

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**“ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (14-20) ΚΑΙ Η
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ”**

ΕΠΟΠΤΡΙΑ : ΜΠΙΛΙΑΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ : ΚΟΜΒΟΠΟΥΛΟΣ
ΓΑΚΙΔΗΣ

ΒΑΣΙΛΗΣ
ΝΙΚΟΣ



ΠΑΤΡΑ 2000

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 3133 |
|----------------------|------|

*Ευχαριστούμε την επόπτηριά μας,
Μπιλιάνη Μαρία, την Εταιρία
Κοινωνικής Ψυχιατρικής Ν. Έβρου,
καθώς και το Παιδοψυχιατρικό
Νοσοκομείο Αττικής, τα Κέντρα Ψυχικής
Υγείας Ηρακλείου, Λαρίσης,
Θεσσαλονίκης (Βορειοδυτικού τομέα) και
την Ψυχιατρική κλινική Πατρών για την
βοήθειά τους στην διεξαγωγή της έρευνας
στην εργασία*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελ. |
|---|------|
| <u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u> | |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 1 |
| 1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 2 |
| 2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ | 3 |
| | |
| <u>ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</u> | |
| ✓1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 6 |
| ✓2. ΕΦΗΒΕΙΑ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ | 7 |
| 3. ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΦΗΒΟΙ ΣΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΟΜΑΔΟΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ | 15 |
| 4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | 17 |
| Α. Θεωρίες γύρω από την εφηβική αυτοκτονία. | 17 |
| Β. Μύθοι γύρω από την αυτοκτονία | 28 |
| Γ. Αυτοκτονία και τάσεις αυτοκτονίας : αλληλουχία ή ετερογένεια; | 29 |
| ✓Δ. Ψυχικά προβλήματα των εφήβων | 33 |
| Ε. Η αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία του εφήβου | 39 |
| ✓ΣΤ. Αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία | 41 - |
| Ζ. Επιθετικότητα στον έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας | 43 |
| Η. Επιθυμία ζωής στον έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας | 48 |
| | |
| 5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ. | 51 |
| Α. Εκδήλωση της αυτοκτονίας ως κοινωνικό φαινόμενο. Σχέσεις με άλλα κοινωνικά φαινόμενα. | 51 |
| Β. Έρευνες για την εφηβική αυτοκτονία στον Ελλαδικό χώρο – Στατιστικά στοιχεία (επιδημιολογία, κλιμάκωση φαινομένου). | 58 |
| Γ. Απόπειρες αυτοκτονίας | 66 |
| ✓Δ. Μέσα και τρόποι αυτοκτονίας | 78 |
| ✓Ε. Τύποι αυτοκτονίας και ατομικές τους μορφές | 79 |

| | |
|--|------------------|
| ΣΤ. Αυτοκτονία και πολιτιστικά φαινόμενα | 82 |
| Z. Νομικές ρυθμίσεις και αυτοκτονία | 88 |
| Η. Εκκλησία και αυτοκτονία | 90 |
| | |
| ✓6. ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 92 |
| | |
| A. Αυτοκτονία και φυσιολογικές ψυχολογικές καταστάσεις. | 92 |
| A1 Σχέση αυτοκτονίας και κληρονομικότητας. | 92 |
| A2 Σχέση αυτοκτονίας με φύλο και ηλικία. | 93 |
| | |
| B. Αυτοκτονία σε σχέση με άλλους κοσμικούς παράγοντες | 94 |
| Γ. Αυτοκτονία και σωματική ασθένεια | 97 |
| Δ. Η μίμηση ως αιτία αυτοκτονίας | 102 |
| E. Ψυχοπαθολογία και αυτοκτονία | 105 |
| E1 Κατάθλιψη και αυτοκτονία | 105 |
| E2 Προηγούμενες απόπειρες | 117 |
| E3 Κατάχρηση ουσιών | 118 |
| E4 Ψυχική υγεία και αυτοκτονία | 120 |
| ΣΤ Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας | 127 |
| ΣΤ1 Επαγγελματική κατάσταση και αυτοκτονία | 127 ¹ |
| ΣΤ2 Σχολείο και αυτοκτονία | 127 |
| ΣΤ3 Θρησκεία και αυτοκτονία | 130 |
| ΣΤ4 Πολιτεία – εθνικές κρίσεις και αυτοκτονία | 130 |
| | |
| Z. Οικογένεια και αυτοκτονία | 131 |
| Z.1 Η εφηβεία σαν οικογενειακή κρίση | 131 |
| Z.2 Ο ρόλος της οικογένειας στην εφηβεία | 138 |
| Z.3 Οικογενειακοί παράγοντες για εκδήλωση αυτοκτονίας | 140 |
| Z.4 Αναπτυξιακά επιτεύγματα εφηβείας και οικογένεια. | |
| Συγκρούσεις και απόπειρες αυτοκτονίας | 150 |
| Z.5 Η σημασία του οικογενειακού συστήματος στην ανάπτυξη τάσεων Αυτοκτονίας | 155 |
| ✓Η. Ψυχοκοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες αυτοκτονίας. (Στρεσογόνοι παράγοντες). | 155 |

| | |
|--|-----|
| 7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 159 |
| Α. Εγωιστικός τύπος | 159 |
| Β. Αλτρουιστικός τύπος | 161 |
| Γ. Άνομη αυτοκτονία | 163 |
| ✓8. ΠΡΟΜΗΝΥΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ | 165 |
| ✓9. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 170 |
| 10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 212 |
| <u>ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΕΡΕΥΝΑ</u> | 224 |
| 1. ΣΚΟΠΟΣ, ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ (ΔΕΙΓΜΑ) | 224 |
| 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ | 226 |
| 3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ | 228 |
| 4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ | 229 |
| <u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u> | 230 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (Ανάλυση και τεκμηρίωση της υπόθεσης) | 230 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 232 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος βρίσκεται αναμφίβολα στο τραγικότερο σημείο στο ευρύ φάσμα των ανθρώπινων συναισθημάτων. Ο θάνατος όμως, από αυτοκτονία – πέρα από την εγγένη τραγικότητά του – εμπεριέχει και τα καταθλιπτικά στοιχεία που δημιουργούν οι υποκειμενικές ενοχές συγγενών και φίλων για την αδυναμία τους και να προβλέψουν και να αποτρέψουν το γεγονός! Επιπρόσθετα στην ευρύτερη κοινή γνώμη γεννάται και το απλό φαινομενικά αλλά φοβερά δύσκολο να δοθεί απάντηση, μονολεκτικό ερώτημα... γιατί;

Είναι αλήθεια ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στον ελλαδικό χώρο μια οδυνηρή έξαρση του τραγικού αυτού φαινομένου. Νέα παιδιά και έφηβοι προερχόμενα από κάθε κοινωνικοοικονομικό στρώμα της σύγχρονης αστικοβιομηχανικής Ελλάδας, θέτουν τέρμα στη ζωή τους, αναιρούν το ύψιστο και ανεπανάληπτα μοναδικό αγαθό της ύπαρξης τους βυθίζοντας ταυτόχρονα σε απόγνωση και πένθος της οικογένειάς τους. Οι ωριμότεροι στην ηλικία μπορούν να διαπιστώσουν όχι μόνο μια έξαρση στη συχνότητα απόπειρας ή επιτυχημένων αυτοκτονιών αλλά και μια σημαντική διεύρυνση των αιτιών της.

Σήμερα τα άτομα που αυτοκτονούν δεν το κάνουν μόνο για τους κλασικά δεδομένους λόγους της ερωτικής απογοήτευσης ή της ανεπανόρθωτης οικονομικής καταστροφής αλλά επιπρόσθετα, επειδή απέτυχαν στις Πανελλήνιες εξετάσεις, επειδή δεν προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της στρατιωτικής ζωής, επειδή βαρέθηκαν την ανιαρότητα της ζωής ή – και αυτό ταυτόχρονα και τραγικότερο και σημαντικότερο – έτσι χωρίς κανένα εμφανή λόγο.

Φυσικά, καθώς αυξάνονται τα τραγικά στατιστικά δεδομένα της αυτοκτονίας αυξάνεται και η ένταση και η συχνότητα του ερωτηματικού γιατί; δια τους επιστήμονες της συμπεριφοράς η απάντηση οριοθετείται από τον ειδικότερο θεωρητικό τους προβληματισμό οι κοινωνιολόγοι αναζητούν την ερμηνεία του φαινομένου σε δομολειτουργικά αίτια της κοινωνικής οργάνωσης των σύγχρονων κοινωνικών συστημάτων, ενώ οι ψυχολόγοι την εστιάζουν σε ενδογενή ή εξωγενή ψυχοπαθολογικά αίτια, σε ανεπάρκεια της προσωπικότητας του ατόμου ή στην αδυναμία του να ικανοποιήσει θεμελιακές υπαρξιακές και ψυχοσυναισθηματικές του ανάγκες. (Γ. Πιπερόπουλος, Αθήνα, 1994).

1. ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονίας μέσα απ' τη βιβλιογραφία με σκοπό τον προσδιορισμό των διαφόρων τύπων της. Ακολουθεί η ταξινόμηση των τύπων της αυτοκτονίας με βάση τις ομοιότητες και τις διαφορές. Τέλος γίνεται αναφορά στους τρόπους που αντιμετωπίζεται το φαινόμενο της αυτοκτονίας στον Ελληνικό χώρο.

Θα δεχόταν κανείς τόσα ρεύματα γενεσιουργά της αυτοκτονίας όσοι θα ήταν και οι διακεκριμένοι τύποι και μετά θα ζητούσε να προσδιορίσει τις αιτίες και την αντίστοιχη σπουδαιότητα τους. Όμως, μια ταξινόμηση των αυτοκτονιών με βάση τις μορφές ή τους μορφολογικούς χαρακτήρες των ατόμων που τις εκτελούν είναι αδύνατη λόγω της σχεδόν απόλυτης έλλειψης των αναγκαίων στοιχείων.

Για να επιχειρηθεί μια τέτοια ταξινόμηση θ' απαιτούσε πολλές περιγραφές ενός μεγάλου αριθμού ατομικών περιπτώσεων. Θα έπρεπε κανείς να γνωρίζει την ψυχολογική κατάσταση του αυτόχειρα τη στιγμή που σχημάτισε την απόφασή του, με ποιο τρόπο προετοιμάστηκε να την πετύχει, πως τελικά την εκτέλεσε, αν ήταν ανήσυχος, θλιμμένος, ενθουσιώδης ή αγχώδης. Τέτοια πληροφόρηση δεν υπάρχει παρά μόνο για ορισμένες περιπτώσεις ψυχικά ασθενών που αυτοκτόνησαν, στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για να σχηματιστούν οι τύποι αυτοκτονίας όπου κάποια ψυχική ασθένεια εμφανίζεται υπεύθυνη.

Έτσι, κρίθηκε σκόπιμο οι διάφοροι τύποι αυτοκτονίας να προσδιορισθούν όχι κατά τρόπο ευθύ με βάση τα μορφολογικά χαρακτηριστικά τους, αλλά με βάση τις αιτίες που τους παράγουν. Κατά το μέτρο που υπάρχουν διαφορετικές αιτίες που οδηγούν στην αυτοκτονία, υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι αυτοκτονιών.

