

Συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία

Εισαγωγή - Επιδημιολογικά στοιχεία

Η κατάθλιψη στην εφηβεία δεν είναι σπάνια, συχνά όμως περνά απαρατήρητη. Η μεγάλη πλειονότητα των μαθητών (γύρω στο 70%) νιώθουν σπάνια ή μόνο λίγες φορές λυπημένοι ή μελαγχολικοί. Τα αγόρια γενικά δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους απ'ότι τα κορίτσια. Το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να φτάσει έως και το 20%, ενώ η διάγνωση με όλα τα κριτήρια κατά DSM IV, υπολογίζεται στο 4-5%. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα «χρόνιας» κόπωσης, ψυχοσωματικά ενοχλήματα, τάση για απομόνωση, αδικαιολόγητη επιθετικότητα, επίμονη αϋπνία, μείωση στη σχολική επίδοση και διαταραχή στην όρεξη. Επιπλέον, η κατάθλιψη μπορεί να εκφραστεί με αυτοκτονικό ιδεασμό. Όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποστηρικτικές σχέσεις, ο έφηβος μπορεί να οδηγηθεί σε αυτοκτονία.

Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία, οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι θάνατοι από αυτές παρουσιάζονται με υψηλή συχνότητα κατά την εφηβική ηλικία στην Ευρώπη. Πρέπει πάντως να τονιστεί, ότι οι στατιστικές δεν αποκαλύπτουν το μέγεθος του προβλήματος, γιατί θρησκευτικές και κοινωνικές προκαταλήψεις αναγκάζουν πολλούς γονείς να κρατούν μυστική ακόμη και από το γιατρό, την απόπειρα αυτοκτονίας του παιδιού τους.

Η σοβαρότητα του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία αποδεικνύεται επιδημιολογικά καθώς η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στους εφήβους ενώ τα ποσοστά της έχουν αυξηθεί κατά 300% τα τελευταία 40 χρόνια. Οι θάνατοι από αυτοκτονία είναι 6 φορές συχνότεροι στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, μολονότι στα τελευταία υπερτερούν οι απόπειρες. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι 50-100 φορές συχνότερη σε σχέση με την αυτοκτονία. Στην Ελλάδα, το 12,5% των μαθητών (6,6% των αγοριών και 17,6% των κοριτσιών) αναφέρουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ οι αντίστοιχοι θάνατοι ανέρχονται στο 3.8/100000 στα αγόρια και το 0.8/100000 στα κορίτσια (ΠΟΥ). Τα στοιχεία της Ελλάδας την καθιστούν στη χαμηλότερη θέση στην Ευρώπη όσον αφορά τους θανάτους από αυτοκτονία, ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, τα παραπάνω στοιχεία ενδέχεται να είναι υψηλότερα καθώς πολλές απόπειρες και αυτοκτονίες καταγράφονται ως ατυχήματα (συνήθως τροχαία).

Το Ελληνικό Κέντρο Δηλητηριάσεων το 2006 σε μια περίοδο 6 μηνών, έλαβε 513 κλήσεις για απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους 10-18 ετών. Κατά την τετραετία 1977-1980 είχαν ληφθεί 700 κλήσεις. Τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί κατά 300% τα τελευταία 40 χρόνια. Συνήθη μέσα αυτοκτονίας αποτελούν τα όπλα, ο πνιγμός - απαγχονισμός, η δηλητηρίαση και διάφορα άλλα, όπως τροχαία ατυχήματα, εγκαύματα κλπ. Οι περισσότερες απόπειρες έχουν γίνει με υπερβολική δόση φαρμάκων (κυρίως δισκίων) που δεν χρειάζονται συνταγογράφηση, ενώ σε 18.9% των περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκαν ηρεμιστικά.

Αυτοκτονική συμπεριφορά στο διαδίκτυο

Η κυβερνοαυτοκτονία έχει τραβήξει την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας καθώς αυξάνονται συνεχώς τα καταγεγραμμένα περιστατικά αυτοκτονιών μέσω του διαδικτύου.

