

Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη

Χριστίνα Ουζούνη

Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας, Λαμία

Κωνσταντίνος Νακάκης

Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας, Λαμία

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Τα τελευταία 20 χρόνια διαπιστώνεται όλο και περισσότερο ότι η κατάθλιψη στα παιδιά είναι μια διαταραχή με χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία εάν δεν διαγνωσθεί και θεραπευτεί έγκαιρα. Ωστόσο, εξαιτίας του γεγονότος ότι τα παιδιά είναι σε εξελικτική πορεία ανάπτυξης, τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν είναι ευδιάκριτα όπως στους εφήβους και στους ενήλικες, με αποτέλεσμα να παραμένει σε πολλές περιπτώσεις αδιάγνωστη. Η κατάθλιψη επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, τη σχολική τους επίδοση και τελικά στην ψυχική τους υγεία ως ενήλικες. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εστιάζεται στη νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών με κατάθλιψη που εισάγονται σε παιδοψυχιατρική κλινική. Πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Iatrotek, Medline, CINAHL και Psych Info, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά σχετικές με την παρούσα ανασκόπηση. Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή ιδιαίτερα όταν εμφανίζεται σε παιδιά και η οποία χρειάζεται έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Η εισαγωγή των παιδιών με κατάθλιψη σε παιδοψυχιατρική κλινική είναι συχνά αναγκαία, είτε γιατί κρίνεται ότι θα είναι θεραπευτική για την ψυχική τους κατάσταση, είτε γιατί ενδεχομένως η αυτοκαταστροφική τους συμπεριφορά είναι επικίνδυνη για τα ίδια. Τα νοσηλεύόμενα καταθλιπτικά παιδιά βιώνουν stress και διανύουν περίοδο κρίσης στη ζωή τους, γι' αυτό και χρειάζεται να κατανοήσουν και να επεξεργαστούν με γνωσιακό τρόπο τις ενδεχομέ-

Nursing care of depressed children

Christina Ouzouni

Lecturer in Nursing, TEI of Lamia, Lamia, Greece

Konstantinos Nakakis

Lecturer in Nursing, TEI of Lamia, Lamia, Greece

Nursing Department, TEI of Lamia

ABSTRACT During the past 20 years, depression in children has been increasingly recognized as a disorder with chronic or recurrent course if not identified and treated early enough. However, due to the fact that children are in a developmental stage, the symptoms of depression are not as obvious as in adolescents or adults. Therefore, depression in children can be in many cases undiagnosed. Depression affects children's psychosocial development, academic performance, and ultimately, mental health as adults. This review focuses on the nursing care of hospitalized depressed children in a psychiatric ward. An extensive literature search was performed on Iatrotek, Medline, CINAHL and Psych Info, using relevant with this review key words. Depression is a serious mental health disorder, particularly in children, that requires early identification and intervention. Psychiatric hospitalization for depressed children is often necessary either when considered therapeutic for their mental state or is determined that their self-destructive behavior is acutely dangerous to themselves. Hospitalized depressed children, experiencing stress or crisis in their lives, often require time to understand and work cognitively through these potentially traumatizing experiences. The key nurse-child therapeutic relationship and a holistic nursing care plan provide children with the opportunity and the means to express depressed thoughts and feelings, facilitating optimal psychological and emotional growth. In addition, provides the opportunity for children to

νως τραυματικές τους εμπειρίες. Η θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή αναφοράς και παιδιού, καθώς επίσης το ολιστικό πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας, παρέχει στα παιδιά την ευκαιρία αλλά και τους τρόπους να μάθουν να εκφράζουν τις καταθλιπτικές σκέψεις και τα συναισθήματά τους, διευκολύνοντας με βέλτιστο τρόπο την ψυχολογική και τη συναισθηματική τους ανάπτυξη. Επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους και να αποκτήσουν νέες δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα καταθλιπτικά τους συναισθήματα.

Λέξεις-κλειδιά:

- Κατάθλιψη • Παιδί • Ψυχιατρική νοσοκομειακή περιθαλψη
- Νοσηλευτική φροντίδα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Χριστίνα Ουζούνη

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας, 3ο χλμ. ΠΕΟ Λαμίας-Αθηνών, 351 00 Λαμία

Τηλ. 6932 25 81 74

E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία 20 χρόνια έχει εδραιωθεί από ερευνητές η ύπαρξη και η φαινομενολογία της κατάθλιψης τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους και συνεχίζονται οι προσπάθειες για την καλύτερη θεραπευτική της αντιμετώπιση.¹

Η πρώιμη εκδήλωση ψυχικής συναισθηματικής διαταραχής όπως είναι η κατάθλιψη, αυξάνει τις πιθανότητες για τη συνέχεια της ίδιας ή την εμφάνιση άλλης διαταραχής στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.^{2,3} Σε έρευνες που αναφέρονται στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παιδιών και εφήβων διαπιστώνονται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή.³⁻⁵ Επίσης κάποιες μελέτες αναφέρουν την αυξημένη πιθανότητα ψυχικής νόσησης, ψυχιατρικής νοσηλείας, αυτοκτονίας και περιορισμένης κοινωνικής προσαρμογής ενηλίκων που παρουσίασαν ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία.^{2,6} Ακόμη έχει επισημανθεί ότι η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σε πρώιμα εξελικτικά στάδια επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική υγείας στην ενήλικη ζωή.^{2,3}

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στα παιδιά εκτός του ότι είναι επώδυνα για τα ίδια και τις οικογένειές τους, συνδέονται και με προβλήματα που εμφανίζονται στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών της κατάθλιψης, των προβλημάτων στο

build up their self-esteem and learn new skills to cope with depressed thoughts effectively.

Key words:

- Depression • Child • Psychiatric hospitalization
- Nursing care

Corresponding author

Christina Ouzouni

Department of Nursing, TEI of Lamia, 3rd km Old National Road Lamia-Athens, GR-351 00 Lamia, Greece

Tel. 6932 25 81 74

E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

σχολείο, των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και την αυτοκτονική συμπεριφορά.⁷⁻⁹ Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά και η θεραπευτική αντιμετώπιση της, δίνει τη δυνατότητα για σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων πρόληψης στην παιδική ηλικία, αποφεύγοντας έτσι την εμφάνιση χρόνιας ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή.^{2,5,10,11}

Επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη στα παιδιά, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη.¹² Σ' αυτό συμβάλλει η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της παιδικής ηλικίας, που τον εμποδίζει να αποδεχθεί τα συμπτώματα απελπισίας και κατάθλιψης σ' ένα παιδί.¹³ Επιπλέον, δεν υπάρχουν τις περισσότερες φορές σαφή κλινικά σημεία αναφοράς, για να στοιχειοθετήσουν επαρκώς και να οδηγήσουν στη διάγνωση της κατάθλιψης σ' ένα παιδί.