Έτσι, θα εντοπισθούν πρώτα οι αιτίες που πιθανόν οδηγούν κάποια άτομα στην αυτοκτονία και έπειτα θα αξιολογηθούν τα ιδιαίτερα εκείνα χαρακτηριστικά, οι ειδικές συνθήκες που διαφοροποιούν το τελικό αποτέλεσμα. Η ταξινόμηση δηλαδή των αυτοκτονιών αντί να είναι μορφολογική, θα είναι αιτιολογική.

Ο τρόπος αυτός εξυπηρετεί την εργασία διπλά. Αφ' ενός βοηθά να μελετηθεί βαθύτερα η φύση του φαινομένου γνωρίζοντας τις αιτίες που προκαλούν μια συγκεκριμένη μορφή ψυχολογίας των ατόμων που φτάνουν στο σημείο να αυτοκτονήσουν. Παράλληλα, εφόσον κάποιος γνωρίζει τις αιτίες που προκαλούν ένα

κοινωνικό φαινόμενο, είναι πιο εύκολο να αναφερθεί και στις μορφές βοήθειας που ήδη υπάρχουν ή που πρέπει ν' αναπτυχθούν για την πληρέστερη αντιμετώπιση.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η αυτοκτονία των εφήβων αποτελεί σήμερα ένα σοβαρότατο κοινωνικό φαινόμενο. Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η άνοδος του δείκτη των εφήβων και των παιδικών αυτοκτονιών σε μια χώρα είναι ανάλογη με το ρυθμό της ανάπτυξης της. Πάντως οι στατιστικές σχετικά με τις αυτοκτονίες δεν λένε την αλήθεια, γιατί πολλοί γονείς για κοινωνικούς λόγους τις δηλώνουν ως ατυχήματα ιδιαίτερα ύστερα από το 1970 το ποσοστό των αυτοκτονιών των νέων ηλικίας 16-25 ετών σε σύγκριση με το παρεθόν είναι μεγαλύτερο. Μερικοί το ποσοστό των νέων αυτής της ηλικίας, που αυτοκτονούν, το υπολογίζουν σε 7-8% στο σύνολο των εφήβων. Αλλά οπωσδήποτε το ποσοστό 7-8% για τους εφήβους σήμερα είναι σημαντικό και αποτελεί την δεύτερη αιτία του θανάτους τους ύστερα από τα τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας. Ενώ οι θάνατοι από αυτοκτονία ως τα 15 χρόνια κατέχουν τη δέκατη θέση. Η κρίσιμη ηλικία, κατά την οποία παρατηρούνται σήμερα κρούσματα αυτοκτονίας των εφήβων στην Ελλάδα για διάφορους λόγους, είναι η προεφηβική 13-16 ετών.

Οι αυτοκτονίες των νέων στην Ελλάδα από το 1974 ως το 1980 αυξήθηκαν κατά 120% με τα περισσότερα κρούσματα στην ηλικία 13-16 ετών. Από τους εφήβους που την αποτολμούν έρευνα του καθ. Πανεπιστημίου Αθηνών Ε. Παπαθωμόπουλου τα κορίτσια είναι εφταπλάσια από τα αγόρια. Ενώ δηλαδή στα αγόρια οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες από όσο στις κοπέλες, από όσο στις κοπέλες, γιατί αυτά ως πιο τολμηρά επιλέγουν πιο αποτελεσματικά μέσα, αντίθετα οι απόπειρες αυτοκτονίας, που γενικά είναι πολλαπλάσιες από τις αυτοκτονίες, στις κοπέλες είναι συχνότερες από τα αγόρια. Οι περισσότερες στατιστικές αναφέρουν ποσοστό απόπειρας για νέους 15-18 ετών 67% δε μια έρευνα στην Ελλάδα για το διάστημα 1976-1980 σε 1120 απόπειρες το ποσοστό στα αγόρια ήταν 11,6% ενώ στα κορίτσια 88,4%. (Αναστασιάδης Βασ. Κ Αθήνα 1993).

Ο Henry Chabrol (μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα 1987) τονίζει ότι λόγω της συχνότητας, της σοβαρότητας και των συνεπειών, οι τάσεις αυτοκτονίας του έφηβου

αποτελούν ένα ανησυχητικό πρόβλημα της ψυχικής υγείας σ' αυτή την ηλικία. Η εμφάνιση αυτοκτονίας στους έφηβους είναι μικρότερη απ' ότι είναι σε οποιαδήποτε άλλη κατά ηλικία ομάδα, (7-8 στις 100.000 έναντι 15 στον γενικό πληθυσμό). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η συχνότητα αυτή έχει αυξηθεί ταχύτερα απ' ότι η αντίστοιχη συχνότητα στους ενήλικες. Η θνησιμότητα λόγω αυτοκτονίας για 100.00 άτομα ηλικίας 10-20 ετών, ενώ αντίστοιχα 150 για τον γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα αυτών των αποπειρών αυξάνει εξίσου γρήγορα. Οι τάσεις αυτοκτονίας δεν περιορίζονται σ' αυτές τις εκδηλώσεις, αλλά εκφράζονται και μέσα από άλλες μορφές. Ο ορισμός των τάσεων αυτοκτονίας του εφήβου παραμένει αμφιλεγόμενος: μπορεί κανείς να συμπεριλάβει στην αυτοκτονία κάθε πράξη αυτοκαταστροφής ανεξάρτητα από τον βαθμό συνείδησης που την πυροδοτεί, ή επίσης μπορεί να την περιορίσει στις ενέργειες, οι οποίες υποκινούνται από την καθαρή πρόθεση του ατόμου να πεθάνει και τότε εξαιρούνται οι πράξεις, οι οποίες φαινομενικά αποβλέπουν στο να επηρεάσουν το περιβάλλον. Αλλά οι αυτοχειρικές απόπειρες του εφήβου δεν μπορούν να προσεγγισθούν με τέτοιες αντιλήψεις απόλυτες: το διαφορούμενο βρίσκεται μέσα στην ίδια τη φύση τους. Η αυθεντική επιθυμία του ατόμου να πεθάνει μπορεί να συνυπάρχει με το στόχο να επιδράσει στους οικείους του, ή μπορεί να μείνει κρυφή από την συνείδηση του κατά τη διάρκεια της πράξης ή δευτερευόντως μπορεί ακόμα και να κρυφθεί.

Ένας ορισμός, ο οποίος βασίζεται θεωρώντας την ως αναγκαία, στην ύπαρξη συνείδησης της πράξης παραλείπει, την παρέμβαση ασυνείδητων παραγόντων, οι οποίοι συχνά υπερισχύουν. Κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ανάγει στην έννοια της αυτοκτονίας. Η ψυχιατρική υπερασπίστηκε αντιτιθέμενες αντιλήψεις για της τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου: η απόπειρα υποτιμήθηκε και περιορίστηκε στην έκφραση των αναπόφευκτων συγκρούσεων της εφηβείας ή αντίθετα δραματοποιήθηκε θεωρούμενη ως δείγμα σοβαρής ψυχικής παθολογίας.

Η αυτοκτονία του εφήβου είναι μία ανώμαλη επικοινωνία και υποδηλώνει την παθολογία της σχέσεως. Η αυτοκτονία του εφήβου είναι μια πράξη περίπλοκη τόσο στο μηχανισμό όσο και στις λειτουργίες της. Η αυτοκτονία είναι η τελική κοινή οδός, η οποία ενιοποιεί ποικίλους κοινωνικούς, μορφωτικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Η πολλαπλότητα αυτή καθιστά μάταια μια προσέγγιση, η οποία εμπνέεται από το γραμμικό πρότυπο της σχέσης αίτιο-αποτέλεσμα. Η αυτοκτονία είναι συνισταμένη διαφόρων αλληλεπιδράσεων, φαινομένων που επηρεάζονται αμοιβαία με τρόπο κυκλικό. Η ίδια πολλαπλότητα

συναντάται στην λειτουργικότητα της αυτοκτονικής πράξης η οποία μπορεί να ερευνηθεί με μοντέλα ψυχαναλυτικά, συμπεριφοράς και συστημικά. Η αιτία και η λειτουργικότητα στενά συσχετίζονται, οι ψυχολογικές συγχύσεις, οι αντιλήψεις, οι κανόνες επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, οι εναλλαγές ενθαρρύνσεων και τιμωριών βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν μια συνοπτική εικόνα της εφηβικής αυτοκτονίας και της εκδηλώσεως της στην Ελλάδα. Στα επόμενα κεφάλαια θα γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης και τεκμηρίωσης των παραπάνω εισαγωγικών.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Μεταξύ των διαφόρων ειδών θανάτου, μερικά έχουν τον ξέχωρο χαρακτήρα να αποτελούν πράξη του ίδιου του θύματος, καθώς προκύπτει από μια πράξη όπου ο αυτουργός είναι επίσης εκείνος που υποφέρει, και το ίδιο αυτό χαρακτηριστικό από την άλλη μεριά είναι ασφαλώς θεμελιακό στην συνηθισμένη αντίληψη της αυτοκτονίας. Αν η αυτοκτονία συλλαμβάνεται μυϊκή ενέργεια, μπορεί να συμβεί ώστε μια καθαρά αρνητική στάση ή απλά αποχή να έχει την ίδια συνέπεια. Η άρνηση να πάρει κανείς τροφή ελαύνει στην αυτοκτονία το ίδιο όπως η αυτοκαταστροφή μ' ένα σπλέτο ή μ' ένα πυροβόλο όπλο. Έτσι έρχεται η πρώτη διατύπωση: αποκαλείται αυτοκτονία κάθε θάνατος που είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα μιας θετικής ή αρνητικής πράξης που πραγματοποιείται από το ίδιο το θύμα.

Από μόνος του, όμως, ο ορισμός αυτός είναι ατελής, δεν διακρίνει μεταξύ δύο διαφορετικών ειδών θανάτου. Δεν μπορεί να ταξινομηθεί και να αντιμετωπισθεί το ίδιο ο θάνατος ενός θύματος από ψευδαίσθηση που πέφτει από ένα υψηλό παράθυρο θεωρώντας το σαν επιφάνεια του εδάφους, μ' εκείνο ενός πνευματικά υγιούς ανθρώπου που χτυπάται γνωρίζοντας τι πράττει. Η δεύτερη συνισταμένη, λοιπόν, στον ορισμό της αυτοκτονίας κατά τον Durkheim είναι ο συνετός τρόπος με τον οποίο επιτελείται η τελική πράξη, δηλαδή τη στιγμή που το θύμα ενεργεί γνωρίζει το βέβαιο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του, ανεξάρτητα από το λόγο που τον οδήγησε να πράξει έτσι. Ο Durkheim φτάνει στον εξής ορισμό: «αποκαλείται αυτοκτονία κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό. Απόπειρα είναι μια πράξη που προσδιορίστηκε έτσι αλλά υστερεί από τον πραγματικό θάνατο. (Emile Durkheim, μετ. Μ. Μαρκάκης, Αθήνα).

Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια ΠΑΠΥΡΟΣ - ΛΑΡΟΥΣ γίνεται διάκριση ανάμεσα στην κατά κυριολεξία αυτοκτονία ως πράξη ολοκληρωμένη με επισφράγισμα το θάνατο, την απόπειρα αυτοκτονίας ως πράξη ανολοκλήρωτη για το λόγο ότι το υποκείμενο επέζησε και την τάση για αυτοκτονία ως μια σκέψη που έχει μόλις εκδηλωθεί και περιλαμβάνει την απλή νοητική παράσταση της αυτοκτονίας.