Έχει προταθεί ότι η χρήση του διαδικτύου και συγκεκριμένα ότι οι ιστοχώροι σχετικά με την αυτοκτονία (π.χ. suicide websites) μπορεί να προωθούν την αυτοκτονία και έτσι να συντελούν στην αύξηση των ποσοστών της κυβερνοαυτοκτονίας.

Όσον αφορά τη σχέση της εφηβικής αυτοκτονίας με τα ηλεκτρονικά μέσα, έχει βρεθεί σε πρόσφατη έρευνα ότι έφηβοι με αυτοκτονικές τάσεις τείνουν να αναζητούν και να αποκτούν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την αυτοκτονία και του αυτοτραυματισμού μέσω διαδικτύου. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε επίσης ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός στην εφηβική ηλικία συνδέεται σημαντικά με εμπειρίες άγχους ή συναισθηματικού πόνου σχετιζόμενα με το διαδίκτυο (συμπεριλαμβανομένου του εκφοβισμού μέσω διαδικτύου - cyberbullying) και με την έλλειψη εμπιστοσύνης από την πλευρά των εφήβων στους ανθρώπους γύρω τους. Φαίνεται ότι οι έφηβοι που είναι καχύποπτοι με τους γύρω τους είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν την ανωνυμία που προσφέρει το διαδίκτυο όταν νιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν σε άλλους για τα συναισθήματά τους, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Αυτοτραυματισμός - "cutting"

Το «cutting» είναι ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μερών του σώματος με αιχμηρά αντικείμενα. Συνήθως επιλέγεται η εσωτερική πλευρά των καρπών ή άλλα μέρη του σώματος, τα οποία δεν είναι εύκολα σε κοινή θέα. Το «cutting» για τον έφηβο αποσκοπεί στην αποφόρτιση αρνητικών συναισθημάτων από καταστάσεις τις οποίες βιώνουν, όπως πίεση, άγχος, απώρριψη ή στην αποφόρτιση μιας εμμονής ή τον αντιπερισπασμό του συναισθηματικού πόνου προκαλώντας σωματικό πόνο. Μοιάζει δηλαδή, ευκολότερο για τα άτομα αυτά να ανακουφίσουν τον εσωτερικό πόνο προκαλώντας έναν εντονότερο εξωτερικό-σωματικό πόνο.

Πρόσφατη έρευνα στη Βρετανία σε 6000 μαθητές (15-16 ετών) επισημαίνει ότι περισσότεροι από 1 στους 10 εφήβους παρουσιάζουν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού με πρόθεση. 10.3% των εφήβων έχουν επιχειρήσει να αυτοτραυματιστούν και στους εφήβους αυτούς το «cutting» υπερिσχύει σε ποσοστό 64%. Τα κορίτσια φαίνεται στις έρευνες ότι έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες για «cutting» σε σύγκριση με τα αγόρια.

Οι συμπεριφορές αυτές αξίζουν την ιδιαίτερη προσοχή μας, καθώς δεν είναι απλά μια προσπάθεια των εφήβων να τραβήξουν την προσοχή ή να τρομάξουν κάποιον. Συχνά, συνυπάρχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αγχώδης διαταραχή ή κατάθλιψη. Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν το "cutting" με αυτοκτονικότητα και απόπειρες.

Η ψυχοθεραπεία βοηθάει στην περίπτωση του «cutting» τον έφηβο να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τα συναισθήματά του θετικά και αρνητικά, ώστε να είναι σε θέση να τα διαχειριστεί καλύτερα. Ο έφηβος αισθάνεται ότι δεν είναι μόνος, κάποιος μπορεί να τον καταλάβει και να τον/την υποστηρίξει.

Η έκφραση των συναισθημάτων την κρίσιμη στιγμή με τη ζωγραφική, το γράψιμο κειμένων, ποιημάτων ή ημερολογίου, η έντονη άσκηση/ τρέξιμο, ο χορός, η φροντίδα ενός κατοικίδιου βοηθούν πολύ στην αποφόρτιση τους. Επίσης, άλλες τεχνικές είναι το τρίψιμο μιας γόμας στο σημείο του σώματος που επιχειρείται να τραυματιστεί ή ο στιγματισμός του με ένα κόκκινο στυλό.