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η αναζήτηση και η παρουσίαση ενός πλαισίου νοσηλευτικής φροντίδας, των παιδιών που νοσηλεύονται με κατάθλιψη σε παιδοψυχιατρική κλινική.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδο-

μένων Iatrotek, Medline, Cinahl and Psych Info με τη χρήση λέξεων κλειδιά “depression”, “child”, “psychiatric hospitalization”, “nursing care”. Παράλληλα αναζητήθηκαν και συγγράμματα που να αναφέρονται στη νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κατάθλιψη στα παιδιά είναι μια διαταραχή της διάθεσης και η εμφάνισή της συνδέεται με γενετικές, βιολογικές, αναπτυξιακές, γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες που συνδέονται με την παιδική ηλικία. Η ύπαρξη γονέα με κατάθλιψη αυξάνει δραματικά τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και στο παιδί. Δεν είναι διαπιστωμένο εάν κληρονομούμενα γονίδια ευθύνονται για την εμφάνιση κατάθλιψης ή εάν κληρονομούμενα γνωσιακά χαρακτηριστικά οδηγούν σε κατάθλιψη ένα παιδί.¹⁴

Οι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει ένα παιδί κατάθλιψη συμπεριλαμβάνουν στρεσογόνα γεγονότα όπως ο θάνατος στην οικογένεια, το διαζύγιο, παράγοντες ενδεικτικοί της ύπαρξης ενδοοικογενειακού ψυχοκοινωνικού στρες όπως βιώματα απώλειας, απειλή απώλειας, απόρριψης, ψυχική διαταραχή στην οικογένεια¹⁵ και επίσης όταν τα παιδιά ανήκουν σε οικογένειες μειονοτήτων, ή έχουν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση.¹⁴ Ακόμη, το σχολικό περιβάλλον όταν βιώνεται από το παιδί ως παράγοντας πίεσης μπορεί να συνεργεί στην εμφάνιση κατάθλιψης, όταν μάλιστα δεν μπορεί να παρουσιάσει σχολική επιτυχία.¹⁶ Ιδιαίτερα ο εκφοβισμός (bullying) έχει επισημανθεί ως παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση κατάθλιψης για τα παιδιά που τον υφίστανται.¹⁷

Τα παιδιά με χρόνια νόσο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Για παράδειγμα τα παιδιά με διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη,¹⁸ φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου,¹⁹ νόσο Crohn,¹⁹ ελκώδη κολίτιδα,¹⁹ ημικρανίες^{20,21} καθώς και εκείνα που κάνουν χρήση στεροειδών στο άσθμα,²¹ έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Επισημαίνεται επίσης ότι και τα παιδιά με επιληψία εμφανίζουν κατάθλιψη, ωστόσο τις περισσότερες φορές αυτή μένει αδιάγνωστη.²²

Τα παιδιά που μεταναστεύουν μπορεί να είναι επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης, ειδικά εάν είχαν εκτεθεί σε βία πριν ή κατά την προσπάθεια της μετανάστευσης.²⁴ Τα παιδιά μεταναστών κατά την εγκατάστασή τους σε μια νέα χώρα προσπαθούν να προσαρμοστούν

στην κουλτούρα του καινούργιου περιβάλλοντος, ωστόσο, οι πολιτισμικές διαφορές και η κοινωνική πίεση που υφίστανται να εναρμονιστούν με τις εθνοπολιτισμικές νόρμες, αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη.²⁴

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Το Αμερικανικό Ταξινομικό Σύστημα ψυχικών διαταραχών DSM-IV χρησιμοποιεί ενιαία διαγνωστικά κριτήρια για όλο το ηλικιακό φάσμα.²⁵ Ωστόσο, στην κλινική πράξη η παιδική κατάθλιψη εκδηλώνεται με διαφορετική συμπτωματολογία.²⁶

Το παιδί αδυνατεί να εκφράσει αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, ωστόσο, μπορεί να εκφράσει επίμονες αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και το μέλλον του, να κλαίει εύκολα και να έχει καταθλιπτική έκφραση.^{8,26}

Για τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού. Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά εμφανίζουν συχνά απαθή συμπεριφορά και άρνηση τροφής. Φαίνονται λυπημένα, δυστυχισμένα, ανήσυχα, ευερέθιστα και συχνά κλαίνε. Στη μέση παιδική ηλικία συνήθως συνυπάρχει άγχος με εμφάνιση κυρίως ψυχοσωματικών συμπτωμάτων όπως πονοκέφαλοι και κοιλιακά άλγη και συχνά εμφανίζεται μειωμένη σχολική επίδοση, με διάσπαση της προσοχής, αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και απροσεξία.²⁷ Αν και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι εξαιρετικά σπάνιες, τα παιδιά με κατάθλιψη συχνά επιθυμούν να πεθάνουν.²⁷

Η διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτει από στοιχεία όπως έλλειψη ενδιαφέροντος για μάθηση και για παιχνίδι και λιγότερο από το καταθλιπτικό συναίσθημα, τις ιδέες αυτομομφής ή τις ιδέες αυτοκτονίας που κυριαρχούν στους ενήλικες.² Οι διαγνωστικές δυσχέρειες όσον αφορά τον ακριβή προσδιορισμό της κλινικής εικόνας της παιδικής κατάθλιψης, δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για την εμφάνισή της στη μετέπειτα ενήλικη ζωή του παιδιού.²

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

πτώματα πρέπει να είναι καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης²⁸ (πίνακας 1). Περίπου τα 2/3 των παιδιών με κατάθλιψη εμφανίζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές.²⁹ Αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανόν να εμφανιστούν σε παιδιά με κατάθλιψη σε ποσοστό 8,3%.¹⁴ Άλλες διαταραχές που εμφανίζονται με την κατάθλιψη στα παιδιά είναι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, η διαταραχή υπερδραστηριότητας και η κατάχρηση ουσιών.¹⁴ Τα παιδιά με κατάθλιψη έχουν την τάση να εκδηλώνουν ευερεθιστότητα,⁵ ενώ συχνά είναι αναποφάσιστα και εμφανίζουν πρόβλημα συγκέντρωσης.²⁸ Σπάνια εκδηλώνουν ψυχωτικά στοιχεία όταν είναι καταθλιπτικά, ωστόσο όταν εμφανίσουν, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις είναι πιο συχνές απ' ό,τι οι παραισθήσεις.²⁶

Η αύξηση των σωματικών αιτιάσεων μπορεί να είναι μεγαλύτερη στα παιδιά, επειδή δεν έχουν λόγω ηλικίας αναπτύξει την ικανότητα να εκφράζουν λεκτικά αυτά που αισθάνονται.³⁰ Σωματικά συμπτώματα όπως είναι οι κεφαλαλγίες και οι πόνοι στο στομάχι είναι πιο συχνά στα καταθλιπτικά παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικες.⁵ Εκτός των τυπικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης όπως είναι η λύπη και η ευερεθιστότητα, εμφανίζουν έλλειψη ευχαρίστησης από τις δραστηριότητες και το παιχνίδι. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα παιδιά με κατάθλιψη της προσχολικής ηλικίας ασχολούνται με επικίνδυνα παιχνίδια ή που το περιεχόμενό τους περιλαμβάνει την έννοια της αυτοκτονίας.³¹

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών με κατάθλιψη, που ως μόνη επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψης Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας²⁸

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

η εισαγωγή τους σε παιδοψυχιατρική κλινική.³² Όταν μάλιστα η διάγνωση της κατάθλιψης έχει σαφή και προσδιορισμένα κλινικά στοιχεία και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν υποχωρούν, τότε συνιστάται νοσηλεία σε παιδοψυχιατρική κλινική.²⁶

Η ήπια, προσεκτική και με ενσυναίσθηση νοσηλευτική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό παιδί να έρθει σε επαφή και να αναγνωρίσει τα καταθλιπτικά του συναισθήματα.³³ Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο να ανακουφίσουν το παιδί από τα συμπτώματα της συναισθηματικής δυσφορίας που βιώνει και σε συνεργασία με το περιβάλλον νοσηλείας και τους γονείς, να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού με κατάθλιψη.^{33,34} Επίσης, εστιάζουν στη μείωση των προβλημάτων και αιτιών που προκαλούν την κατάθλιψη και στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και εκπαίδευσης στο παιδί για να την αντιμετωπίσει.^{34,36}

Εισαγωγή του καταθλιπτικού παιδιού σε παιδοψυχιατρική κλινική

Όταν οι νοσηλευτές καλούνται να φροντίσουν το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη ή και με την κατάθλιψη ως συννόσηση, ήδη έχουν μπροστά τους ένα άτομο που έχει μια προσωπική ιστορία ζωής. Μια μικρή βέβαια ιστορία ζωής, που ωστόσο τις περισσότερες φορές ήταν αρκετά δύσκολη και μπορεί να περιλαμβάνει είτε μια ασθένεια με επίπονες νοσηλείες, είτε τραυματικά προσωπικά βιώματα με απώλειες, παραμέληση, κακοποίηση και βιώματα ενηλίκων, ή ακόμη μια κατά κάποιον τρόπο προδιαγεγραμμένη πορεία προς τη κατάθλιψη μέσα από μια οικογενειακή ταυτότητα.