2. Η ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ

Η εφηβική ηλικία είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί την φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση. Το πέρασμα αυτό ασφαλώς δεν γίνεται «εν μια νυκτί», αλλά βαθμιαία σ' ένα διάστημα 7-8 ετών. Στο διάστημα αυτό, το αναπτυσσόμενο άτομο, ο έφηβος, δεν είναι πια παιδί ούτε όμως ακόμη ενήλικος. Παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ορισμένα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα που θυμίζουν την ώριμη ηλικία. Γι' αυτό, η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος μεταβατική.

Παρά το μεταβατικό της χαρακτήρα, η εφηβική ηλικία αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο με ειδικά αναπτυξιακά γνωρίσματα και ειδικούς αναπτυξιακούς στόχους που την διαφοροποιούν από τις άλλες εξελικτικές περιόδους.

Έννοια των όρων ήβη και εφηβεία

Η ήβη αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο διάρκειας 2 ως 4 ετών περίπου, βιολογικής ανάπτυξης, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές, τα πρωτεύοντα γνωρίσματα της ήβης, αναφέρονται στα μέρη του γεννητικού συστήματος που συμμετέχουν και είναι αναγκαία για την αναπαραγωγή, όπως είναι η ωρίμανση των γεννητικών αδένων και η παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων, η διόγκωση και η λειτουργική προετοιμασία της μήτρας για τη φιλοξενία του κυήματος, η ανάπτυξη των οργάνων και των αδένων του άρρενος που χρησιμεύουν για την παραγωγή, τη διαφύλαξη και τη διοχέτευση προς τα έξω του σπέρματος κ.α. Άλλες αλλαγές, τα δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης, αναφέρονται σε εξωτερικά - φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι επικουρικά της γενετήσιας λειτουργίας και συμβάλλουν στην ετερόφυλη έλξη και τη σεξουαλική καταλληλότητα, όπως είναι η ηβική κόμη, η διόγκωση των μαστών στα θήλεα, η τρίχωση του προσώπου στα άρρενα, η αλλαγή του τόνου της φωνής κ.τ.λ.

Η εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρότερη αναπτυξιακή περίοδο, διάρκειας 7 ως 8 ετών και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις

βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα. Η εφηβεία δηλαδή είναι έννοια ευρύτερη της ήβης και περιλαμβάνει την ήβη. Η ήβη ασφαλώς αποτελεί την κορυφαία, την πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας, αλλά είναι μόνο το βιολογικό μέρος της εφηβείας. Η εφηβεία αναφέρεται σε όλες τις αλλαγές, τόσο τις βιοσωματικές όσο και τις ψυχολογικές και τις ψυχοκοινωνικές που επισυμβαίνουν στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία.

Ορισμένοι μελετητές χωρίζουν την ήβη σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση, που λέγεται προεφηβεία καλύπτει την περίοδο όπου έχουν μεν αρχίσει να αναπτύσσονται ορισμένα γνωρίσματα της ήβης, π.χ τρίχωση του εφηβαίου, διόγκωση μαστών, χωρίς όμως να παράγονται ακόμη ώριμα σπερματικά κύτταρα. Η δεύτερη φάση καλύπτει την περίοδο όπου υπάρχει μεν παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων αλλά δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί η διαμόρφωση όλων των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης. Ως διαχωριστικό σημείο μεταξύ των δύο αυτών φάσεων συνήθως λαμβάνεται στα κορίτσια η πρώτη έμμηνη ρύση και στα αγόρια η πρώτη εκσπερμάτωση. Ο διαχωρισμός αυτός της ήβης σε δύο επιμέρους φάσεις οδήγησε ορισμένους ερευνητές να θεωρούν την ήβη ως μια περίοδο μεταβατική μεταξύ της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας που η πρώτη της φάση επικαλύπτει το τέλος της παιδικής ηλικίας και η δεύτερη φάση επικαλύπτει την αρχή της εφηβικής ηλικίας. Άλλοι όμως δέχονται ότι ή ήβη και η εφηβεία έχουν κοινή αφετηρία και επομένως όλες οι αλλαγές της ήβης αποτελούν μέρος της εφηβείας και στις δύο περιπτώσεις η ουσία παραμένει η ίδια, ότι δηλαδή η ήβη, είτε μερικώς είτε ολικώς θεωρηθεί ότι ανήκει στην εφηβεία δεν παύει και στις δύο περιπτώσεις να αναφέρεται σε όλες τις προπαρασκευαστικές βιοσωματικές αλλαγές που οδηγούν στην σεξουαλική ικανότητα και καταλληλότητα.

Χρονολογική οριοθέτηση της εφηβείας

Ένα άλλο θέμα που απαιτεί διευκρίνιση είναι η χρονική οριοθέτηση της εφηβικής ηλικίας.

Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων – έναρξη και λήξη- της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Ως αφετηρία της περιόδου λαμβάνεται για αναπαραγωγή και ως πέρας το χρονικό σημείο στο οποίο το άτομο θεωρείται έτοιμο να αναλάβει το ρόλο του ενήλικου. Και τα δύο αυτά χρονικά σημεία είναι

δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς. Είναι δύσκολο π.χ να καθορίσουμε πότε ακριβώς το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή, γιατί η ικανότητα αυτή σχετίζεται με την ωρίμανση των εσωτερικών οργάνων και λειτουργιών. Τα εξωτερικά γεγονότα που χρησιμοποιούνται ως κριτήριο σεξουαλικής ωριμότητας – όπως είναι η πρώτη έμμηνη ρύση στα κορίτσια και η πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια – δεν είναι ασφαλή, γιατί δεν βρίσκονται σε απόλυτη συνάφεια με τις εσωτερικές βιολογικές μεταβολές.

Έχει διαπιστωθεί π.χ ότι συχνά τα κορίτσια δεν παράγουν ώριμα – γονιμοποιήσιμα ωάρια για 1 έως 2 χρόνια μετά την πρώτη έμμηνη ρύση (εφηβική στειρότητα). Άλλωστε υπάρχουν τεράστιες ατομικές και διομαδικές διαφορές στο χρόνο εμφάνισης των εξωτερικών αυτών φαινομένων. Τεράστιες διαφορές επίσης παρουσιάζονται τόσο μεταξύ των κοριτσιών όσο και μεταξύ των αγοριών. Ότι συμβαίνει σ' έναν έφηβο στην ηλικία των 11- 12 ετών π.χ μπορεί να συμβαίνει σε έναν άλλο έφηβο στην ηλικία των 15-16 ετών. (πρώιμη ήβη, όψιμη ήβη).

Ακόμη μεγαλύτερες δυσχέρειες παρουσιάζει ο χρονικός προσδιορισμός του τέλους της εφηβικής ηλικίας γιατί το περιεχόμενο της έννοιας της ωριμότητας καθορίζεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το είδος της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο και είναι επομένως θέμα περισσότερο τόπου και χρόνου. Όσο πιο πολύπλοκη είναι μια κοινωνία (αστική, βιομηχανική, ταχέως αναπτυσσόμενη) τόσο πιο ποικίλοι, απαιτητικοί και ασαφείς είναι οι ρόλοι των ενηλίκων. Συχνά η προετοιμασία και η εκμάθηση των ρόλων αυτών απαιτεί μακρά άσκηση, πολύπλευρη εμπειρία και σε πολλές περιπτώσεις, πολυετή εκπαίδευση. Στις κοινωνίες αυτές η διάρκεια της μεταβατικής περιόδου είναι μακρύτερη από ότι είναι σε απλούστερες κοινωνίες (γεωργικές, αποκεντρωμένες), όπου οι ρόλοι των ενηλίκων είναι λιγότερο απαιτητικοί και σαφέστερα καθορισμένοι. Ασφαλώς τόσο η βιολογική ωρίμανση όσο και η νοητική ανάπτυξη έχουν, στις βασικές τους δομές, ολοκληρωθεί στο ίσο ή το αργότερο στο 18^ο έτος. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι βιολογικά και ψυχοπνευματικά το άτομο είναι ώριμο ήδη από το 18^ο έτος ηλικίας του. Η απόκτηση όμως της ψυχοκοινωνικής ωριμότητας δημιουργεί την ασάφεια και την σύγχυση, γιατί συνάπτεται άμεσα προς τα εκάστοτε κοινωνικά δεδομένα.

Η ασάφεια και η σύγχυση που καλύπτουν το όριο ανάμεσα στην εφηβεία και στην ενηλικίωση, καθώς επίσης και η χωροχρονική εξάρτηση του ορίου αυτού από τα κοινωνικά δεδομένα φαίνονται καθαρά και στις ρυθμίσεις, που προβλέπονται στις διάφορες νομοθεσίες, για θέματα δικαιοπραξίας και αδικοπραξίας τα όρια αυτά

διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία και από εποχή σε εποχή. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια τα όρια αυτά γίνονται, κάτω από πιέσεις των νέων, όλο χαμηλότερα. Εδώ πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι υπάρχει κάποια «πάλη δύναμης» μεταξύ των γενεών. Ασφαλώς, οι μεγαλύτεροι, για να αναγνωρίσουν στους νέους πλήρη δικαιώματα και υποχρεώσεις, επιμένουν στην διατήρηση υψηλότερων ορίων ηλικίας, επικαλούμενοι κυρίως λόγους ανθρωπιστικούς: την προστασία των νέων από κινδύνους που απειλούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία και υπόσταση. Τους κινδύνους αυτούς, υποτίθεται, οι νέοι δεν έχουν ακόμη την ωριμότητα και την εμπειρία να συνειδητοποιήσουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Στην πραγματικότητα όμως, πίσω από την επιμονή αυτή, κρύπτεται μια υπερπροστατευτική διάθεση των γονέων, οι οποίοι θέλουν να διατηρήσουν τον έλεγχο που έχουν επάνω στο πρόγραμμα ζωής και στη συμπεριφορά των παιδιών τους, καθώς επίσης και μια γενικότερη απροθυμία των μεγαλύτερων να απαλλοτριώνουν δικαιώματα και προνόμια που αυτοί κατέχουν, εκχωρώντας τα στους νεώτερους. Η «αντιδικία» αυτή θα πρέπει να υπήρχε σε όλες τις εποχές, αλλά παρέμενε σιωπηρή και συγκαλυμμένη. Τα τελευταία όμως χρόνια, με τη μαζικότερη συμμετοχή των νέων στα κοινά, η διαμάχη αυτή γίνεται πιο ανοικτή και πιο έντονη.

Σύμφωνα με τα προηγούμενα γίνεται φανερό ότι μια ακριβής χρονική οριοθέτηση της εφηβικής ηλικίας είναι συνάρτηση όχι μόνο βιολογικών αλλά και τοποχρονικά καθορισμένων κοινωνικών δεδομένων. Η εφηβική ηλικία αναπτυξιακά φαινόμενα που συμβαίνουν στη δεύτερη 10ετία της ζωής του ατόμου σε ένα διάστημα διάρκειας 7 έως 8 ετών, το οποίο αρχίζει περί το 11^ο έτος στα κορίτσια και περί το 13^ο έτος στα αγόρια, χωρίς ασφαλώς να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι τα φαινόμενα αυτά είναι δυνατό να αρχίζουν να εκτυλίσσονται νωρίτερα ή να συνεχίζουν να υπάρχουν και πέρα από τα χρονικά αυτά όρια. Τα αναπτυξιακά αυτά φαινόμενα της εφηβείας πραγματοποιούνται σε δύο επιμέρους φάσεις: 1) Στην κυρίως εφηβεία από το 11^ο ως το 16^ο έτος περίπου), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο. 2) Στην εφηβική νεότητα (από το 16^ο ως το 20ο έτος περίπου), όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων. Η κυρίως εφηβεία συμπίπτει με την κρίση της εφηβικής ηλικίας, την περίοδο δηλαδή των απότομων και ραγδαίων αλλαγών.

Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά εφηβείας

Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως η περίοδος της ταχύτατης σωματικής αύξησης και της βαθιάς βιοσωματικής μεταλλαγής, της έντονης συναισθηματικότητας και των ετερόφυλων διαφορόντων, της αφηρημένης σκέψης και του ιδεαλισμού, των προσωπικών αξιών και της κρίσης της ταυτότητας.

Στον βιοσωματικό τομέα, οι μεταλλαγές της ήβης είναι απότομες και καθολικές. Είναι αναμφισβήτητο ότι η εφηβεία είναι το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός μετά την γέννηση. Στην φάση αυτή επισυμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος: ύψος, βάρος, αναλογίες, περίγραμμα, θέση και λειτουργία οργάνων και οργανικών συστημάτων, με κορυφαία βιοσωματική μεταβολή των ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας.

Στον νοητικό τομέα η εμφάνιση των αφαιρετικών νοητικών πράξεων δίνει μια άλλη προοπτική στην αντίληψη και κατανόηση του κόσμου. Η σκέψη μπορεί να κινείται στο χώρο όχι μόνο του συγκεκριμένου και του υπαρκτού, όπως συμβαίνει κατά την παιδική ηλικία, αλλά και στο χώρο του πιθανού, των υποθέσεων και των θεωριών. Μπορεί να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται όχι μόνο ότι υπάρχει ή ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα, αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον ή που είναι ακόμη και αντίθετο προς την πραγματικότητα. Εξοπλισμένος λοιπόν ο έφηβος με την αφαιρετική σκέψη μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα εναλλακτικές λύσεις, πέρα από αυτές που εφαρμόζονται στην πραγματικότητα, να εκπονεί και να προτείνει θεωρητικά πρότυπα για την επίλυση των κοινωνικών και ατομικών μας προβλημάτων, να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Με την ανακάλυψη των πολλαπλών εναλλακτικών λύσεων και των θεωρητικών προτύπων, η πραγματικότητα στη σκέψη του εφήβου αποτελεί μια επιμέρους περίπτωση σε μια ολόκληρη δέσμη ποικίλων εναλλακτικών λύσεων. Οι νέες αυτές γνωστικές ικανότητες του εφήβου τροφοδοτούν την ανακαινιστική διάθεση και οδηγούν στην αμφισβήτηση.

Στον συναισθηματικό τομέα, κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης. Η συναισθηματική ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις, όπως μεταξύ υπερδιέγερσης και λήθαργου, πάθους και αδιαφορίας, χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας κ.τ.λ. Μάλιστα, ο έντονος αυτός ψυχικός αναβρασμός της εφηβικής ηλικίας

θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα των βιολογικών αλλαγών της ήβης και κυρίως του ορμονικού συστήματος του εφήβου. Ο Freno έχει διευρύνει τη βιολογική αυτή ερμηνεία για να συμπεριλάβει στους αιτιολογικούς παράγοντες την αφύπνιση της σεξουαλικότητας και τις συγκρούσεις που δημιουργούνται από την αδιάκοπη πάλη ανάμεσα στις βιολογικές- ενστικτώδεις απαιτήσεις του Εκείνου και στους κοινωνικούς περιορισμούς του Υπερεγώ.

Άλλοι ερευνητές δεν συμμερίζονται την άποψη ότι η εφηβεία είναι περίοδος έντονης ψυχικής αναστάτωσης, η οποία μάλιστα έχει βιολογική πρόκληση, αλλά μια πειθαρχημένη και ομαλή αναπτυξιακή παρεία κατά την οποία εμφανίζονται, ωριμάζουν και διαμορφώνονται βαθμιαία τα νέα εφηβικά ενδιαφέροντα, λειτουργίες και ενασχολήσεις.

Φαίνεται ότι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει ο έφηβος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην μορφή και στην έκταση που παίρνει η θυμική αναστάτωση της εφηβικής ηλικίας. Ασφαλώς, ο έφηβος, βιώνει ποικίλες εντάσεις και παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στην συμπεριφορά του, οι οποίες είναι εμφανείς ακόμη και στον απλό παρατηρητή. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται κυρίως στα πρώτα χρόνια της εφηβικής ηλικίας και συμπίπτουν χρονικά με τις μεγάλες βιοσωματικές αλλαγές της ήβης. Η ένταση όμως αυτών των αντιδράσεων καθώς και η διάρκεια τους, δεν είναι μόνο θέμα ιδιοσυγκρασίας του κάθε εφήβου αλλά και της γενικής στάσης των ενήλικων έναντι των νέων. Στις κοινωνίες όπου υπάρχει ασάφεια και σύγχυση γύρω από το όριο ενηλικίωσης, όπου οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των νέων δεν είναι σαφώς καθορισμένα, όπου υπάρχει αμφιθυμία και παλινδρομήσεις εκ μέρους των ενηλίκων, στα θέματα της χειραφέτησης των νέων, όπου η μεταβατική περίοδος προπαρασκευής για το ρόλο του ενηλίκου συνεχώς επιμηκώνεται κ.τ.λ. οι νέοι δεν μπορεί παρά να βιώνουν πολλές και ισχυρές εντάσεις και καταστάσεις άγχους. Στις κοινωνίες αυτές οι πρώτες ανησυχίες των εφήβων για τη «μεταμόρφωση» που υφίσταται το σώμα τους και οι πρώτες συναισθηματικές διαφοροποιήσεις που προκαλεί η ορμονική τους μεταλλαγή και δημιουργούν τον εσωτερικό αναβρασμό και τις έντονες και συχνά αντιφατικές, αντιδράσεις των εφήβων. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο μεταβατικός χαρακτήρας της εφηβικής ηλικίας καθιστά τον έφηβο «οριακό πολίτη» με όλα επιβαρυντικά για την ψυχική ζωή στοιχεία: την ανασφάλεια, την αβεβαιότητα και την έντονη πάλη για την απόκτηση ταυτότητας.

Στον κοινωνικό τομέα, η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους και για συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομηλίκων φθάνει στο αποκορύφωμά της. Ο έφηβος νιώθει έντονη την επιθυμία να κόψει τον ψυχολογικό «ομφάλιο λώρο και να ανεξαρτητοποιηθεί από την οικογένεια. Η έντονη αυτή τάση του εφήβου για αυτονομία και αυτοδιαχείριση συχνά γίνεται η αιτία προστριβών και διακοπής της επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιού, ιδίως στις αυταρχικές οικογένειες. Παράλληλα, η επιθυμία του εφήβου για κοινωνική αποδοχή οδηγεί στην δουλική συμμόρφωση και υποταγή του στην ομάδα των συνομηλίκων. Οι εφηβικές ομάδες αποτελούν είδος «κλειστής κοινωνίας», με δικό τους κώδικα επικοινωνίας και με εξειδικευμένες μορφές συμπεριφοράς για τα μέλη τους (εφηβική κουλτούρα). Ο έφηβος υιοθετεί τα πρότυπα αυτά συμπεριφοράς, ακόμη και τις ιδιορρυθμίες και τις συμβατικότητες της ομάδας (ενδυμασία, argot γλώσσα). Σημαντική διαφοροποίηση υφίστανται οι διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου όχι μόνο προς τους ενήλικους αλλά και προς τους συνομηλίκους, με κορυφαία εκδήλωση την ετερόφυλη σεξουαλική συμπεριφορά.

Οι αναπτυξιακοί στόχοι του εφήβου συνοψίζονται στους εξής: α) Να αποδεχθεί τη νέα μορφή που παίρνει τελικά το σώμα του και να χρησιμοποιεί τις νέες σωματικές και ψυχοκινητικές του δυνατότητες αποτελεσματικά. β) Να διαμορφώσει μια ώριμη ετερόφυλη σχέση και να αποδεχθεί τον κοινωνικό ρόλο του φύλου του. γ) Να εξασφαλίσει μια βέβαιη προοπτική για οικονομική ανεξαρτησία με την εκλογή επαγγέλματος και τη συστηματική προετοιμασία για την άσκηση του επαγγέλματος αυτού. δ) Να αποκτήσει συναισθηματική αυτονομία από τους γονείς και άλλους ενήλικους. ε) Να διαμορφώσει νέες σχέσεις αμοιβαιότητας με τους συνομηλίκους τους και των δύο φύλων. στ) Να αποκτήσει τις γνωστικές δεξιότητες και τις έννοιες που είναι αναγκαίες για την ενεργό συμμετοχή του στην κοινωνική και πολιτική ζωή. ι) Να διαμορφώσει ένα αξιολογικό σύστημα, μια φιλοσοφία της ζωής. η) Να δώσει ικανοποιητική απάντηση στα ερωτήματα: «Ποιος είμαι;», «Από πού έρχομαι;» «Που πηγαίνω;», να αποκτήσει δηλαδή αυτό που ο Erikson αποκαλεί ταυτότητα του Εγώ. (I.N Παρασκευόπουλος, 4^{ος} τόμος, Αθήνα).

Η παραπάνω παρουσίαση της εφηβείας και των χαρακτηριστικών της ω φάση της ανάπτυξης του ανθρώπου είναι απαραίτητη και πολύ χρήσιμη για την μετέπειτα μελέτη και ανάλυση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων. Είναι σημαντική στην εξήγηση και παρουσίαση της ψυχοσύνθεσης του εφήβου που ακολουθεί τον «δρόμο» της αυτοκτονίας και είναι εξίσου σημαντικό να γνωρίζει κανείς τα

βιοσωματικά, τα νοητικά, γνωστικά, τα συναισθηματικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του εφήβου που συντελούν στην ψυχοσύνθεση του και στην λεγόμενη «κρίση της εφηβείας»

Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ταχείας αλλαγής. Από πολύ νωρίς διαπιστώθηκε ότι δεν θα μπορούσε να είναι απαλλαγμένη από διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες θα χαρακτηρίζονταν ως παθολογικές σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής. Η έννοια της κρίσης της εφηβείας, της οποίας ανάκλαση είναι οι συμπεριφορές αυτοκτονίας, υφίσταται τρεις τύπους κριτικής: η κρίση της εφηβείας περιλαμβάνει τελικά συμπεριφορές, ετερογενείς, των οποίων η συχνότητα έχει υπερεκτιμηθεί. Τις συγκροτεί σε μια ενότητα που εξαιτά και που παραπέμπει τόσο στις συγκρούσεις για την απόκτηση της ωριμότητας, όσο και σε μια πραγματική διαστρέβλωση της συμπεριφοράς. Η έννοια της κρίσης της εφηβείας, συγκεντρώνει διάφορες εκδηλώσεις οι οποίες δεν σχετίζονται υποχρεωτικά μεταξύ τους. Ωστόσο είτε παρθεί ως ένδειξη της διαταραχής η συγκινησιακή ζωή του εφήβου είτε η ποιότητα των σχέσεων του με τους γονείς του, είμαστε υποχρεωμένοι ν' αναγνωρίσουμε ότι η κρίση της εφηβείας απέχει πολύ απ' το να είναι υποχρεωτική.