Αναπτυξιακό υπόβαθρο – παράγοντες που διαμορφώνουν την εφηβική συμπεριφορά

Από αρχαιοτάτων ετών, η εφηβεία υπήρξε μια ηλικία πειραματισμού και σχετικής έλλειψης αντικειμενικού φίλτρου και κριτικής ικανότητας. Αναπτυξιακά ο έφηβος είναι προσκολλημένος στον παρόντα χρόνο και δεν έχει ακόμη κατακτήσει την υποθετική – αφηρημένη σκέψη. Σαν αποτέλεσμα, οι έφηβοι δεν αντιλαμβάνονται εύκολα τις συνέπειες των πράξεών τους στο μέλλον και ενδέχεται να θεωρήσουν πως τραυματικές εμπειρίες που αφορούν το παρόν θα διαρκέσουν για πάντα. Επιπλέον, εξιδανικεύουν πρόσωπα (σύντροφο, φίλους κ.λπ.), ενώ αμφισβητούν έντονα κάθε μορφής εξουσία και πάνω απ'όλα την γονεϊκή. Στην ηλικία αυτή, οι γονείς “πέφτουν από το βάθρο” τους, αφού έως τώρα θεωρούνταν άμεμπτοι και κύριοι πρωταγωνιστές στη ζωή του παιδιού που μπαίνει πλέον στην εφηβεία. Κατά τη διαδρομή της εφηβείας, έρχεται η συνειδητοποίηση ότι οι γονείς έχουν τρωτά σημεία και είναι άνθρωποι σαν όλους τους άλλους. Το γεγονός αυτό, μαζί με την πραγματικότητα ότι τα πράγματα και οι ρόλοι αλλάζουν, και ο έφηβος καλείται να αναλάβει σταδιακά τις ευθύνες των αποφάσεων, της υγείας και της ζωής του δημιουργούν ένα υποσυνείδητο πένθος το οποίο πολλοί έφηβοι το εξωτερικεύουν με διάφορους τρόπους (καταθλιπτικό συναίσθημα, άγχος, επιθετικότητα κ.λπ.). Παράλληλα, πολύ μεγάλη δύναμη και επιρροή αποκτούν στη ζωή του εφήβου οι συνομήλικοι ασκώντας τη δική τους πίεση (peer pressure). Βασικό κίνητρο για τη συμπεριφορά των εφήβων είναι η αποδοχή από τους φίλους και η δημοτικότητα στις ομάδες που σχηματίζονται. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1

ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΠΡΩΙΜΗ (10-13 έτη)

Γνωσιακά

Συγκεκριμένη σκέψη

Αδυναμία υποθετικής σκέψης

Προσήλωση στον παρόντα χρόνο

Αδυναμία συνειδητοποίησης τυχόν επιπτώσεων στο μέλλον

Ψυχολογικά

Εγωκεντρική περίοδος

προβληματισμός για τις σωματικές αλλαγές

Κοινωνικά

Σχέσεις με συνομηλίκους του ιδίου φίλου

πλατωνικό ερωτικό ενδιαφέρον

γονεϊκή επήρεια

Έναρξη συμπεριφορών πειραματισμού

ΜΕΣΗ (14-17 έτη)

Γνωσιακά

Σταδιακά αρχίζει να σκέφτεται με υποθέσεις και να συνειδητοποιεί συνέπειες πράξεων
Σταδιακά αναπτύσσεται η «αφηρημένη» σκέψη

Ψυχολογικά

Εξερευνά όρια, αναζήτηση ταυτότητας - επιδίωξη αυτονομίας
Πολύ σημαντικοί οι συνομήλικοι
Αντίδραση στη γονεϊκή εξουσία

Κοινωνικά

Ερωτικό ενδιαφέρον και ενδεχομένως έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας
πίεση από τους συνομηλικούς (peer pressure)
συμπεριφορές υψηλού κινδύνου
ΟΨΙΜΗ (> 17 έτη)

Γνωσιακά

Ικανότητα «αφηρημένης» σκέψης
Ικανότητα συνειδητοποίησης των επιπτώσεων στο μέλλον