Από την έναρξη της νοσηλείας του παιδιού με κατάθλιψη, η συνεργασία και ο συντονισμός όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής, μέλος της οποίας είναι ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, είναι προϋπόθεση για την αποτελεσματική νοσηλεία του παιδιού.³⁶ Τα κοινά θεραπευτικά μηνύματα διευκολύνουν τόσο την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, όσο και τη σαφήνεια των θεραπευτικών στόχων.³⁷ Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει ως σκοπό την αναζήτηση και τον προσδιορισμό του θεραπευτικού πλαισίου που θα ακολουθηθεί και ξεκινά από τη διαδικασία εισαγωγής (intake) σε παιδοψυχιατρική κλινική.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος νοσηλευτικής προσέγγισης παιδιών με ψυχική διαταραχή είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή ανα-

φοράς (key nurse) και του παιδιού που νοσηλεύεται.³⁷ Από την ημέρα της εισαγωγής, κατά την πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού, είναι παρών και ο προσωπικός του νοσηλευτής ή όπως αλλιώς συνηθίζεται να λέγεται, ο νοσηλευτής αναφοράς, ώστε να γνωριστεί με το παιδί, αλλά και να μπορεί να διαμορφώσει την αρχική νοσηλευτική εκτίμηση για τα προβλήματα και τις ανάγκες του. Αυτή η πρώτη νοσηλευτική εκτίμηση αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς (baseline) για τη μετέπειτα αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Ο νοσηλευτής υποδέχεται και ενημερώνει το παιδί με απλά, κατανοητά και με σαφές νοηματικό περιεχόμενο λόγια, για το πλαίσιο και το πρόγραμμα λειτουργίας της κλινικής που θα το φιλοξενήσει, για τις αρχές συνεργασίας και συμβίωσης, για τα δικαιώματά του, τις υποχρεώσεις του καθώς επίσης και για τις μη αποδεκτές συμπεριφορές από τα μέλη της.^{35,37} Η ενημέρωση γίνεται σε προστατευτικό συναισθηματικά κλίμα, σχεδόν όπως θα γινόταν, με τις αρχές και τους κανόνες ενός παιχνιδιού. Ωστόσο, πέρα από την καταθλιπτική διαταραχή, η εισαγωγή σε παιδοψυχιατρική κλινική από μόνη της, αποτελεί ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα για ένα παιδί.³⁸ Ο φόβος για το άγνωστο περιβάλλον της κλινικής, με άγνωστους ανθρώπους, έστω και αν αυτοί είναι θεραπευτές, σε συνδυασμό με το καταθλιπτικό συναίσθημα του παιδιού, πολλές φορές δημιουργούν δυσκολίες προσαρμογής σ' αυτό.^{37,38} Ο νοσηλευτής διασυνδέει θερμά και με θετικό τρόπο, το παιδί με τα άλλα νοσηλεύόμενα παιδιά. Παράλληλα, το ενημερώνει για το θεραπευτικό πρόγραμμα της κλινικής, το οποίο είναι διαμορφωμένο έτσι, ώστε να καλύπτει τις βασικές και αναπτυξιακές του ανάγκες, μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες και ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες.^{35,36}

Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα παιδοψυχιατρικής νοσηλείας έχει ως στόχο την ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη και σχεδιάζεται καθώς και εφαρμόζεται μέσα σε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον. Το περιβάλλον αυτό έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Είναι ασφαλές για το παιδί, του δίνει άνεση και ελευθερία για την έκφραση των συναισθημάτων και των επιθυμιών του, καθώς επίσης βοηθά στην ανάπτυξη υγιών τρόπων συμπεριφοράς.³⁹ Μέσα στο θεραπευτικό περιβάλλον το παιδί μπορεί να αναπτύξει αυτοκατανόηση και να αντλήσει αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης, προστασίας καθώς

και τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει όλες τις δραστηριότητες του θεραπευτικού του προγράμματος.³⁵ Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το παιδί που νοσηλεύεται σε παιδοψυχιατρική κλινική να διαπιστώσει ότι το περιβάλλον της νοσηλείας του είναι προβλέψιμο, με δομημένο καθημερινό πρόγραμμα, που έχει ως σκοπό να καλύπτει τις ανάγκες του.^{38,39}

Στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης του παιδιού με κατάθλιψη

Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα για παιδί με κατάθλιψη αφορούν:^{11,33,40}

- Την παρούσα ψυχική κατάσταση (δηλαδή την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, τις διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, τη διεργασία και το περιεχόμενο της σκέψης, την εμφάνιση, το λόγο, τον προσανατολισμό, τη διατήρηση ή μη της βλεμματικής επαφής, τη δυνατότητα εκφραστικότητας, την προσοχή, τη μνήμη και τη συγκέντρωση)
- Το ιστορικό της παρούσας κατάστασης (όπως είναι η έναρξη και το εκλυτικό αίτιο)
- Το οικογενειακό ιστορικό (όπως προβλήματα υγείας στην οικογένεια, τρόπος καθημερινής ζωής και συνήθειες)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό του παιδιού (προηγούμενες νοσηλείες, παρακολούθηση από παιδοψυχίατρο)
- Το κοινωνικό ιστορικό
- Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει το παιδί
- Τον προσδιορισμό από το ίδιο το παιδί της παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει
- Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάστασή του
- Τον τρόπο αντιμετώπισης από το καταθλιπτικό παιδί αυτών των παραγόντων.
- Το επίπεδο κατανόησης του παιδιού για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του σε παιδοψυχιατρική κλινική.

Η προσεκτική εκτίμηση από το νοσηλευτή όλων των συμπεριφορών του παιδιού είναι αναγκαία, για να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, για να εντοπίσει τα προβλήματα που βιώνει το παιδί, τόσο από τη καταθλιπτική διάθεση, όσο και από την προσαρμογή και ένταξή του στο περιβάλλον της κλινικής. Τα προβλήματα και οι ανάγκες διατυπώ-

νονται σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, που ο νοσηλευτής αναφοράς καταγράφει στα έντυπα νοσηλείας του νοσηλευόμενου παιδιού. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει με λεπτομέρεια τα προβλήματα και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, που οι νοσηλεύτριες της κλινικής με τρόπο συστηματικό καλούνται να εφαρμόσουν.⁴⁰

Τις βασικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού.³⁶

Εκτός από την αρχική εκτίμηση, ο νοσηλευτής αναφοράς συλλέγει καθημερινά πληροφορίες, για την τρέχουσα ψυχική κατάσταση του παιδιού, μέσω της διαρκούς νοσηλευτικής παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων.¹¹ Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες του καταθλιπτικού παιδιού αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα νοσηλευόμενα παιδιά, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας τους και αυτό τους δίνει τη δυνατότητα της προσομοίωσης με το γονεϊκό ρόλο, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.^{36,38}

Νοσηλευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη

Υπάρχουν βασικές αρχές της νοσηλευτικής προσέγγισης και φροντίδας του παιδιού με κατάθλιψη. Ένα από τα βασικότερα στοιχεία της προσέγγισης του παιδιού είναι η αποδοχή χωρίς όρους. Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη έχει την τάση να εσωτερικεύει την απορριπτική συμπεριφορά, που συχνά μάλιστα πιστεύει ότι του αξίζει. Μέσα από την αντανάκλαση της συμπεριφοράς με στοιχεία αποδοχής δίνει τη δυνατότητα στο παιδί μιας εκ νέου διορθωτικής αξιολόγησης του εαυτού του και ανόρθωσης της αυτοεκτίμησής του.^{26,35,38}