Οι συστηματικές μελέτες έδειξαν ότι στη μεγάλη πλειοψηφία οι έφηβοι καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα μιας πειθαρχίας, μοιράζονται με τους γονείς τους ένα κοινό σύνολο αξιών με το οποίο συμφωνούν και διατηρούν αρμονικές σχέσεις με την οικογένειά τους. Η θορυβώδης διαταραχής, συμμετέχει, σε αυτά τα εσφαλμένα κοινωνικά στερεότυπα, τα οποία δεν είναι απαλλαγμένα από αρνητικές επιδράσεις στους γονείς και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τους εφήβους. Για μακρύ χρονικό διάστημα, η αντίληψη της κρίσης της εφηβείας χρησίμευε για να αποφευχθεί η συζήτηση πάνω στο φυσιολογικό και στο παθολογικό στον έφηβο. Έχει υπογραμμισθεί η δυσκολία, ή ακόμη και το αδύνατο να διακριθούν αυτές οι δύο καταστάσεις. Πάρα πολύ συχνά χρησιμοποιείται η έννοια της κρίσης της εφηβείας για να υποτιμηθούν οι απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Οπότε δεν θα μπορούσε να μην υποστηρίζει κανείς, ότι «η απόπειρα αυτοκτονίας, συχνά δεν είναι παρά η ανάκλαση της φυσιολογικής ανησυχίας αυτής της περιόδου της ζωής¹». (Henry Chedrol, μετ. Αν. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

3. ΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ- -Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΕΦΗΒΟΣ ΣΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΟΜΑΔΑΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.

Ο Ν. Τάτσης (επιμ. Ι Τσιάντης, Αθήνα, 1997) αναφέρεται στον Έλληνα έφηβο και στην προσπάθεια ενσωμάτωσης του στην σημερινή κοινωνική κατάσταση. Τα παρακάτω βοηθούν στην διαπίστωση των βασικών προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι έφηβοι προσπαθώντας να επιτύχουν την αυτονομία και την εξιδανίκευση τους.

Πρώτα απ' όλα, ένας νέος άνθρωπος στην εφηβεία ζει εν μέσω μιας ποικιλίας ετερογενών συστημάτων αξίας που συναγωνίζονται εντονότατα για την κυριαρχία και τα οποία είναι αποτέλεσμα του πρόσφατου κοινωνικού τεμαχισμού. Κανένα από αυτά δεν μπορεί πλέον να διεκδικήσει την επίσημη υπεροχή. Οι παραδοσιακές βάσεις νομιμοποίησης έχουν είτε εξασθενήσει είτε αμφισβητηθεί. Ο έφηβος «lebensndt» που βρίσκεται μεταξύ «πολλαπλών κοινωνικών πραγματικοτήτων», κινείται διαρκώς ή θα μπορούσε δυνητικά να περάσει από μια ποικιλία εκφράσεων αξιών, από την επαρχιακή λατρεία της παράδοσης και την ορθοδοξία σε άλλα θρησκευτικά δόγματα, στον λιμπεραλισμό ή στον σοσιαλισμό, στην υποκουλτούρα της μεσαίας τάξης, στον κόσμο της επιστημονικής πραγματεία, στον χουλιγκανισμό και στις ομάδες που στοχεύουν στα ναρκωτικά. Αυτό οδηγεί αναμφίβολα σε ένα επικίνδυνο εκλεκτισμό για τον έφηβο, ο οποίος δεν είναι δυνατόν να διεκδικήσει την ωριμότητα που συχνά χρειάζεται, ώστε να ανοίξει ικανά τον δρόμο του μέσα από τα ριψοκίνδυνα μονοπάτια του κύκλου της ζωής.

Δεύτερον, οι φορείς κοινωνικοποίησης που ασκούσαν επιρροή προηγουμένως, όπως η οικογένεια, γίνονται όλο και λιγότερο ικανοί να ολοκληρώσουν την παλιά αποστολή τους. Οι λειτουργίες της οικογένειας δεν ρυθμίζουν πλέον τη ζωή των μελών της με έναν ολοκληρωτικό τρόπο και οι εναλλακτικοί θεσμοί έχουν στερήσει από την οικογένεια όλα τα τυπικά της καθήκοντα. Η οικογένεια βρίσκεται υπό πολιορκία ²

Από την άλλη πλευρά, η μεταβαλλόμενη θέση των γυναικών και η συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό έχουν κυριολεκτικά αρνηθεί το μητρικό ρόλο ως καθοδηγητικό σύμβολο. Επίσης θα πρεπε κανείς να προσθέσει την αρνητική επιρροή των μέσων ενημέρωσης και βασικά της τηλεόρασης, τα οποία εισβάλλουν σε κάθε

σπίτι, που αποτελεί τα οικογενειακά εδάφη και το καταλαμβάνουν σαν να ήταν ιδεολογική τους αποικία. Ο Travin Hiisch έχει δίκιο για την παραπτωματικότητα μεταξύ των εφήβων. Οι εξασθενίζοντες κοινωνικοί δεσμοί την εξηγούν πλήρως.

Τρίτον, μπορεί κανείς να τολμήσει να εισέλθει στις δομικές αντιφάσεις του συστήματος³, το πιο σημαντικό στοιχείο είναι η ισορροπία μεταξύ των θεσμικών στόχων και των θεσμοθετημένων μέσων. Δεδομένου λοιπόν ότι οι στόχοι πάσχουν από την κρίση αξιών στον πολιτιστικό πλουραλισμό της Ελλάδος, πως θα κάνει επιλογές ο αποπροσανατολισμένος έφηβος; Δεδομένης της καθιερωμένης αποδοχής ή απόρριψης των στόχων, γιατί θα πρεπε ο έφηβος να τους αποδώσει την οποιαδήποτε έννοια ηρότητας, την οποία είχαν πριν από τη σχετικοποίηση τους από τον εγκόσμιο ηθικό μας κώδικα; και δεδομένης της έλλειψης επαρκών μέσων ώστε να επιτευχθούν οι θεσμικά καθορισμένοι κοινωνικοί ρόλοι για διάφορες μη προνομιούχες ομάδες στις περισσότερες κοινωνίες σήμερα, πως μπορούν οι έφηβοι να αποφύγουν τον καταστρεπτικό συνήθως κυνισμό ως προς το άσχετο των αξιών;

Τέταρτον, η υποκουλτούρα των νέων προσφέρει εναλλακτικούς τρόπους ζωής με αξίες οι οποίες είναι ιδιαιτέρως διαφοροποιημένες από την κυρίαρχη ιδεολογία και συχνά την αντικρούουν. Από εκτεταμένες μελέτες- έρευνες, πάνω στο θέμα αυτό⁴, είναι γνωστή πολύ καλά η ισχυρή έλξη της διέγερσης που προκαλεί η υποκουλτούρα. Δεν είναι μόνο ότι δίνει στους εφήβους πραγματικά ευκαιρίες για να κάνουν πράγματα, αλλά επίσης προσφέρει την απύουσα θέση που η κοινωνία γενικά τους έχει αρνηθεί. Συνεπώς, όταν οι εμφανιζόμενες αξίες της υποκουλτούρας των νέων εισχωρήσουν στον κόσμο των εφήβων, τον κυριεύουν ολοκληρωτικά. Οι μαζικές κοινωνίες, οι οποίες διαρκώς εξαπατώνται από ρεύματα ιδεών και είδωλα, πλήττουν τους εφήβους με περιοδικές κρίσεις αξιών μεγαλύτερων διαστάσεων.

4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

A. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Αξιοσημείωτο είναι να αναπτυχθούν μερικές θεωρίες σχετικές με την αυτοκτονία οι οποίες θα αναλύσουν την αυτοκτονία ως πράξη στην ψυχοσύνθεση του εφήβου.

Για να συζητηθεί η δυναμική της αυτοκτονίας στους εφήβους, πρέπει πρώτα να εξετασθεί η έννοια που δίνει ο ίδιος στον θάνατο από την παιδική ηλικία ως την εφηβεία. Αυτό εξαρτάται από το επίπεδο ανάπτυξης της αντίληψης στο παιδί από αυτήν την άποψη, διακρίνονται τρία στάδια σύμφωνα με την θεωρία του Piaget:

Το πρώτο, μέχρι την ηλικία των 5 ή 6 χρονών, είναι το στάδιο της προλειτουργικής σκέψης, προτού εμπεδωθούν η αιτιολογία και η διατήρηση. Μέχρι αυτήν την ηλικία το παιδί δεν κατανοεί καλά την σχέση ανάμεσα στην αιτία και το αποτέλεσμα και δεν έχει ακόμη λογική, η σκέψη του κυβερνάται από μαγικές αντιλήψεις και εγωκεντρικές ιδέες. Το παιδί έχει συνειδητοποιήσει ότι οι άνθρωποι ή τα ζώα πεθαίνουν αλλά ο θάνατος βιώνεται σαν πρόσκαιρη απουσία ή εφήμερος αποχωρισμός. Είναι χαρακτηριστικό ότι το παιδί σ' αυτήν την ηλικία παίζει παιχνίδια που έχουν σχέση με θάνατο ή φόνο αλλά οι νεκροί επαναφέρονται αμέσως στην ζωή για να θανατωθούν αμέσως πάλι. Η αυτοκτονία σ' αυτή την ηλικία είναι μια παρορμητική πράξη του παιδιού για να κρυφτεί ή ν' απομακρυνθεί από μια κατάσταση που προκαλεί πόνο ή δυσφορία. Η προμελέτη είναι αδύνατη και στις σπάνιες περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί, το παιδί συνήθως ρίχνεται στο κενό από ψηλά.

Ανάμεσα στην ηλικία των 7 και 12 χρονών τα παιδιά αναπτύσσουν αυτό που ο Piaget αποκαλεί λειτουργική σκέψη, πάνω σ' αυτή αναπτύσσονται λογική, αιτιότητα και διατήρηση όγκου και μάζα, παράλληλα με το αίσθημα της ηθικής. Το παιδί αυτής της ηλικίας κατανοεί τη ζωή σαν ένα βιολογικό φαινόμενο που βασίζεται πάνω σε ορισμένες θεμελιακές λειτουργίες, ξέρει πως όταν αυτές οι λειτουργίες σταματήσουν, σταματάει και η ζωή και τότε μιλάμε για θάνατο. Σαν αποτέλεσμα, το παιδί αυτής της ηλικίας συλλαμβάνει διανοητικά τη μονιμότητα του θανάτου αλλά, επειδή δεν είναι ακόμη σε θέση να κάνει ένα καθαρό κι οριστικό διαχωρισμό ανάμεσα στην εσωτερική κι εξωτερική πραγματικότητα, δεν αποδέχεται ποτέ απόλυτα το ανέκκλητο

του θανάτου. Έτσι όταν ένας γονιός ή φίλος ή αγαπημένο ζώο πεθαίνει, οι αναμνήσεις και η νοσταλγία για το χαμένο πρόσωπο ή ζώο είναι τόσο ζωντανές που το παιδί, μολονότι καταλαβαίνει τι είναι ζωή και τι θάνατος, ενδόμυχα πιστεύει ότι ο θάνατος δεν είναι παντοπνός. Έχει αναφερθεί ότι παιδιά μικρότερα των 12 χρονών με τάσεις αυτοκτονίας και ώριμη γενικά αντίληψη για το θάνατο, πιστεύουν ότι ο δικός τους θάνατος δεν θα είναι οριστικός. Η αυτοκτονία σ' αυτή την ηλικία είναι ακόμα μια παρορμητική πράξη, ωστόσο δεν είναι ασυνήθιστο να παρουσιαστεί προμελέτη σε αυτοκτονίες παιδιών ηλικίας 7 ή 8 χρονών. Για παράδειγμα στα 12 και 15 χρόνια η σκέψη του παιδιού αναπτύσσει τυπικές λειτουργίες, δηλαδή γίνεται θεωρητική, υποθετικοσυμπερασματική και ικανή να κατανοήσει τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο. Το παιδί των 14 ή 15 χρονών αντιλαμβάνεται τις ιδέες της ελεύθερης βούλησης και μπορεί να προβληματιστεί πάνω στο δικαίωμα του ατόμου να διαλέξει τω ζωή ή το θάνατο. Η αντίληψη για το θάνατο σ' αυτή την ηλικία δε διαφέρει πολύ από εκείνη του ενήλικα. Τα τρία στάδια του Piaget διαμορφώνουν μια αντίληψη στον έφηβο όπου από τα 15 μέχρι τα 18 του χρόνια έχοντας περισσότερη ενέργεια και σύγχυση επιλέγει την ζωή ή την αυτοκτονία ανάλογα με την αντίληψη του για τον θάνατο. (I. Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος, Αθήνα 1988).