Ψυχολογικά

Αυτονομία
Συμφιλίωση με τους γονείς

Κοινωνικά

Ωριμες ρομαντικές και κοινωνικές σχέσεις
Περιορισμός συμπεριφορών υψηλού κινδύνου
Τα παραπάνω έχουν και τη νευροβιολογική τους βάση, αφού πρόσφατες μελέτες για τη λειτουργία του εφηβικού εγκεφάλου ανέδειξαν ότι δύο συστήματα συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στον εφηβικό εγκέφαλο:

α. Το σύστημα κριτικής λογικής σκέψης-προμετωπιαίος φλοιός-που ωριμάζει αργά έως την πρώτη ενήλικη ζωή

β. Το σύστημα κοινωνικής-συναίσθηματικής δράσης (αμυγδαλές) που έχει αναπτυχθεί στην εφηβεία και βρίσκεται σε πλήρη δράση (peak).

Υπάρχει σαφώς μία έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του προμετωπιαίου φλοιού (που ακόμη αναπτύσσεται) και του συστήματος των αμυγδαλών που λειτουργούν πλήρως στην εφηβεία. Έτσι, θα λέγαμε ότι υπερτερεί και πρωταγωνιστεί το συναίσθημα και η συγκίνηση, εις βάρος της κριτικής σκέψης και των λογικών αποφάσεων, παρά το ότι οι έφηβοι είναι γνώστες του κινδύνου.

Το περιβάλλον αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, γιατί δεν έχουν

ακόμη αναπτύξει όλες τις γνωστικές λειτουργίες που χρειάζονται για την αξιολόγηση πληροφοριών και μοντέλων ζωής.

Υπάρχουν πολλές αναφορές, στον Πλάτωνα, στον Ησίοδο, τον Ηρόδοτο, τον Σαίξπηρ για τις δυσκολίες της εφηβείας και την αναστάτωση που προκαλεί στον έφηβο και το περιβάλλον του- συγκεκριμένα ο Σαίξπηρ παρακαλά να κοιμούνται τα παιδιά κατά τη διάρκεια της εφηβείας για να ξυπνήσουν ενήλικες, προκειμένου να αποφευχθούν όλες οι δυσκολίες και η αναστάτωση της εφηβικής ηλικίας. Αναμφισβήτητα λοιπόν, η εφηβεία αποτελεί μια ηλικία «δύσκολη» για το περιβάλλον σε όλες τις εποχές.

Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες στις σύγχρονες κοινωνίες που δυσκολεύουν ιδιαίτερα τους σημερινούς εφήβους. Η κρίση της οικογένειας και το φαινόμενο του διαζυγίου, η έντονη πίεση από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το διαδίκτυο, η προβολή συγκεκριμένων προτύπων, η μετανάστευση, οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες, το φάσμα της ανεργίας και η υπεραπασχόληση των γονέων με αποτέλεσμα την απουσία τους από το σπίτι, σίγουρα δημιουργούν συνθήκες που περιπλέκουν την πολύπλοκη πραγματικότητα της εφηβείας. Επιπλέον, το χάσμα γενεών φαίνεται πως επιτείνεται, αφού οι νέοι υιοθετούν εύκολα τις νέες τεχνολογίες, ενώ οι γονείς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν. Υπάρχει ακόμη μια διαφοροποίηση της κοινωνικής συνεκτικότητας, δηλαδή μικρές οικογένειες χωρίς βοήθεια από επικουρικά μέλη (π.χ. γιαγιάδες, θείοι κ.λπ.) σε μεγάλες και απρόσωπες κοινωνίες, με αποτέλεσμα την έλλειψη επικοινωνίας και ενδιαφέροντος εν γένει. Έλλειψη φυσικών χώρων, χώρων άσκησης και ψυχαγωγίας στις μεγάλες πόλεις και έλλειψη ενδιαφερόντων, τρόπων ψυχαγωγίας και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων για τα παιδιά στην επαρχία οδηγούν συχνά σε αδιέξοδο και υπερβολές στις επιλογές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι δείκτες της ποιότητας ζωής των εφήβων σήμερα στην Ευρώπη δεν είναι ικανοποιητικοί, και η κατάθλιψη θα αποτελέσει σημαντική αιτία νοσηρότητας στα χρόνια που έρχονται.