Στο πλαίσιο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας το παιδί μπορεί να βιώνει ιδέες ενοχής. Η προσέγγιση του νοσηλευτή με ενσυναίσθηση και ενθάλπια ησυχάζει το παιδί και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης για να εκπορεύσει με τα εκφραστικά μέσα που διαθέτει το περιεχόμενο των ενοχών του που το ταλαιπωρούν. Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει την αναγνώριση των δυσκολιών που βιώνει το παιδί και την εκπαίδευσή του ώστε να μην οικιοποιείται το βά-

ρος καταστάσεων για τις οποίες δεν έχει ευθύνη (π.χ. ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που αφορούν τους γονείς του).^{26,34,38}

Η καθημερινή επαφή και επικοινωνία των νοσηλευτών με το καταθλιπτικό παιδί χρειάζεται να διακρίνεται από ευαισθησία για τα ιδιαίτερα προβλήματά του και να εφαρμόζεται εξατομικευμένα, μέσα σε ένα πλαίσιο ευελιξίας.³⁸

Ο νοσηλευτής φροντίζει το παιδί, παραμένει κοντά του και με τη παρουσία του, του μεταβιβάζει συναισθηματική σταθερότητα.³⁵ Παράλληλα επικοινωνεί με σεβασμό για την ατομικότητά του και δεν επιβάλλεται με ανεπιθύμητο για το παιδί τρόπο, ιδιαίτερα όταν με τη συμπεριφορά του δίνει το μήνυμα ότι θέλει να το αφήσουν για λίγο μόνο του. Ακόμη, όταν ο νοσηλευτής παροτρύνει έντονα ένα παιδί για κοινωνική συμμετοχή στα δρώμενα της κλινικής, μπορεί να βιωθεί απ' αυτό ως ψυχολογική πίεση και να επιζητά περισσότερο την κοινωνική απόσυρση. Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται να διακρίνει εάν είναι η δική του ανάγκη να προχωρήσει το παιδί θεραπευτικά και λειτουργεί πειστικά προς αυτό.²⁶

Η απόγνωση ή έλλειψη ελπίδας για το μέλλον μπορούν να εντοπιστούν ρωτώντας απλά ένα παιδί για τις μελλοντικές του προσδοκίες. Η έλλειψη τέτοιων προσδοκιών αποτελεί σημαντικό εύρημα, με δεδομένο ότι συνήθως τα παιδιά, αμυνόμενα ενάντια σε μια οδυνηρή πραγματικότητα της καθημερινής ζωής τους, είναι πάντα έτοιμα να πιστέψουν ότι αργότερα τα πράγματα θα είναι πολύ καλύτερα.

Το ειλικρινές feedback των νοσηλευτών προς το παιδί με κατάθλιψη για το πως προβάλλεται η διάθεσή του, δημιουργεί σχέση ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτή και του παιδιού. Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα στο παιδί να πάρει ορθά μηνύματα για το πώς παρουσιάζει τον εαυτό του προς τα έξω, πέρα από τη νοητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του.²⁶ Με την ανάδραση που προσφέρει, ο νοσηλευτής μεταφέρει τις εντυπώσεις που δίνει το παιδί απλά και κατανοητά και δεν υπάρχει η παραμικρή παρουσία κριτικής και στιγματισμού για το παιδί.^{11,33}

Το σταθερό ενδιαφέρον του νοσηλευτή ως προς τη φροντίδα του παιδιού με κατάθλιψη, ενισχύει την πεποίθησή του ότι αξίζει ως άτομο, εφόσον του αφιερώνει χρόνο, ικανοποιώντας την ανάγκη του για προσοχή, ατομικότητα και φροντίδα, ενισχύοντάς του μ' αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή του.³⁴ Η συνεχής παρότρυνση

και ενθάρρυνση είναι αναγκαία, ώστε να συμμετέχει το παιδί στις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό γίνεται σταδιακά και δεν δημιουργούνται προσδοκίες, οι οποίες στη δεδομένη χρονική στιγμή σε καμιά περίπτωση δεν είναι πραγματοποιήσιμες. Άλλωστε μέσα από τη συχνή προσπάθεια και από μικρές καθημερινές επιτεύξεις και επιβεβαιώσεις, ένα παιδί λαμβάνει ικανοποίηση και μπαίνει σ' έναν εσωτερικό προγραμματισμό ανάκτησης της αυτοεκτίμησής του.³⁵

Η καθημερινή ανασκόπηση για τις δραστηριότητες της ημέρας που πέρασε ως διαδικασία αναστοχασμού, καθώς και τα συναισθήματα που βίωσε το παιδί, πραγματοποιείται με συζήτηση του νοσηλευτή με το παιδί και έχει ως στόχο να μάθει και από μόνο του να επεξεργάζεται γνωσιακά τις εμπειρίες του.^{11,26}

Ο νοσηλευτής αξιοποιεί όλα τα γεγονότα που συμβαίνουν στην κλινική όπως π.χ. διαφωνίες ή διαπληκτισμούς που μπορεί να έχει το παιδί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, προκειμένου να μάθει να διαχειρίζεται την απογοήτευσή του, να μην ματαιώνεται εύκολα, καθώς και να μη μειώνεται η αυτοπεποίθησή του από παρόμοιες καταστάσεις.⁴⁰ Μέσα από αυτή τη διαδικασία μαθαίνει να διαχειρίζεται τα γεγονότα ζωής και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τις θετικές τους πλευρές, αλλά και με τις δυσκολίες τους.³³

Ο νοσηλευτής ακόμη αξιοποιεί την ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με το παιδί για να προχωρήσει στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας η οποία ποικίλει, επειδή οι σημαντικές διαφορές στην εξελικτική πρόοδο της συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού προκαλούν αναπόφευκτα και διαφορές στην έκφραση και στην πορεία οποιασδήποτε διαταραχής, στα διάφορα στάδια της παιδικής ηλικίας.¹⁰

Συμπτώματα σωματικής και ψυχικής καταπόνησης του παιδιού-νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Το παιδί με κατάθλιψη εμφανίζει συμπτωματολογία σωματικής και ψυχικής καταπόνησης και μέσα από αυτή δηλώνει έμμεσα τον πόνο που βιώνει. Τα σημεία της καταπόνησης εκφράζονται λεκτικά και μη λεκτικά. Λεκτικά το παιδί μπορεί να παραπονείται για «βαριεστημάρα», μοναξιά, έλλειψη χαράς και μερικές φορές αισθάνεται ότι δεν έχει νόημα να συνεχίζει τη ζωή του.³⁶ Τα μη λεκτικά μηνύματα είναι αποτυπωμένα στις εκφράσεις του προσώπου, στην εμφάνιση, στη στάση του σώματος, στο τρόπο που εκφέρει το λόγο του. Η εμ-

φάνισή του δείχνει παραμέληση της ατομικής υγιεινής: δηλαδή βρώμικα ρούχα που σπάνια αλλάζουν, άλουστα και αχτένιστα μαλλιά, βρώμικα νύχια και γενικά χαμηλό επίπεδο ατομικής υγιεινής.³⁶

Ο νοσηλευτής στο πλαίσιο της φροντίδας που παρέχει στο παιδί, το βοηθά να επιμελείται την εμφάνισή του, όχι μόνο για να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την ατομική του υγιεινή, αλλά και για να αισθάνεται σωματική ευεξία και αυτοεκτίμηση.³³ Μέσα από τη θετική επιβεβαιωτική ανάδραση, επιχειρείται η ενίσχυση του παιδιού, ώστε να προσπαθεί να επιμελείται την εμφάνισή του καθημερινά.