Ο Henry Chabrol (μετ. Α. Γερζόγλου, Αθήνα 1987) αναφέρει ότι σύμφωνα με την παραδοσιακή αντίληψη του Freud (1916), η αυτοκτονία και η κατάθλιψη υπάγονται στην επιθετικότητα η οποία στρέφεται ενάντια στο υποκείμενο. Αυτή η θέση η οποία θεσμοθετεί την υπαγωγή του φαινομένου της κατάθλιψης αναφορικά με τη δράση των επιθετικών ενορμήσεων αμφισβητήθηκε από κριτικές που προέρχονται, τόσο από την ίδια την ψυχαναλυτική θεωρία, όσο και από ξένες, ως προς αυτήν πηγές. Ο Bibring (1953) ήταν ο πρώτος ο οποίος διεκδίκησε την αυτονομία της κατάθλιψης και της έδωσε τη διάσταση ενός πρωταρχικού συναισθηματικού φαινομένου, ανεξάρτητου από την παρέμβαση των επιθετικών ενορμήσεων. Με την ίδια προοπτική, η νοητική προσέγγιση και αυτή που μελετά τη συμπεριφορά ενδιαφέρθηκαν γι' αυτό που προκαθορίζει η επιθυμία θανάτου και το οποίο είναι σχετικά ανεξάρτητο από την κατάθλιψη και την επιθετικότητα.

Όσον αφορά την αντίληψη του θανάτου στον έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας αναφέρει ότι ορισμένοι, επιδίωξαν να συνδέσουν την έννοια της αυτοκτονίας με το βαθμό ωριμότητας με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια του θανάτου: μια αυτοχερική πράξη έχει την έννοια μιας πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας, μόνο σε μια προσωπικότητα που έχει αναγνωρίσει τον οριστικό και μη αναστρέψιμο

χαρακτήρα του θανάτου, ο οποίος συλλαμβάνεται ως παύση κάθε φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας. Η αντίληψη του θανάτου εμφανίζεται και αναπτύσσεται κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας αλλά μόνο στην εφηβεία ο θάνατος παρομοιάζεται με μια τέλεια και αθεράπευτη διακοπή όλων των εκδηλώσεων του ατόμου. Στην εξέλιξη αυτής της ιδέας πρέπει να διαχωριστεί η συνειδητή γνώση της ιδέας του θανάτου από τις συνειδητές και ασυνείδητες φαντασιώσεις που συνδέονται μ' αυτήν. Πραγματικά η ιδέα του θανάτου μας παραπέμπει σε διάφορα επίπεδα νοημάτων και συνειδήσεως τα οποία συνυπάρχουν στο ίδιο το άτομο και τελικά, δεν θα πρέπει να δώσουμε προεξάρχοντα ρόλο στην πιο ολοκληρωμένη του έκφραση. Έτσι η επιθυμία του θανάτου καλύπτει ένα σύνολο ετερογενών και αντιφατικών τάσεων. Αντί λοιπόν να θεωρήσουμε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας απορρέει από μια ώριμη αντίληψη του θανάτου μπορούμε να αναρωτηθούμε αν, αντίθετα δεν την επιτρέπει μια ώριμη στάση απέναντι στο θάνατο, η οποία παραμένει. Η ιδέα του θανάτου στους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, έχει αξιολογηθεί μέσα από δύο προοπτικές: η μια αξιολογεί την συνειδητή γνώση του θανάτου, και η άλλη διερευνά τις φαντασιώσεις που συνδέονται με το θάνατο.

Κάθε φαντασιωσική δραστηριότητα η οποία προικίζει τον θάνατο με νέες ιδιότητες που επιτρέπουν να επιβιώσει ένα μέρος του υποκειμένου το οποίο θα επωφεληθεί από αυτό, συμβάλλει στο να φαίνεται ο θάνατος απαλλαγμένος από την πραγματικότητα του: «Τη στιγμή της αυτοκτονίας, ο έφηβος νιώθει ότι το σώμα του είναι χωρισμένο από τον ίδιο και δεν του ανήκει⁵. «Πεθαίνω σημαίνει σκοτώνω το σώμα αλλά όχι απαραίτητα το πνεύμα⁶». Ο θάνατος σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση, ειρήνη. Η επιθυμία του θανάτου μας παραπέμπει στην επιθυμία του ατόμου να ζήσει μια άλλη ζωή, απαλλαγμένη σκέψης στην οποία συμμετέχει και το είδος της «διχοτομικής σκέψης» το οποίο ο Neuriuger (1976) διεξοδικά διερεύνησε στηριζόμενος στην διαφορετικότητα από την σημειωτική κλίμακα του Osgood (1957). Το άτομο οφείλει να παραθέτει έννοιες σε μια διπολική κλίμακα. Σύμφωνα με τον Neuriuger η συστηματική επιλογή των ακραίων ποιοτικών χαρακτηριστικών μαρτυρά μια διχοτόμηση της σκέψης, η οποία αποδεικνύεται χαρακτηριστική για τα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, σε σύγκριση με ψυχασθενείς και τα φυσιολογικά άτομα.

Όλοι οι έφηβοι σκέφτονται με διχοτομικό τρόπο αλλά οι περισσότεροι έχουν την δυνατότητα να μεταφέρουν ή να αγνοούν αυτές τις διχοτομήσεις. Η παρεκκλίνουσα διχοτομική άποψη εκδηλώνεται με την αυστηρή προσκόλληση σε ακραίες θέσεις, μέρος της μετριοπάθειας και των αποχρώσεων της σκέψης.

Τα άλλα ψυχολογικά στοιχεία σχετίζονται με τους μηχανισμούς προσαρμογής. Η πρώτη από αυτές τις ιδιαιτερότητες μας παραπέμπει στον «τόπο ελέγχου». Ο τόπος ελέγχου περιγράφει τις γενικές προσδοκίες του ατόμου σχετικά με τον εσωτερικό και εξωτερικό καθορισμό των ενθαρρύνσεων. Η πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί το ίδιο να επηρεάσει το περιβάλλον του με τις πράξεις του και ότι έχει την κυριότητα των γεγονότων της ζωής του, ισοδυναμεί με έναν εξωτερικό τόπο ελέγχου. Εύκολα γίνεται αντιληπτό, ότι μια τέτοια πεποίθηση σε περίοδο κρίσης, οδηγεί σε κατάσταση θλίψης από εντάσεις και καταναγκασμούς, στην οποία η δεύτερη έννοια αυτής της στάσης είναι η προσέγγιση της αθανασίας⁷. Η πράξη αυτοκτονίας γίνεται μέσο για να θριαμβεύσει το υποκείμενο πάνω στο θάνατο και να επιτύχει την αθανασία του: αυτές οι θετικές διαστρεβλώσεις του θανάτου μαρτυρούν περισσότερο από την ανωριμότητα μια πραγματικά παράφορη αντίληψη του θανάτου. Μια τέτοια θέση παραγνωρίζει την ανάδυση αρχικών και επαναστρεφομένων οραματισμών στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας και αρνείται τον οριστικό και αναπόφευκτο χαρακτήρα του θανάτου.

Η προσέγγιση με βάση τις νοητικές διεργασίες και τη θεωρία της συμπεριφοράς εξομοιώνει την αυτοκτονία με μια συμπεριφορά που τείνει να επιλύσει τα υπάρχοντα προβλήματα. Η αδυναμία του ατόμου να ελέγχει μια ανυπόφορη κατάσταση, η πεποίθηση του ότι του είναι, αδύνατο να ξεφύγει από αυτή, γεννούν μια κατάσταση δυστυχίας η οποία ενεργοποιεί το αίσθημα της απώλειας, του ελέγχου πάνω στο περιβάλλον. Η αυτοκτονία λοιπόν έχει την έννοια μιας ύστατης απόπειρας διαφυγής από μια ανυπόφορη σύγκρουση. Η επιθυμία δια θανάτου, μπορεί, μερικώς να γίνει αντιληπτή ως συνέπεια της αποτυχίας όλων των μηχανισμών επίδρασης στο περιβάλλον. Μέσα από αυτήν την προοπτική, η αυτοκτονία εμφανίζεται ως δευτερογενής ως προς την έλλειψη των διεργασιών προσαρμογής της οποίας αναζητήθηκε η καταγωγή στις νοητικές ιδιομορφίες του ατόμου.

Αυτοί οι νοητικοί χαρακτήρες των οποίων η εξειδίκευση ποικίλλει ως προς τις αυτοκτονικές συμπεριφορές συμμετέχουν σε μια πραγματική οργάνωση της σκέψης,

που αφορά τον τρόπο αντίληψης, ερμηνείας και αντίδρασης απέναντι στην εσωτερική και εξωτερική εμπειρία. Η σταθερότητα τους μέσα στο χρόνο, ο κοινός χαρακτήρας που εμφανίζουν στις διάφορες κατηγορίες αυτοκτονίας, η ανεξαρτησία τους ως προς τον δείκτη νοημοσύνης μας επιτρέπουν να υποθέσουμε την ύπαρξη ενός γενικευμένου τρόπου νοήσεως στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας.

Ξεκινώντας από μελέτες που χρησιμοποιούν αντικειμενικές ψυχολογικές μεθόδους αξιολόγησης, κατορθώθηκε η σαφήνεια ορισμένων νοητικών ιδιαιτεροτήτων, οι οποίες συνεργούν στο να ελαττωθούν οι ικανότητες των ατόμων με τάσεις αυτοκτονίας, να βρίσκουν διέξοδο σε μια κατάσταση σύγκρουσης. Η αδυναμία στη σκέψη των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας ώστε να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα, έχει καταστεί αντικειμενικά παραδεκτή. Αρχικά αυτή η διανοητική ανεπάρκεια παραπέμπει σε μια ακαμψία της.

