιατρική οδηγία	Υποχώρηση υπερθυμικής διάθεσης, εκρηκτικού χαρακτήρα και εγρήγορσης

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κοινωνική απόσυρση και ανηδονία	Εξάλειψη συμπτωμάτων κοινωνικής απόσυρσης Ενθάρρυνση ασθενούς	Συζήτηση με τους γονείς του ασθενούς με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του ασθενούς Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την ψυχολογική ανάταση του.	Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και τους γονείς	Βελτίωση της εικόνας του ασθενούς στον εαυτό του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έννοια της «υγείας» του ανθρώπου συνδέεται άρρηκτα τόσο με τον σωματικό όσο και με τον ψυχικό του κόσμο. Η ευχαρίστηση του ανθρώπου πηγάζει και από την σωματική αλλά και από την ψυχική του υγεία.

Το γεγονός ότι παρουσιάζονται συνεχώς μεταβολές στη σύγχρονη κοινωνία τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στους άλλους τομείς αυξάνει τα ποσοστά παρουσίας κάποιας ψυχικής ασθένειας όχι μόνο στις μεγάλες ηλικίες αλλά και στις νεότερες. Αυτό σημαίνει ότι οι ψυχικές εκδηλώσεις σε όλο το φάσμα τους θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με μεγάλη σοβαρότητα τόσο από τις αρμόδιες υπηρεσίες όσο και από την ίδια την κοινωνία.

Οι έφηβοι με κάποια ψυχική διαταραχή μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή και να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο, να είναι αισιόδοξοι και δυνατοί να αντιμετωπίσουν το στίγμα και να αυξήσουν την ποιότητα ζωής τους, παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους. Αυτός είναι και ο στόχος της νοσηλευτικής παρέμβασης. Για τα άτομα που πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, είναι πολύ σημαντικό να ζουν σε έναν αξιοπρεπή χώρο, σε μια ασφαλή γειτονιά, να καταφέρουν να εργαστούν, να εκπαιδευτούν και να έχουν τις ίδιες κοινωνικές ευκαιρίες μελλοντικά.

Πραγματοποιούνται προσπάθειες παγκοσμίως προκειμένου να αναπτυχθεί περισσότερο εργατικό δυναμικό στον τομέα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Εκτιμάται ότι το 20% των παιδιών και των εφήβων παγκοσμίως πάσχουν από μια κοινωνική, συναισθηματική, διαταραχή συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας. Σε πολλές χώρες παγκοσμίως δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες των παιδιών και των εφήβων ασθενών με κάποια ψυχική διαταραχή ενώ παράλληλα η εκπαίδευση των νοσηλευτών της συγκεκριμένης ειδικότητας δεν είναι επαρκής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) Ζηλίκης Ν., Αμπατζόγλου Γ. (2001). *Καταθλιπτικές διεργασίες και ψυχοπαθολογία στην εφηβεία, στο Η Νευρολογία προ της τρίτης χιλιετίας*, Θεσσαλονίκη, Α΄ Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, 404-415,.
- 2) Μάνος Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- 3) Μάντζιου- Μεγαπάνου, Β. (2012). *Παιδιατρική Νοσηλευτική. Βασικές Αρχές στην Φροντίδα Παιδιών*. Αθήνα: Λαγός.
- 4) Ουζούνη, Χ. (2008). *Νοσηλευτική Φροντίδα Παιδιών με Κατάθλιψη*. Νοσηλευτική 47(4):458-470.
- 5) Ραγιά Α. (2001). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα
- 6) Τσιάντης Ι. (2002). *Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*. Αθήνα :Καστανιώτη.
- 7) Χατζηγεωργίου Χ. (2004). *Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλμμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων*. Παιδιατρική Ενημέρωση, 8: 12-18

ΞΕΝΗ

- 8) American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition
- 9) Avenevoli S, Conway K, Merikangas K. (2005). *Familial risk factors for substance use disorders*. In: Hudson J, Rapee R, editors. *Current Thinking on Psychopathology and the Family*. New York: Elsevier

- 10) Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. (2014). *Early and late onset groups of substance misusers: Differences in primary and secondary psychiatric disorders.* Journal of Substance Use. 9(5):224–234.
- 11) Barnes TR (2011). *Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.* J Psychopharmacol. 25:567–62
- 12) Callear AL, Christensen H. (2010). *Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression.* J Adolesc. ;33:429–38.
- 13) Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. (2007). *Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* Arch Gen Psychiatry. 64(5):566–576.
- 14) Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SRB. (2010). *Gender effects on drug use, abuse, and dependence: A special analysis of results from the national survey on drug use and health.* Gender Medicine, 7(5):402–413
- 15) Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. (2015). *Meta-analysis: Reduced risk of anxiety with psychostimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.* J Child Adolesc Psychopharmacol 25:611–617
- 16) DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* American Psychiatric Association.
- 17) Erdal, A., Flo, E., Selbaek, G., Slettebo, D.D., Husebo, B.S. (2017). *Associations between pain and depression in nursing home patients at different stages of dementia.* Journal of Affective Disorders 15,1255