Το παιδί με κατάθλιψη παραπονείται συχνά για σωματικά ενοχλήματα όπως είναι ο πόνος και δεν συμμετέχει στις καθημερινές δραστηριότητες της κλινικής. Πιο συγκεκριμένα παραπονείται για πονοκέφαλο, για πόνο στην κοιλιά και στα κάτω άκρα. Άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζονται, είναι η τάση προς έμετο και ο πυρετός, χωρίς όμως να υπάρχει οργανική αιτιολογία.⁴¹ Ωστόσο, όταν τα παιδιά παραπονιούνται για σωματικά συμπτώματα, χρειάζεται κατ' αρχήν να αποκλειστεί η ύπαρξη οργανικής αιτίας.¹⁰

Για να εκτιμηθούν τα συμπτώματα αυτά ως σημεία σωματικής και ψυχικής καταπόνησης, είναι αναγκαίο να διερευνηθεί ο τρόπος που εμφανίζονται. Μπορεί για παράδειγμα τα σωματικά συμπτώματα να εμφανίζονται περιοδικά και να συνδέονται με έκθεση σε στρες ή με γεγονότα που συμβαίνουν στην οικογένεια.⁵

Σε περίπτωση που το παιδί αισθάνεται σε ασυνείδητο επίπεδο την ανάγκη να εμφανίζει τον εαυτό του ως άρρωστο για να κερδίσει συμπάθεια και προσοχή, στο πλαίσιο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ενισχύεται η συμμετοχή του παιδιού σε καθημερινές προγραμματισμένες δραστηριότητες. Μ' αυτό τον τρόπο λαμβάνει ικανοποίηση μέσα από αυτές και όχι μέσα από το ενδιαφέρον που έχει ανάγκη να έλκει παραπονούμενο για σωματικά συμπτώματα.³⁵

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να μεταφέρουν το μήνυμα ότι κατανοούν τη σωματική και ψυχική καταπόνηση του παιδιού και είναι διαθέσιμοι για να το βοηθήσουν. Όταν το παιδί αντιλαμβάνεται την αποδοχή και την ενσυναίσθηση του θεραπευτή, τότε και τα σωματικά συμπτώματα υποχωρούν εμφανώς, αφού καλύπτεται η ανάγκη του για συμπάθεια και προσοχή.³³

Στην καταθλιπτική συμπτωματολογία του παιδιού εντάσσεται και η απώλεια της όρεξης, η οποία μπορεί

να μετατραπεί σε σοβαρή απειλή για τη ζωή του εάν συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.³⁷

Η μειωμένη πρόσληψη τροφής συνοδεύεται από έλλειψη ενεργητικότητας και απάθειας, η οποία μπορεί να σχετίζεται με την ψυχοκινητική επιβράδυνση του παιδιού. Οι νοσηλευτές παροτρύνουν το παιδί να φάει, με την προσφορά ελκυστικών γευμάτων και μέσα από τη δυνατότητα επιλογής φαγητών. Εάν περιοριστεί από το παιδί σημαντικά η πρόσληψη τροφής, τότε χορηγούνται διατροφικά υπερθερμιδικά συμπληρώματα διατροφής με τη μορφή υγρών, έως ότου να βελτιωθεί η συναισθηματική του κατάσταση και να αποκατασταθεί και η απώλεια της όρεξης.³⁶

Διαταραχή του ύπνου-νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί που νοσηλεύεται με κατάθλιψη είναι η διαταραχή του ύπνου. Εμφανίζεται στην πλειονότητα των παιδιών με διαταραχές της διάθεσης. Η διαταραχή του ύπνου μπορεί να εμφανίζεται με τη δυσκολία του παιδιού να κοιμηθεί το βράδυ, με αποτέλεσμα να ξυπνάει αργά το πρωί ή και να πηγαίνει για ύπνο νωρίς το απόγευμα έχοντας πρώιμη πρωινή αφύπνιση. Συχνά ο κύκλος του ύπνου διαταράσσεται από περιόδους αϋπνίας. Ωστόσο, χωρίς ύπνο τα παιδιά αισθάνονται πολύ κουρασμένα και η σωματική καθώς και η πνευματική τους κατάσταση επιδεινώνεται.²⁶

Ο σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι να διευκολυνθεί ο ύπνος του παιδιού, σε ένα περιβάλλον ασφαλές και με διάθεση φροντίδας. Όταν το παιδί έχει δυσκολία να κοιμηθεί, ο νοσηλευτής μένει μαζί του στο δωμάτιο του, για να αισθάνεται ασφάλεια και συντροφιά ώσπου να κοιμηθεί.⁴⁰

Στη διάρκεια της ημέρας ενθαρρύνεται το παιδί που εμφανίζει διαταραχές ύπνου να έχει δραστηριότητες που προκαλούν σωματική κόπωση, ώστε να είναι εύκολο να κοιμηθεί τη νύχτα. Η διαμόρφωση ενός προγράμματος στο οποίο να περιλαμβάνονται υγιή πρότυπα ύπνου προάγει τη σωματική και την πνευματική του ξεκούραση.³⁶ Ο ανεπαρκής ποιοτικά και ποσοτικά ύπνος προκαλεί στο παιδί υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας, με επιβράδυνση στη ψυχοκινητική του λειτουργία και με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπές σε ατυχήματα. Χρειάζεται να επισημανθεί ότι η επιρρέπεια σε ατυχήματα μπορεί επίσης να είναι και αποτέλεσμα της κατάθλιψης, όταν τα παιδιά δεν μπορούν ή δεν ενδιαφέρονται να προστατέψουν τον εαυτό τους.³⁵

Κάτι για το οποίο φροντίζει ιδιαίτερα ο νοσηλευτής, είναι το παιδί να κλείνει καλά την ημέρα του, με δραστηριότητες που θα του αφήνουν την αίσθηση της ικανοποίησης και θα το ησυχάζουν.

Η υπερδραστηριότητα του παιδιού-νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η υπερδραστηριότητα πολλές φορές εντάσσεται στην καταθλιπτική συμπτωματολογία του παιδιού και μπορεί να συνυπάρχει με άγχος, με συναισθήματα λύπης ή απελπισίας και συνήθως συνδυάζεται με πολύ λίγες ώρες ύπνου.⁴⁰

Το νοσηλευόμενο παιδί, τόσο από τη νοσηλεία του όσο και από την κατάθλιψη, ενδεχομένως να βιώνει άγχος ή δυσφορία, αλλά υπάρχουν σαφείς αμφιβολίες για την ικανότητα που έχει ένα παιδί να τα διατυπώνει λεκτικά. Τα παιδιά, ιδιαίτερα κάτω των 12 ετών, δυσκολεύονται να λεκτικοποιήσουν τα συναισθήματά τους. Έτσι και το παιδί με κατάθλιψη δεν μπορεί να εξωτερικεύσει το συναίσθημά του, αν και φαίνεται σαφώς δυστυχισμένο.³⁵

Εκτός από την ανία και την απάθεια, η έλλειψη ικανότητας του παιδιού να αντλήσει ευχαρίστηση από τις καθημερινές του ασχολίες είναι μια άλλη μη λεκτική εκδήλωση της δυσφορικής του διάθεσης.²⁶ Η απασχόληση του παιδιού με παιχνίδια και δραστηριότητες που το ευχαριστούν, μειώνουν το άγχος του, την άσκοπη υπερδραστηριότητα και τις δυσάρεστες σκέψεις.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα παιδιά με κατάθλιψη μερικές φορές προέρχονται από χαοτικές οικογένειες, όπου η αντικοινωνικότητα, η βία, η απόρριψη, η κακομεταχείριση και η παραμέληση είναι συνηθισμένα φαινόμενα.⁶ Οι λόγοι που μπορεί ένα παιδί να βιώνει άγχος ή δυσφορία διαφέρουν σε κάθε παιδί. Συχνά προβλήματα που προκαλούν άγχος και δυσφορία στα παιδιά είναι οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, η αποτυχία στην ανάπτυξη σχέσεων, η κακοποίηση, η παραμέληση, η μειωμένη απόδοση στο σχολείο και το πένθος.²⁶ Η φύση του προβλήματος ανακλάται στη συμπεριφορά του παιδιού και στις ευκαιρίες μη λεκτικής έκφρασης μέσω δημιουργικών δραστηριοτήτων.⁴⁰