Η «εξάρτηση από το πεδίο» είναι η δεύτερη ψυχολογική ιδιομορφία η οποία δυσχεραίνει την υπάρχουσα ανεπάρκεια της τάσης για επίλυση των προβλημάτων. Έγινε προσπάθεια⁸ να προσδιορισθεί ένας γενικευμένος τρόπος νόησης στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας χρησιμοποιώντας την αντίληψη της εξάρτησης από το πεδίο, όπως αναπτύχθηκε⁹, σύμφωνα με τις θεωρίες της ψυχολογίας της μορφής. Διαφορετικές δοκιμασίες αντίληψης και προσανατολισμού στο χώρο επιτρέπουν την απομόνωση ενός γενικού παράγοντα, η εξάρτηση από το πεδίο. Έτσι οδηγούμαστε στην αντιπαράθεση δύο κατηγοριών ατόμων: στην μια ανήκουν τα άτομα τα οποία εξαρτώνται από το πεδίο, ελέγχονται από την γενική οργάνωση του εξωτερικού πεδίου, με το οποίο, είναι συντεταγμένοι και δεν μπορούν να απαλλαγούν από την επίδραση του. Στην αντίθετη περίπτωση τα ανεξάρτητα από το πεδίο άτομα ανθίστανται, κατά τη δοκιμασία της αντίληψης, στις μεταβολές του οπτικού πεδίου του οποίου τα στοιχεία τα θεωρούν ως διάκριτα και διαφοροποιημένα.

Αλλά η έννοια της εξάρτησης από το πεδίο δεν περιορίζεται στην αντίληψη: σύμφωνα με τον Witkin, διαμέσου της εξάρτησης από το πεδίο, μελετάται η ικανότητα για αντίληψη, σε περισσότερο γενικευμένη διάσταση, η οποία αφορά τη νοητική οργάνωση: η εξάρτηση από το πεδίο παραπέμπει σ' ένα νοητικό ύφος το οποίο χαρακτηρίζει την προσωπικότητα και εμφανίζεται από την παιδική ηλικία.

Ιδιαίτερα, ορίζει τον τρόπο αντίδρασης σε μια περίπλοκη πληροφορία την οποία το άτομο, το οποίο εξαρτάται από το πεδίο, αντιλαμβάνεται σαν ένα σφαιρικό και αδιαφοροποίητο σύνολο. Μέσα σ' αυτό το συγκεκριμένο σύνολο, το οποίο θεωρείται μοναδικό, υπάρχουν δυσκολίες στην εξαγωγή ενός στοιχείου, κατάλληλου για το έργο που πρέπει να εκτελεστεί. Στην μελέτη που παρουσιάστηκε από τον Levenson αποκαλύπτεται ότι τα άτομα τα οποία έχουν διαπράξει μια σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας, εξαρτώνται από το πεδίο, χαρακτηριστικά το οποίο δεν επαληθεύτηκε από τον Gosalver. Ο Levenson προτείνει, μια πρωτότυπη ερμηνεία αυτής της συσχέτισης στην οποία βλέπει μια σχέση αιτιότητας: το άτομο το οποίο εξαρτάται από το πεδίο, αντιλαμβάνεται τον κόσμο σφαιρικά και είναι «κλεισμένο σ' ένα περιβάλλον του οποίου η σταθερότητα είναι αναγκαία για την βέλτιστη λειτουργία του». Αν αλλάξει ακόμα και ένα τμήμα του φαίνεται ότι ανατράπηκε το σύνολο κάθε παραλλαγή του περιβάλλοντος τοποθετεί το άτομο μπροστά σε μια εντελώς καινούργια κατάσταση, η οποία απαιτεί μια αύξηση των προσπαθειών προσαρμογής, που, πιθανά, δεν μπορεί να προσφέρει.

Όπως η αντίληψη του χώρου, έτσι και η αντίληψη του χρόνου είναι βαθιά τροποποιημένη: η διάρκεια των καθορισμένων χρονικών διαστημάτων εκτιμάται ως πιο σύντομη στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας απ' ότι σε φυσιολογικά ή ηλικιωμένα και άρρωστα άτομα. Το άτομο που έχει τάσεις αυτοκτονίας, τοποθετείται σ' ένα επίμονο παρόν. Το μέλλον για τους άλλους μπορεί να το αντιληφθεί παραμορφωμένο από την απαισιοδοξία. Είναι ένας παράγοντας αρνητικής αξιολόγησης του μέλλοντος. Αυτός ο παράγοντας είναι στενότερα συνδεδεμένος με τη βαρύτητα της προθέσεως παρά με την ένταση της κατάθλιψης.

Ξέροντας τους πρότυπους καθορισμούς της αυτοχειρικής πρόθεσης, η έκφραση με νοητικούς μηχανισμούς, η οποία τονίζει πρωταρχικές παραγραφές της σκέψης όσον αφορά την αυτοκτονική συμπεριφορά, είναι μια άλλη πρόταση απ' ότι οι ψυχοδυναμικές αντιλήψεις. Προτεινόμενη της μια λογική της αυτοκτονίας έξω από το πλαίσιο της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Αυτές οι δύο προοπτικές, μάλλον θα αλληλοσυμπληρώνονται και θα αποκλείουν η μια την άλλη και η γόνιμη αντιπαράθεσή τους θα οδηγήσει στον εμπλουτισμό της γνώσης για την αυτοκτονία του εφήβου.

Α. ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ο Ι. Τσιάντης (Αθήνα, 1998) αναφέρεται και στις θεωρίες της φυσιολογικής και παθολογικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Αξίζει τον κόπο να τονισθεί η κοινή, αν και σιωπηρή συχνά, πίστη μας στην ιδέα ότι οι θεωρίες της φυσιολογικής και της αποκλίνουσας ανάπτυξης θα πρέπει, κατά κάποιο τρόπο, να είναι «αλληλοσυμπληρούμενες»¹⁰ ή να διατίθενται ως «σετ»¹¹. Δηλαδή, ακόμη κι αν δεν εφαρμόζεται πάντα στην πράξη, υπάρχει μια γενική συμφωνία ως προς την αρχή ότι κάθε θεωρία της φυσιολογικής ανάπτυξης εμπεριέχει απαραίτητως κάποια, ίσως υπολανθάνουσα, θεωρία αναπτυξιακής απόκλισης, ακριβώς όπως κάθε επαρκής θεωρία της ψυχοπαθολογίας πρέπει να έχει εξυφανθεί, έχοντας ως υπόβαθρο μια λίγο ως πολύ εκπεφρασμένη περιγραφή της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας.

Μια φυσική απόρροια, όλων αυτών των απόψεων περί «αλληλοσυμπλήρωσης» ή αυτού που ο Keating περιγράφει ως «ενότητα της αναπτυξιακής θεωρίας» είναι ότι εάν κάθε περιγραφή της αποκλίνουσας ανάπτυξης περιορίζεται αναγκαστικά από την θεωρία της φυσιολογικής ανάπτυξης στην οποία βασίζεται, τότε τα ίδια προβλήματα της ριζοσπαστικής ασυμμετρίας, που κατέτρεχαν την μελέτη της φυσιολογικής ανάπτυξης, θα απασχολήσουν, αναγκαστικά, και τη νεώτερη μελέτη της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Δηλαδή, εάν δεν προκύψει κάποια απρόβλεπτη ομοφωνία ως προς την φύση της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας, η προοπτική μιας και μοναδικής, ενοποιημένης θεωρίας της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να θεωρείται, στην καλύτερη περίπτωση, μάλλον αδύνατη. Στη θέση μιας τέτοιας, απίθανης οικουμενικής άποψης, είμαστε υποχρεωμένοι να ερευνήσουμε τον τρόπο με τον οποίο κάποια συγκεκριμένη θεωρία της φυσιολογικής ανάπτυξης διανοίγει ερμηνευτικές δυνατότητες και συγχρόνως θέτει ερμηνευτικά όρια στα διάφορα είδη των ψυχοπαθολογικών διεργασιών που ελπίζουμε να κατανοήσουμε.

Το πρώτο βήμα στην προσπάθεια να μελετηθούν οι πιθανοί τρόποι με τους οποίους οι διάφορες θεωρίες της φυσιολογικής ανάπτυξης περιορίζουν σε διαφορετικό βαθμό την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας είναι να υπολογισθεί, ίσως,

πόσα πολύ διαφορετικά, είδη θεωριών της φυσιολογικής ανάπτυξης θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν.

Αφήνοντας κατά μέρος, ως μη ενδιαφέροντα, τα διάφορα ανεδαιφικά μοντέλα που προσπαθούν να παρακάμψουν οποιαδήποτε ουσιώδη διαφορά μεταξύ ανάπτυξης και απλής αλλαγής Blasi 1983 τουλάχιστον προσωρινή απάντηση φαίνεται να είναι ότι το υπόλοιπο μέρος ανταγωνιστικών τύπων θεωρίας, οι οποίες μπορούν να τοποθετηθούν μέσα στις διατέμνουσες δύο ορθογώνιων διαστάσεων. Η μια υποτέμνει τις διαφορές μεταξύ των θεωριών που τονίζουν την ποσοτική σε αντίθεση με την ποιοτική αλλαγή. Η άλλη χωρίζει τις περιγραφές που απεικονίζουν την ανάπτυξη ως ενοποιημένη ή μονολιθική από εκείνες που χαρακτηρίζουν την ίδια αναπτυξιακή διεργασία ως ταυτοχρόνως εκδιπλούμενη κατά μήκος πολυσχιδών ή πολλαπλών ανεξάρτητων αναπτυξιακών διαδρομών. Τοποθετημένη μέσα σε ένα τέτοιο αξονικό πλαίσιο, η θεωρία του Piaget, για παράδειγμα, αποτελεί παράδειγμα των μοντέλων που αποκαλούνται απλά ενοποιητικά μοντέλα προόδου, στα οποία οι ασυνεχείς ποιοτικές αλλαγές θεωρούνται ότι κινούνται κατά μήκος ενός λίγο ως πολύ ενοποιημένου ή μονολιθικού μετώπου. Αντίθετα, οι περισσότερες σύγχρονες θεωρίες της «ανάπτυξης σε όλη τη διάρκεια της ζωής» υιοθετούν¹² την ακριβώς αντίθετη θέση, παρουσιάζοντας την ανάπτυξη, να προχωρά κατά μήκος πολυσχιδών, λίγο ως πολύ ανεξάρτητων, αναπτυξιακών τροχιών, ενώ θεωρούν γενικά την πρόοδο αυτών των μετώπων ως συσσωρευτικό αποτέλεσμα μιας σειράς, κατά κάποιο τρόπο, σταδιακών ή συνεχών ποσοτικών αλλαγών. Οι άλλες κυψέλες αυτού του πίνακα ενδεχομένως, αν και γενικά λιγότερο πολυπρόσωπες, είναι, παρ' όλα αυτά, «επανδρωμένες», στη μια περίπτωση, από θεωρητικούς, που ευνοούν την φυσιολογική αναπτυξιακή και, στην άλλη περίπτωση, από εκείνους που θεωρούν ότι η φυσιολογική διεργασία της ανάπτυξης είναι, με μια έννοια, ταυτόχρονα ολιστική και συνεχής.