Τα παραπάνω περιγράφουν και συνθέτουν το σκηνικό μέσα στο οποίο οι έφηβοι λόγω της αναπτυξιακής τους ιδιαιτερότητας μπορεί να φτάσουν, σχετικά εύκολα, σε ακραίες συμπεριφορές και αυτοκαταστροφή εάν δεν υπάρξουν κατάλληλα συστήματα στήριξης. Επιπλέον αίτια, αποτελούν βέβαια η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η γενετική επιβάρυνση και προδιάθεση για διαταραχή της ψυχικής υγείας καθώς και τραυματικά γεγονότα - καταστάσεις.

Εκτίμηση επικινδυνότητας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Η εκτίμηση περιλαμβάνει ενδελεχή εξέταση του εφήβου και της οικογένειάς του για να διερευνηθεί η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού ή σχεδιασμού, η πρόθεση, η διαθεσιμότητα αυτοκτονικών μέσων και η παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως αυτοί εκτέθηκαν στο πολυαξονικό σύστημα αξιολόγησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σημαντική κατά την εκτίμηση της απόπειρας αυτοκτονίας είναι η αξιολόγηση της επιλεγμένης μεθόδου, του βαθμού επικινδυνότητάς της, του σχεδιασμού, που προηγήθηκε και της πιθανότητας ανεύρεσης του θύματος. Επίσης, θα πρέπει να αξιολογείται η συναισθηματική και γνωστική κατάσταση του εφήβου καθώς και η ψυχική κατάσταση των γονέων του. Τα παραπάνω συνοψίζονται ως εξής:

Πίνακας 2

Παράμετρος

Υψηλός κίνδυνος

Χαμηλός κίνδυνος

Προβλεψιμότητα

Χαμηλή

Υψηλή

Περιστάσεις αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Μόνος

Προηγείται σχέδιο

Θανατηφόρες μέθοδοι

Κοντά σε κάποιον

Λιγότερο προσεκτικός σχεδιασμός

Λιγότερο επικίνδυνες μέθοδοι

Πρόθεση να πεθάνει

Υψηλή

Χαμηλή

Ψυχοπαθολογία

Παρούσα και σοβαρή

Απούσα ή ήπια

Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων

Κακή κρίση

Κακός έλεγχος παρορμήσεων

Έντονη απελπισία

Έντονη αίσθηση απουσίας στήριξης

Καλή κρίση

Επαρκής έλεγχος παρορμήσεων

Επικοινωνία

Κακή ή αμφίθυμη

Καλή, σαφής

Οικογενειακή στήριξη

Ανεπαρκής

Σταθερή

Ο υψηλός κίνδυνος επανάληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και/ή η απουσία επαρκούς οικογενειακής στήριξης αποτελούν ενδείξεις επείγουσας ψυχιατρικής νοσηλείας του εφήβου. Η αξιολόγηση του κινδύνου χρειάζεται να επαναλαμβάνεται μέχρι να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας.

Πρόληψη

Θεωρείται ότι τα 3/4 των θανάτων από αυτοκτονία στη συγκεκριμένη ηλικία, μπορούν να προληφθούν. Οι προσπάθειες πρόληψης της αυτοκτονίας στην εφηβεία επικεντρώνονται στην ταυτοποίηση των ατόμων υψηλού κινδύνου και την επανειλημμένη παρακολούθησή τους για σημεία αυτοκτονικού κινδύνου. Είναι σημαντική η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, των επαγγελματιών υγείας και όλων όσων έρχονται σε συχνή επαφή με τους εφήβους εκτός του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (π.χ., προπονητές), ώστε να μπορούν να ταυτοποιήσουν τα άτομα υψηλού κινδύνου και να μπορούν να τα καθοδηγήσουν κατάλληλα ώστε να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια.