Η θεραπεία του παιδιού μέσω του παιχνιδιού και της ζωγραφικής

Η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού επιτρέπει στο παιδί να χρησιμοποιήσει την εκφραστικότητά του και το βοηθάει.³⁵

- Να επεξεργαστεί παλιές εμπειρίες ή βιώματα στις οποίες δεν είχε έλεγχο στο παρελθόν και να έρχεται σε επαφή με τις ασυνείδητες ανάγκες του
- Να βελτιώσει την εκφραστικότητα του με την εναλλαγή ρόλων
- Να μάθει πώς να συνδέει τον εαυτό του με τους άλλους και να ασκηθεί στο να συνεργάζεται
- Να παρέχει έναν ασφαλή τρόπο στο παιδί για να διερευνήσει τις συγκρούσεις που βιώνει.

Η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού χρησιμοποιείται με διαφορετικούς τρόπους στην παιδοψυχιατρική:⁴⁰

- Μέσω της οργάνωσης προγραμμάτων ψυχαγωγίας και κοινωνικοποίησης στο πλαίσιο του θεραπευτικού περιβάλλοντος της κλινικής
- Με ανταμοιβές και ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών
- Ως δραστηριότητα που αξιοποιείται στο πλαίσιο της ένα προς ένα (1:1) επιτήρησης του παιδιού από τον νοσηλευτή.

Μέσα από ευκαιρίες δημιουργικών δραστηριοτήτων ανακαλούνται τα συναισθήματα δυστυχίας του παιδιού. Για παράδειγμα, τα μηνύματα της καταθλιπτικής διάθεσης μπορούν να μεταφερθούν μέσα από τη ζωγραφική. Η ζωγραφική μπορεί να έχει πολύ μαύρο χρώμα ή να είναι μισοτελειωμένη και η αποτυπωμένη φαντασία του παιδιού να δείχνει σημάδια εσωτερικής σύγκρουσης, με βίαιο ή και απελπισμένο περιεχόμενο. Η συζήτηση με το παιδί για ό,τι ζωγραφίζει, το βοηθά να εκφραστεί και του δίνει τη δυνατότητα να προσδιορίσει τα καταθλιπτικά συναισθήματα που βιώνει, με πιο ανώδυνο συναισθηματικά τρόπο.⁴⁰

Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά-νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι το μείζον θέμα που συνδέεται άμεσα και με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Υπάρχουν παιδιά που και διαθέτουν έντονο καταθλιπτικό «καμβά» προσωπικότητας και έχουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Μέθοδοι αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι η λήψη φαρμάκων, οι προκλητές βλάβες εαυτού ποικίλης σοβαρότητας καθώς και η λήψη ουσιών.⁴² Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που πραγματοποιήσαν σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας φαίνεται ότι είναι ευχαριστημένο που δεν έβαλε τέλος στη ζωή του.⁴²

Παράγοντες που βρέθηκε ότι συνδέονται με τον αυτοτραυματισμό ήταν:⁴²

- Μεγάλου βαθμού οικογενειακές δυσκολίες
- Γονέας ή γονείς με ψυχική νόσο
- Υψηλού βαθμού αντικοινωνική συμπεριφορά στην οικογένεια και στο παιδί.

Ο βαθμός του υψηλού κινδύνου αυτοκτονικότητας έχει πρωταρχική σημασία στη νοσηλευτική εκτίμηση του παιδιού με κατάθλιψη και προσδιορίζει καθοριστικά το σχεδιασμό εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας.

Η ένταση των καταθλιπτικών συναισθημάτων που βιώνει το παιδί, χρειάζεται να εκτιμάται από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, καθώς και η δυνατότητα που έχει το παιδί για τη διαχείρισή τους.⁴⁰ Ένας τρόπος εκτίμησης είναι, εάν το παιδί έχει ιστορικό αυτοτραυματισμών στο παρελθόν ή εάν έχει εκφράσει με οποιονδήποτε τρόπο και συμπεριφορά την επιθυμία να πεθάνει.³⁶ Μπορεί να εκδηλώνει συμπεριφορές, όπως το να τρέχει μέσα σε δρόμους με κίνηση, να βάζει σακούλες στο κεφάλι του ή να κρατάει την αναπνοή του μέσα σε νερό με αποτέλεσμα να απειλείται η ζωή του άμεσα από αυτές τις συμπεριφορές. Όλες οι ενέργειες του παιδιού που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του, λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, γιατί ανεξάρτητα από την πρόθεση που έχει, ενδεχομένως να καταλήξουν σε θάνατο.³⁵

Η αυτοκτονία παιδιών, συχνά εμφανίζεται ως ατύχημα και η οικογένεια συνήθως αποκρύπτει τα πραγματικά γεγονότα.⁴² Το παιδί σπάνια εκφράζει από μόνο του, την επίμονη ιδέα της αυτοκτονίας που κυριαρχεί στις σκέψεις του και ο θεραπευτής χρειάζεται να κάνει ιδιαίτερη προσπάθεια να ερευνήσει το θέμα της αυτοκτονικότητας.⁴⁰ Μια ημιδομημένη συνέντευξη με το παιδί είναι απαραίτητη για να έρθουν στην επιφάνεια αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, δυσκολίες της συγκέντρωσης προσοχής, συνεχής ενασχόληση με ιδέες θανάτου και απόσυρση σε φαντασιώσεις. Πολλές φορές χρειάζονται επαναληπτικές συναντήσεις-συνεντεύξεις για να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει να έρθουν στο φως τέτοιες πληροφορίες.³⁶

Η προτεραιότητα των νοσηλευτών είναι η παροχή ασφάλειας και προστασίας στο παιδί που νοσηλεύεται. Γι' αυτό ο νοσηλευτικός σχεδιασμός επικεντρώνεται στη συστηματική επιτήρηση, ως μέτρο πρόληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.⁴⁰ Η επιτήρηση ένα

προς ένα (1:1), πολλές φορές αποδεικνύεται μια μοναδική ευκαιρία για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και παιδιού και για την αποτελεσματικότερη εκτίμηση των αυτοκτονικών τάσεων.⁴⁰ Κατά τη διάρκεια της συνεχούς επιτήρησης, το παιδί ενθαρρύνεται να συμμετάσχει σε όλες τις δραστηριότητες της κλινικής. Η συνεχής επιτήρηση είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης και διαχείρισης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ωστόσο οι παρορμητικές ενέργειες που οδηγούν σε απόπειρα αυτοκτονίας δεν μπορούν εύκολα να προβλεφθούν. Ο νοσηλευτής μέσα από την παρατήρηση και τη συνεργασία με το παιδί και την οικογένειά του, μπορεί να συνθέσει τις πληροφορίες ώστε να διαπιστώσει ποια είναι εκείνα τα ερεθίσματα που συνήθως ωθούν το συγκεκριμένο παιδί σε παρορμητικές συμπεριφορές και να οργανώσει το πλαίσιο νοσηλευτικής φροντίδας.³⁵

Κατά τη διάρκεια της ένα προς ένα (1:1) επιτήρησης του παιδιού με κατάθλιψη, ο νοσηλευτής είναι υποστηρικτικός και κατανοεί την ψυχική καταπόνηση του παιδιού, εκδηλώνοντας παράλληλα ότι είναι εκεί δίπλα του γιατί ανησυχεί για την ασφάλειά του και θέλει να το προστατέψει.³³ Η ανησυχία και το ενδιαφέρον του να το προστατέψει, εκφράζεται χρησιμοποιώντας λέξεις και φράσεις που δείχνουν ότι το παιδί αξίζει την προσοχή και τη φροντίδα και πάνω από όλα αξίζει να ζει και να χαίρεται τη ζωή του.