- 18) Feinberg A., Davidson M., Tsitsika A. (2008). *Taking a history in Infants, Children and Adolescents*, In: *Pediatric Diagnostic Examination*, Eds: Graydanus D, Feinberg A, Patel D, Homnick D. McGraw-Hill Medical Publishers, 1-23.
- 19) Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. (2008). *The developmental antecedents of illicit drug use: evidence from a 25-year longitudinal study*. *Drug Alcohol Depend.* 96(1–2):165–177.
- 20) Fiks A, Mayne SL, Song L, Steffes J, Liu W, McCarn B, Margolis B, Grimes A, Gotlieb E, Localio R, Ross ME, Grundmeier RW, Wasserman R, Leslie LK. (2015). *Changing patterns of alpha agonist medication use in children and adolescents 2009–2011*. *J Child and Adol Psychopharm* 25:362–367
- 21) Garner D.M., Olmsted M.P., Davis R., Rockert W., Goldbloom D., Eagle M. (1990). *The association between bulimic symptoms and reported psychopathology*. *International Journal of Eating Disorders*
- 22) Garrabe J., (2011). *Η σχιζοφρένεια. Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής. Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, Αθήνα*
- 23) Goodman, R., Scott S. (2012). *Eating Disorders In R. Goodman, S. Scott (Eds.), Child Psychiatry (pp. 199-203)*. Oxford, Wiley-Blackwell.
- 24) Gotlib IH, Hamilton JP, Cooney RE, Singh MK, Henry ML, Joormann J. (2010). *Neural processing of reward and loss in girls at risk for major depression*. *Arch Gen Psychiatry.* ;67:380–87.
- 25) Graydanus D., Tsitsika A. (2009). *Childhood and Adolescent Sexuality*. In: *Behavioral Pediatrics, 3d Edition*, Eds: Graydanus, Pratt, Patel, Calles. Nova Publishers, 265-296.
- 26) Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, Timmesfeld N, Dempfle A. (2014). *Treatment of adolescents with anorexia nervosa--authors' reply*. *Lancet* 384: 230– 31.

- 27) Hum A.M. , Robinson L.A., Jackson A. A. , Ali K.S.(2011). *Physician Communication Regarding Smoking and Adolescent Tobacco Use*. *Pediatrics*. Jun; 127(6): e1368–e1374.
- 28) Jonsson U, Bohman H, Hjern A, von Knorring L, Paaren A, Olsson G et al. (2010). *Intimate relationships and childbearing after adolescent depression: a population-based 15 year follow-up study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*
- 29) Kaplan H., Sadock B., Grebb J. (2000). *Ψυχιατρική – Έβδομη έκδοση*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας,
- 30) Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. (2011). *The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation*. *Arch Gen Psychiatry*. 68:444–54
- 31) Kaur Nagra, M., Pillinger, T., Prata-Ribeiro, H., Khazaal, Y., Molodynski, A. (2016). *Community Treatment Orders—A pause for thought*. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, pp. 1-4
- 32) Keski-Rahkonen, A. et al. (2007). *Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community*. *American Journal of Psychiatry*, pp.164:1259–1265.
- 33) Lawson, N.D. (2016). *Public perception of the lifetime morbid risk of mental disorders in the United States and associations with public stigma*. *Springer Plus*, 5 (1), 1342
- 34) Marcell, AV.(2007). Adolescence. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, chap 12.
- 35) Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). *National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults*. *Pediatrics*, 138(6).

- 36) Newcorn JH, Stein MA, Childress AC, Youcha S, White C, Enright G, Rubin J. (2013). *Randomized, double-blind trial of guanfacine extended release in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Morning or evening administration*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 52:921–930
- 37) Rutherford BR, Wall MM, Brown PJ, Choo TH, Wager TD, Peterson BS, Chung S, Kirsch I, Roose SP. (2016). *Patient expectancy as a mediator of placebo effects in antidepressant clinical trials*. Am J Psychiatry
- 38) Swift W, Coffey C, Degenhardt L, Carlin JB, Romaniuk H, Patton GC. (2011). *Cannabis and progression to other substance use in young adults: findings from a 13-year prospective population-based study*. J Epidemiol Community Health.
- 39) Tsuno, K., Kawakami, N. (2016). *The impact of work-related physical assaults on mental health among Japanese employees with different socioeconomic status: The Japan Work Stress and Health Cohort Study (JSTRESS)*. SSM - Population Health, 2, pp. 572-579
- 40) Watson, D. (2015). *Becoming an Approved Mental Health Professional: an analysis of the factors that influence individuals to become Approved Mental Health Professionals* Journal of Mental Health, pp. 1-5
- 41) West R, Miller P. (2011). *What is the purpose of diagnosing addiction or dependence and what does this mean for establishing diagnostic criteria?* Addiction. 106(5):863–865
- 42) Wozniak J. (2005). *Recognizing and managing bipolar disorder in children*. J Clin Psychiatry
- 43) Young, S., Pfaff, D. (2013). *Lewandowski KE, Ravichandran C, Cohen BM, Ongur D. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder*. Psychopathology. 46:176–185.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Καραγιώργου Δ. (2010). Έξαρση διατροφικών διαταραχών. Available at: <http://www.hcfed.gr/?p=1859> (Τελευταία Προσπέλαση Σεπτέμβριος 20, 2018)