Κεντρικός είναι ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και του τρόπου προβολής πραγματικών ή εικονικών αυτοκτονιών ατόμων, που αποτελούν είδωλα για τους εφήβους, καθώς έχει αποδειχθεί θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προβολή τέτοιων θεμάτων και των αποπειρών αυτοκτονίας έως και 2 εβδομάδες μετά την παρουσίασή τους.

Είναι απαραίτητη η φύλαξη σε ασφαλές μέρος αντικειμένων, που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέσο αυτοκτονίας στο οικιακό περιβάλλον (π.χ., χάπια, φυτοφάρμακα, κυνηγετικά όπλα).

Αντιμετώπιση

Σε περίπτωση σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας ενδείκνυται η νοσηλεία του θύματος για την αντιμετώπιση της υποκείμενης ψυχιατρικής διαταραχής, την παροχή ενός δομημένου και ασφαλούς περιβάλλοντος, που θα ελαχιστοποιήσει τον άμεσο κίνδυνο επανάληψής της, την εκπαίδευση της οικογένειας για την κατανόηση και επίλυση των προβλημάτων, που

οδήγησαν τον έφηβο στην απόπειρα και την κατάλληλη επιλογή του δικτύου στήριξής του (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, σχολική κοινότητα κ.λπ.) στη συνέχεια. Η νοσηλεία δίνει τον απαραίτητο χρόνο για την αντιμετώπιση της οικογενειακής ψυχοπαθολογίας, όταν αυτή κυριαρχεί ως αιτιολογικός παράγοντας της απόπειρας αυτοκτονίας.

Σε περίπτωση, που δεν κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία, είναι σημαντικός ο σχεδιασμός του κατάλληλου δικτύου στήριξης της ψυχικής υγείας του εφήβου και της οικογένειάς του, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα επανάληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Ο ρόλος του παιδίατρου

Ο παιδίατρος αναμφισβήτητα αποτελεί τον ειδικό υγείας που θεωρητικά είναι ο πλέον κατάλληλος για να φροντίσει τους εφήβους. Πρόκειται για τον ιατρό που είναι κοντά στην οικογένεια και τον έφηβο από την παιδική του ηλικία (ρόλος οικογενειακού ιατρού στη χώρα μας), τον ιατρό που γνωρίζει την ανάπτυξη σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό - οι έφηβοι αναπτύσσονται σωματικά, γνωστικά και ψυχοκοινωνικά έως τουλάχιστον τα 18 έτη.

Επιπλέον, ο παιδίατρος είναι ο ιατρός της πρόληψης και η εφηβεία είναι η ηλικία - κλειδί και η τελευταία μας ευκαιρία για να καθορίσουμε την ποιότητα ζωής των ενηλίκων του μέλλοντος. Η ευαισθησία του παιδίατρου σε θέματα ψυχοκοινωνικά αποτελεί έναν ακόμη λόγο για να αναλάβει τη φροντίδα υγείας των εφήβων. Άλλωστε επίσημα, έχει δοθεί η κατεύθυνση της φροντίδας των εφήβων -προαιρετικά- από τους παιδίατρους έως και την ηλικία των 16 ετών (12η απόφαση της 226ης Ολομ. του ΚΕΣΥ/ Οκτώβριος 2010).

Ο ρόλος του είναι εξαιρετικά σημαντικός για την πρόληψη, την ανίχνευση και την πρώιμη παρέμβαση σε περίπτωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ώστε να υπάρξουν τα βέλτιστα αποτελέσματα για τον έφηβο και την οικογένειά του. Τα παραπάνω στηρίζονται στην ολιστική προσέγγιση του κάθε εφήβου και την ανίχνευση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς - όποια κι αν είναι η αρχική αιτία προσέλευσης. Συχνά, ο λόγος της επίσκεψης του εφήβου μπορεί να αποτελεί την κορυφή του παγόβουνου υποκείμενων δυσκολιών και για το λόγο αυτό σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να γίνονται διερευνητικές ερωτήσεις για την ψυχική υγεία και την περίπτωση καταθλιπτικού συναισθήματος - αυτοκτονικότητας. Ακολουθώντας το ακρωνύμιο HEEADSSS (Πίνακας 3) που καθοδηγεί τη λήψη ψυχοκοινωνικού ιστορικού και αποτελεί το "σκελετό" της προσέγγισης κάθε εφήβου, προτείνονται απλές ερωτήσεις για να ληφθούν οι σχετικές πληροφορίες:

1. "Έχεις άγχος;"
2. "Σε κλίμακα από το 1 έως το 10, τι βαθμό θα έβαζες στο άγχος σου;"
3. "Αισθάνεσαι ποτέ μελαγχολικός;"
4. "Ποιες αιτίες μπορούν να σε στεναχωρήσουν;"
5. "Έχεις σκεφτεί ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου;"

6. “Έχεις ποτέ επιχειρήσει να κάνεις κακό στον εαυτό σου;”

Οι παραπάνω, είναι μερικές από τις ερωτήσεις που μπορούν να γίνουν, ενώ δεν πρέπει να παραλείπονται και ερωτήσεις σχετικά με την περίπτωση κακοποίησης.

Πίνακας 3

Ακρωνύμιο HEADSSS

Home - οικογένεια

Education - εκπαίδευση

Eating - διατροφή

Activities - δραστηριότητες

Drugs – ουσίες

Safety - Ασφάλεια

Sexuality - Σεξουαλικότητα

Suicide - Κατάθλιψη – αυτοκτονικός ιδεασμός

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε όλοι ότι εάν δεν υπάρξει λεπτομέρεια στις ερωτήσεις ή εάν δεν γίνουν οι ερωτήσεις, μέσα βέβαια από το κατάλληλο κλίμα που καλλιεργείται με τις τεχνικές προσέγγισης του εφήβου, ο έφηβος δεν θα εμπιστευθεί από μόνος του μια τέτοια πρόθεση. Παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι κάνοντας την ερώτηση, υπάρχει η πιθανότητα “κατεύθυνσης” μιας ήδη ευάλωτης προσωπικότητας στην υλοποίηση της αυτοκαταστροφικής πράξης. Σήμερα όμως, έχει πλέον ξεκαθαριστεί πως κάτι τέτοιο δεν ισχύει, ενώ αντίθετα, η σωστή ερώτηση οδηγεί στην πρώιμη ανίχνευση και παρέμβαση με πολύ περισσότερες πιθανότητες επιτυχούς έκβασης και αποφυγής δυσάρεστων συμβάντων. Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνάμε ότι, όπως προαναφέρθηκε, το καταθλιπτικό συναίσθημα, η υπερβολή και η θεατρικότητα είναι συνυφασμένα με τη φύση του εφήβου και την αναπτυξιακή του πορεία στο ασταθές περιβάλλον της περιόδου αυτής, και συνεπώς είναι πολύ βασικό να εκπαιδευτεί ο παιδίατρος στην αξιολόγηση της επικινδυνότητας (Πίνακας 2), ώστε να ελέγξει τις παραπομπές του και να συλλάβει την έννοια του επείγοντος. Η διεπιστημονική συνεργασία με παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό κ.λπ. ή η παραπομπή σε ειδικές δομές, έχουν ένδειξη όταν εντοπιστούν οι παράγοντες υψηλού κινδύνου που αναφέρονται στον πίνακα 2, προκειμένου να υπάρξει η κατάλληλη αντιμετώπιση. Η παραπομπή είναι επίσης αναγκαία σε σοβαρή κατάθλιψη για τους ίδιους λόγους.

Η βελτίωση της ψυχικής υγείας των νέων αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη και πρόοδο μιας κοινωνίας. Σημαντικό είναι να παρεμβαίνουμε εγκαίρως πριν οργανωθεί μια συμπεριφορά και φτάσουμε σε αποτελέσματα μη αναστρέψιμα. Για τους λόγους αυτούς, οι

παιδιάτροι μπορούν, μέσω της θέσης τους στην αλυσίδα της φροντίδας των νέων, να εξασφαλίσουν με κάθε τρόπο την υγιή και ομαλή ενηλικίωσή τους.

Πηγή: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/sumptomata-katathlipsis-kai-autoktonikotita-stin-efibeia/#.XsnDF2gzbIX>