Για την προστασία του παιδιού με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά υπάρχουν νοσηλευτικά πρωτόκολλα φροντίδας³⁴ π.χ. όλα τα φάρμακα θα πρέπει να είναι κλειδωμένα σε ντουλάπια, στο δωμάτιο νοσηλείας. Ο νοσηλευτής βεβαιώνεται πάντα ότι το παιδί λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή και δεν τη συσσωρεύει, με κίνδυνο για το ίδιο ή για κάποιο άλλο παιδί να τη χρησιμοποιήσει για απόπειρα αυτοκτονίας.⁴⁰

Επίσης ο εξοπλισμός της κουζίνας χρειάζεται να είναι καλά φυλασσόμενος και να υπάρχει εποπτεία κατά τη χρήση του. Τα δωμάτια θα πρέπει να είναι σχεδιασμένα ώστε μη δίνουν τη παραμικρή δυνατότητα στο παιδί να επιχειρήσει απόπειρα αυτοκαταστροφής. Η εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του παιδιού επαναξιολογείται συνεχώς σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του.³⁶

Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης

Οι απόψεις αναφορικά με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών στα παιδιά για τη θεραπεία της κατάθλιψης,

όπως εμφανίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία, δεν παρουσιάζουν σύγκλιση και συνοχή.^{5,14,43}

Πολλοί παιδοψυχίατροι εκφράζουν την επιφύλαξη τους για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά σε παιδιά. Συγκεκριμένα υποστηρίζουν ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών σε παιδιά δεν δικαιολογείται, γιατί οι κύριες συναισθηματικές διαταραχές, που αποτελούν τη μοναδική ένδειξη για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων, δεν παρουσιάζονται κλινικά παρά στο τέλος της εφηβείας.^{27,43} Επιπλέον υποστηρίζεται η άποψη ότι η λήψη αντικαταθλιπτικών από το παιδί επιτείνει την αίσθηση ότι είναι άρρωστο.⁴¹ Ωστόσο, στην πράξη, χορηγείται αντικαταθλιπτική αγωγή στο παιδί με κατάθλιψη²⁷ και οι νοσηλευτές φροντίζουν για τη συστηματική χορήγησή της καθώς επίσης και την πρόληψη των ενδεχόμενων παρενεργειών.⁴⁰

Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του παιδιού με κατάθλιψη

Οι νοσηλευτές μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής, ανάλογα με την εκπαίδευσή τους σε συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, μπορούν να λειτουργήσουν και ως ψυχοθεραπευτές για τα παιδιά με κατάθλιψη. Οι πιο συχνές μορφές θεραπείας της κατάθλιψης στα παιδιά είναι οι βραχύχρονες ψυχοθεραπείες σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία.⁵ Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η οικογενειακή θεραπεία είναι οι πιο συχνές μορφές ψυχοκοινωνικών θεραπειών.²⁶ Υπάρχουν ερευνητικές ενδείξεις ότι η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία σε παιδιά με κατάθλιψη μειώνει έως και 60% τον κίνδυνο της υποτροπής.²⁶ Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία εστιάζεται στο να ανακουφίσει το παιδί από τα συμπτώματα της κατάθλιψης με το να το βοηθήσει να αναγνωρίσει και να διορθώσει το «διαστρεβλωμένο» τρόπο που επεξεργάζεται γνωστικά τα γεγονότα (με αρνητικές σκέψεις, πράξεις) και τις καταστάσεις της ζωής του. Σε πρακτικό επίπεδο το παιδί ενθαρρύνεται να υιοθετεί θετική διάθεση προς τη ζωή του και εκπαιδεύεται να επιλύει τα προβλήματά του αναπτύσσοντας αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσάρεστων ή ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής.

Προετοιμασία του παιδιού για το εξιτήριό του

Μέσα στο πλαίσιο οργάνωσης και εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας του παιδιού με κατάθλιψη, είναι η σταδιακή προετοιμασία του για την έξοδό του

από το νοσοκομείο. Η έξοδος του από το νοσοκομείο αποτελεί αφορμή μάθησης για το παιδί, ως προς τη διαδικασία αποχωρισμού από ένα περιβάλλον που ήδη έχει προσαρμοστεί.³⁷ Η προετοιμασία για την έξοδο του είναι σταδιακή και προηγούνται οι θεραπευτικές άδειες, ώστε να το βοηθήσουν να επανασυνδεθεί με το φυσικό του περιβάλλον, που είναι το σπίτι του και η οικογένειά του.

Ο νοσηλευτής κατά την επικοινωνία του με το παιδί, αναφέρεται συχνά στην έξοδο του από το νοσοκομείο και την επάνοδό του στο σπίτι, ώστε να του θυμίζει ότι η παραμονή του είναι προσωρινή και ότι υπάρχουν θεραπευτικοί λόγοι που νοσηλεύεται.⁴⁰

Η βραχύχρονη νοσηλεία του παιδιού σε παιδοψυχιατρική κλινική είναι μια καλή ευκαιρία να μάθει το παιδί τη διαδικασία αποχωρισμού από πρόσωπα και καταστάσεις, με έναν υγιή και ρεαλιστικό τρόπο, αφού αντίστοιχες καταστάσεις θα συμβούν και στη ζωή του. Ήδη κατά τη νοσηλεία του, προκύπτουν εξιτηρία άλλων παιδιών που ενδεχομένως να είχε αναπτύξει φιλικές σχέσεις μαζί τους και δοκίμασε τη διαδικασία και τον τρόπο αποχαιρετισμού τους, αφού αυτό αποτελεί μέρος του θεραπευτικού προγράμματος της κλινικής.⁴⁰

Ο νοσηλευτής, μέσα από τη θεραπευτική σχέση που έχει αναπτύξει με το παιδί, το παροτρύνει να εκφραστεί για το πώς αισθάνεται όταν βιώνει αποχωρισμό από πρόσωπα και πώς διαχειρίζεται τα συναισθήματά του. Ακόμη του μαθαίνει να εστιάζει στις θετικές πλευρές μιας σχέσης και να μην μένει μόνο στο γεγονός του αποχωρισμού.³³ Η υιοθέτηση πιο αισιόδοξης στάσης από το παιδί θα το κάνει να μην φοβάται να αναπτύξει σχέσεις, έχοντας το άγχος ότι μπορεί κάποια στιγμή να τερματιστούν. Η χρήση παραδειγμάτων και μεταφορών από το ζωικό βασίλειο, που τα ζώα μεγαλώνουν για λίγο χρονικό διάστημα τα παιδιά τους και μετά τα μαθαίνουν να γίνονται ανεξάρτητα, βοηθούν στη συναισθηματική απεμπλοκή του παιδιού από καταστάσεις αποχωρισμού και το μαθαίνουν να προσεγγίζει ευέλικτα τις καταστάσεις που το στεναχωρούν.³⁶

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη στα παιδιά επηρεάζει την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη, το πέρασμά τους από τα διάφορα στάδια, τη σχολική τους επίδοση και τελικά την ευτυχία τους ως ενήλικες. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του

παιδιού με κατάθλιψη διασφαλίζει σε ένα μεγάλο βαθμό την υγιή του ανάπτυξη και την προστασία του από την εμφάνιση ψυχικής νόσου στην ενήλικη ζωή του.

Όταν είναι αναγκαίο να γίνει εισαγωγή ενός παιδιού σε παιδοψυχιατρική κλινική, η συστηματοποιημένη και εστιασμένη στις ανάγκες του νοσηλευτική φροντίδα συμβάλλει στην ανακούφισή του από τα καταθλιπτικά του συναισθήματα. Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα σε ένα δομημένο και παράλληλα ευέλικτο πλαίσιο λειτουργίας μιας παιδοψυχιατρικής κλινικής είναι ιδιαίτερα σημαντική και η εκτίμηση της αυτοκτονικότητας του παιδιού και γενικά η ασφάλειά του είναι άμεσης προτεραιότητας.

Μέσα από την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή αναφοράς και καταθλιπτικού παιδιού γίνεται η επεξεργασία των γνωσιακών διαστρεβλώσεων που οδηγούν το παιδί σε απογοήτευση και απελπισία. Το νοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως ο νοσηλευτής αναφοράς, μέσα από τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσει με το παιδί, μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο συμπεριφοράς, ως ρόλος μοντέλο για το παιδί. Έτσι ο τρόπος που διαχειρίζονται οι νοσηλευτές τα προβλήματα στη διάρκεια της νοσηλείας του αποτελεί παράδειγμα προς υιοθέτηση από το καταθλιπτικό παιδί. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στην αναζήτηση των υπαρκτών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένα παιδί με κατάθλιψη αλλά και στον τρόπο που τα προσεγγίζει και τα επεξεργάζεται. Το παιδί είναι σημαντικό να αποκτήσει θετικές εμπειρίες μέσα από την νοσηλεία του και κατ' επέκταση θετική στάση προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων στην κλινική, ενδεχομένως, αποτελεί βιωματική μάθηση για το παιδί που θα έχει τη δυνατότητα να την ανακαλεί για να διαχειριστεί ή να επεξεργαστεί τα γεγονότα της ζωής του. Αν το παιδί μάθει να προσεγγίζει τα προβλήματά του και να λειτουργεί με γνωσιακό τρόπο, αυτό θα το βοηθήσει να εντοπίζει πιο εύκολα τι σκέφτεται, τι αισθάνεται και τι επιθυμεί, ώστε να μη μεταφέρει σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο τις δυσκολίες που βιώνει. Με αυτό τον τρόπο η νοσηλεία του παιδιού με κατάθλιψη μπορεί με κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις να συμβάλει στη θετική εμπειρία μάθησης για το παιδί και να το βοηθήσει στην αναπτυξιακή του πορεία και στη συναισθηματική σταθερότητα της ενήλικης ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιακοπούλου Μ. Κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία. *Παιδιατρική* 1998, 61:25–30
2. Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος ΔΚ. Συνέχεια και ασυνέχεια των ψυχικών διαταραχών από την παιδική στην ενήλικη ζωή. *Ιατρική* 2000, 78:163–171
3. McCrone P, Knapp M, Fombonne E. The Mandsley long-term follow up of child and adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005, 14:407–413
4. Botteron KN, Geller B. Refractory depression in children and adolescents. *Depres Anxiety* 1997, 5:212–223
5. Davis M. Depression in children and adolescents. *J School Nurs* 2005, 21:311–317
6. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression. *J Child Psychol* 2006, 47:1263–1271
7. Freingold MH, Quilty L. Child suicide and the schools. *Pediatrics* 2000, 106:1167
8. Murphy K. Recognizing Depression. *Nurse Practitioner* 2004, 29:19–20
9. Bailey MK, Zauszniewski JA, Heinzer MM, Hemstrom-Krainess M. Patterns of depressive symptoms in children. *J Child Adolesc Psychiatric Nurs* 2007, 20:86–95
10. Deuber CM. Depression in the school-aged child: implications for primary care. *Nurse Practitioner* 1982, 8:26–30
11. Nardi DA. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv* 2007, 45:48–52
12. Son SE, Kirchner T. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000, 62:2297–2308
13. Pentecost D, McNab S. Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. *J Fam Ther* 2007, 29:403–419
14. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky IM, Weissman MM et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychol* 2002, 52:529–542
15. Τσιάντης Ι, Κατσουγιάννη ΚΛ, Γιαννοπούλου ΣΤ. Κατάθλιπτικά παιδιά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήσεις από πληθυσμό εξωτερικών ιατρείων γενικού νοσοκομείου. *Εγκέφαλος* 1989, 26:22–29
16. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998, 52:221–241
17. Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 2003, 111:1312–1317
18. Grey M, Whittermore R, Tamborlane W. Depression in type I diabetes in children. Natural history and correlates. *J Psychosom Res* 2002, 53:907–911
19. Szigethy E, Levy-Warren A, Whiton S, Bousvanos A, Gauvreau K, Leichtner A et al. Depressive symptoms and inflammatory bowel disease in children and adolescents: A cross-sectional study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004, 39:395–403
20. Lagges AM, Dunn DW. Depression in children and adolescents. *Neurol Clin* 2003, 21:953–960
21. Andrews H, Barczak P, Bender BG, Lerner JA, Poland JE. Association between corticosteroids and psychologic change in hospitalized asthmatic children. *Annals Allergy* 1991, 66:414–419
22. Plioplys S. Depression in children and adolescents with epilepsy. *Epilep Behav* 2003, 4(Suppl 3):39–45
23. Jaycox LH, Stein BD, Kataoka SH, Wong M, Fink A, Escudero P et al. Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrants schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:1104–1110
24. Romero AJ, Roberts RE. Stress within a bicultural context for adolescents of Mexican descent. *Cultur Divers Ethnic Divers* 2003, 9:171–184
25. Shugart MA, Lopez EM. Depression in children and adolescents when moodiness merits special attention. *Postgrad Med* 2002, 112:53–63
26. Harmin V, Pachler MC. Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. *J Psychosoc Nurs* 2005, 43:54–63
27. Τρίκκας Γ. Η πολυμορφία της κατάθλιψης και η σημασία της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Ιατρική* 1997, 71:22–24
28. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, 2002
29. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993, 150:1779–1791
30. Ryan ND. Diagnostic pediatric depression. *Biologic Psychiatry* 2001, 49:1050–1054
31. Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown K, Hessler M, Wallis J et al. The clinical picture of depression in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:340–348
32. Peterson EJ, Gray KA, Weistein SR. A look at adolescent treatment in a time of change. *J Child Adolesc Psychiatry Nurs* 1994, 7:5–15

33. Morrison M. *Foundation of mental health nursing*. New York, Mosby, 1997
34. Tucker S, Derscheid D, Odegarden S, Olson ME. Evidence – Based training for enhancing psychiatric nurses; child behaviour management skills. *J Nurs Staff Develop* 2008, 24:75–85
35. Lego S. *Psychiatric nursing*. A comprehensive reference. 2nd ed, Philadelphia, Lippinkott, 1996
36. Garralda ME, Hyde C. *Managing children with psychiatric problems*. 2nd ed. London, BMJ, 2004
37. Townsend MC. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia, Davis Plus, 2008
38. Causey DL, McKay M, Rosenthal C. Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *J Child Adolesc Psychiatric Nurs* 1998, 11:135–145
39. Ραγιά Α. *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα, 1993
40. Wilson SH, Kneisl CR. *Psychiatric Nursing*. California, Addison-Wesley Publishing Company, 1988
41. Pottick KJ, McAlpine DD, Andelman RB. Changing patterns of psychiatric inpatient care for children and adolescents in General Hospitals 1988–1995. *Am J Psychiatry* 2002, 157:1267–1273
42. O’Leary CC, Frank DA, Grand-Knight W, Beeghly M, Augustin M, Jacobs RR et al. Suicidal Ideation among urban nine and ten years olds. *Development Behav Pediatrics* 2006, 27:33–39
43. Olsson M, Steven C, Marcus SC, Shaffer D. Antidepressants drug therapy and suicide in severely depressed children and adults. *Arch Gen Psychiatry* 2006, 63:865–872

Υποβλήθηκε: 28/06/2008

Επανυποβλήθηκε: 08/09/2008

Εγκρίθηκε: 08/10/2008