Αν και ευπρόσβλητο, αυτό το αδρό οργανωτικό πλαίσιο θα έχει εκπληρώσει το σκοπό του αν καταφέρει να μας επιστήσει την προσοχή όχι μόνο σε ότι είναι μοναδικό, αλλά και σε ότι κοινό υπάρχει μεταξύ των διαφόρων υπό εξέταση μοντέλων της φυσιολογικής ανάπτυξης. Ένα τέτοιο πλαίσιο ήδη προϋποθέτει, για παράδειγμα, ότι όλες οι αποκαλούμενες «ισχυρές» ή ενσυνείδητα, αναπτυξιακές θεωρίες υποστηρίζουν πως η οντογενετική αλλαγή όχι μόνο, έχει, εγγενώς, κατεύθυνση αλλά και ότι εμπεριέχει ένα είδος χρονικών κριτηρίων ή προσδοκιών

διάρκειας ως προς το συνήθη ρυθμό ή τη διακύμανση τέτοιων προοδευτικών κινήσεων. Κατά συνέπεια όλες αυτές οι ώριμες αναπτυξιακές θεωρίες αναπόφευκτα επιτρέπουν την πιθανότητα απόκλισης όπου το άτομο είτε (α) έχει, κατά κάποιο τρόπο, μείνει πίσω από το φυσιολογικό αναπτυξιακό χρονοδιάγραμμα, είτε (β) συστηματικά κάνει πράγματα που δικαίως αναμένονται μόνο από πολύ νεώτερα άτομα. Αντίθετα, όταν αυτά διαφέρουν, ποικίλουν ως προς το ακόμη ανοικτό ερώτημα του κατά πόσο διάφορες ιδέες, όπως η απλή καθήλωση και η καθυστέρηση, αποτελούν ή όχι το άπαν των θεωρητικά καλυμμένων προσπαθειών για την εξήγηση, της ψυχολογικής διαταραχής. Σ' αυτό το θέμα στρέφονται αποφασιστικά οι διαφορές μεταξύ των εναλλακτικών αναπτυξιακών ψυχοπαθολογιών.

Αυτό που δεν έχει αμφισβητηθεί, σοβαρά είναι το ολοφάνερο, από τις κλινικές ενδείξεις, γεγονός ότι υπάρχουν αναρίθμητα προβληματικά άτομα τα οποία, έχοντας προηγουμένως καταλήξει σε ορισμένες κατάλληλες για την ηλικία τους, λύσεις για τα προβλήματα της ζωής, αργότερα αποδεικνύονται ανεπαρκείς για τις ίδιες αυτές διεργασίες και έτσι καταφεύγουν και πάλι σε απλούστερες ή τυπικά λιγότερο περίπλοκες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων. Τα «ψυχιατρεία» είναι ασφυκτικά γεμάτα με άτομα που στο παρελθόν ήταν καλύτερα προσαρμοσμένα, των οποίων τα συμπτώματα θυμίζουν, από ορισμένες πλευρές, συμπεριφορά ανώριμη που συναντά κανείς συνήθως σε άτομα ακόμα μικρότερης ηλικίας. Στις περιπτώσεις αυτές, η εύκολη διάγνωση της καθήλωσης ή της καθυστέρησης σαφώς δεν επαρκεί. Μπορούμε να δείξουμε ότι ο τρόπος με τον οποίο οι διάφορες θεωρίες προβλέπουν την ερμηνεία αυτών των συχνά δραματικών περιπτώσεων προφανούς υποτροπής ή κατάρρευσης εξαρτάται από το πώς, αυτές υποθέτουν ότι η φυσιολογική αναπτυξιακή διεργασία απαλλάσσεται από τις δικές της παρωχημένες στρατηγικές προσαρμογής.

Μια κλασική μέθοδος κατανόησης αυτών των εμφανώς υποτροπικών τρόπων συμπεριφοράς - πολύ μακριά από αυτό που θα μπορούσε να θεωρηθεί σωστή αναπτυξιακή θεωρία - είναι να υποθέσουμε απλώς ότι ο κάθε άνθρωπος είναι ένα είδος αδιόρθωτου ηδονιστή, που απλώς υιοθετεί ή απορρίπτει ορισμένους τρόπου συμπεριφοράς, σύμφωνα με προγράμματα που μεγιστοποιούν τις διαθέσιμες αμοιβές ή και ελαχιστοποιούν τις επιτόπου τιμωρίες. Με βάση αυτό το γενικά ανιστορικό πρίσμα, τα άτομα που καταλήγουν να εμφανίζουν υποτροπιάζουσα συμπεριφορά εκλαμβάνονται απλώς ως οι ατυχείς εκείνοι άνθρωποι που βρίσκονται εν μέσω απρόβλεπτων καταστάσεων, οι οποίες δεν υποστηρίζουν πλέον αυτό που η ευγενής κοινωνία τυχαίνει να ορίζει ως ώριμο. Αν και παίρνουν άριστα για την απλότητά

τους, αυτού του είδους οι συσχετιστικές εξηγήσεις των αρχών του 20ου αιώνα εμφανίζουν ένα ενοχλητικό πρόβλημα, γιατί το μόνο που προσφέρουν είναι μια «συμβατική» ερμηνεία των υποτροπικών συμπεριφορών οι οποίες θεωρούνται ότι μαθαίνονται όπως και τα βήματα κάποιου χορού κοινωνικών συναναστροφών.

Αντίθετα, οι ομολογουμένως περισσότερο αναπτυξιακές θεωρίες, δηλαδή οι θεωρίες που προβλέπουν την δυνατότητα πραγματικής προόδου, συνήθως ακολουθούν τη μια από τις δύο τελείως διαφορετικές ερμηνευτικές στρατηγικές στην αντιμετώπιση των περιστατικών εμφανούς υποτροπής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την πρώτη, οι διάφοροι τρόποι παιδαριώδους συμπεριφοράς τους οποίους το άτομο έχει από καιρό ξεπεράσει δε θεωρούνται ότι διαγράφονται τελείως από το ρεπερτόριο του, αλλά συνεχίζουν να υπάρχουν ως εφεδρικές στις οποίες καταφεύγει όταν οι πιο πρόσφατα αποκτηθέντες και ενδεχομένως, πιο ώριμοι τρόποι δράσης εμποδίζονται για κάποιο λόγο ή χάνουν την ανταγωνιστική τους δύναμη. Από αυτή τη σκοπιά, η διαδρομή προς την ωριμότητα έστω κι αν υποστηρίζεται ότι είναι στρωμένη, με ολιστικά στάδια ή απλώς με συσχετιστικές συνδέσεις, θεωρείται, σαφώς αμφίδρομη. Δηλαδή η ανάπτυξη θεωρείται μια διεργασία αλλαγής που προχωρά τόσο προς τα εμπρός όσο και προς τα πίσω και η υποτροπή είναι απλώς ανάστροφη εξέλιξη.

Η δεύτερη από τις γενικές αυτές ερμηνευτικές πιθανότητες είναι ότι τα μεταγενέστερα επίπεδα ή στάδια ανάπτυξης, ενώ υπερβαίνουν, φυσικά, ότι έχει προηγηθεί, θεωρούνται ότι ενσωματώνουν ή εντάσσουν στο σύνολο τους – και όχι απλώς ότι επικαλύπτουν – τις προηγούμενες εκείνες μορφές στις οποίες βασίζονται. Το πρόβλημα με όλα αυτά τα μοντέλα «εκσυγχρονισμού», των οποίων, η συγκεκριμένη μορφή του γενετικού στρουκτουραλισμού του Piaget είναι ίσως το καλύτερο παράδειγμα που έχουμε, είναι ότι ουσιαστικά αποκλείουν την εύκολη αντιστρεψιμότητα που προϋποθέτουν τα συσχετιστικά μοντέλα τα οποία τελικά εξισώνουν την ανάπτυξη με την απλή αλλαγή. Οι σχολιαστές έχουν καταλήξει γενικά στο συμπέρασμα ότι «οι συμπεριφορές που ορισμένοι θεωρητικοί κατατάσσουν ως υποτροπαζούσες μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητές ως αποτυχίες «απόδοσης» και όχι «ικανότητας». Δηλαδή επειδή γενικά υποτίθεται ότι δεν μπορεί να υπάρξουν «επιστροφές», όταν πρόκειται για προοδευτική δομική ανάπτυξη, θεωρείται επίσης δεδομένο ότι τα διαταραγμένα άτομα, που καμιά, φορά συμπεριφέρονται με τρόπους που χαρακτηρίζονται ως παιδαριώδεις, εξακολουθούν να διατηρούν τα καλύτερα

αναπτυξιακά τους επιτεύγματα, τα οποία απλώς επικαλύπτονται με κάποιο τρόπο ή καταπιέζονται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες απόδοσης.

Αν αυτό ήταν όλο, αν δηλαδή οι δομικές θεωρίες της προοδευτικής ανάπτυξης δεν είχαν να προσφέρουν τίποτα ουσιαστικό στην κατανόηση της υποτροπής, τότε δε θα υπήρχε λόγος να παραμένει αμείωτο το ενδιαφέρον των αναπτυξιακών ψυχοπαθολόγων για όλες αυτές τις εξηγήσεις. Ωστόσο, όπως έχουν τα πράγματα ένα τέτοιο συμπέρασμα θα ήταν ατυχές. Κι αυτό γιατί υπάρχουν στην πραγματικότητα πολλοί τρόποι με τους οποίους τα δομικά μοντέλα συμπεριλαμβανομένου και εκείνου του Piaget μπορούν να συμβάλλουν στην κλινική οριοθέτηση των υποτροπών της συμπεριφοράς με την γενικότερη έννοια, και δεν μπορούμε να φανταστούμε ότι έτσι είναι απλά προϊόντα επιφανειακών δυσκολιών της απόδοσης, πιθανότατα οι ωριμότερες διατάξεις της συμπεριφοράς μπορεί να δώσουν τη θέση τους σε λιγότερο ώριμες μορφές όχι γιατί οι συνηθισμένοι μηχανισμοί της οντογένεσης έχουν με κάποιο τρόπο εμποδίσει ή αντιστραφεί, αλλά γιατί, στη διαδικασία, μετασχηματισμού από χαμηλότερες σε ανώτερες οργανωτικές καταστάσεις, τα αυτοοργανωμένα συστήματα εκθέτουν εαυτόν τακτικά στον κίνδυνο να «συντριβούν» ή να μεταβληθούν σε «νεολαμπίες αστέρες» υπό το πρίσμα αυτό, οι πυραμιδοειδείς, στην λειτουργία τους, οργανώσεις, σαν κι αυτές που συνήθως θεωρούνται ότι λειτουργούν κατά την διάρκεια της γνωστικής ανάπτυξης πιστεύεται ότι κατά διαστήματα, φτάνουν σε «σημεία διακλάδωσης» που όχι μόνο επιτρέπουν τη μετασχηματιστική αλλαγή προς την κατεύθυνση μιας νέας, πιο διαφοροποιημένης, υψηλότερου επιπέδου «τάξης» ή οργάνωσης, αλλά μερικές μορφές λειτουργούν με τέτοιο τρόπο, ώστε να εκθέτουν ολόκληρο το σύστημα στον κίνδυνο της χαώδους «αποσύνθεσης»¹³. Δηλαδή, κατά τη διάρκεια τέτοιων ασταθών, «μοναδικών» ή «επαναστατικών» στιγμών, αυτό που κάτω από άλλες συνθήκες θα αποτελούσε απλώς μικρές αναταραχές ή διακυμάνσεις μέσα στο σύστημα, πιστεύεται ότι μεγεθύνεται στο έπακρο, αναγκάζοντας όλη την οργανωτική δομή είτε να εξελιχθεί προς ένα ποιοτικά ανώτερο επίπεδο, είτε να υπομένει μια διασπαστική υποχώρηση προς την πλήρη αποδιοργάνωση.

Το πρόβλημα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων είναι μια περίπτωση που εντάσσεται στα παραπάνω. Από την μια οι διάφορες πλευρές του προβλήματος της εφηβικής αυτοκτονίας, που το καθιστούν πιθανό παράδειγμα

αναπτυξιακής αποδιοργάνωσης και από την άλλη τα εμπειρικά ευρήματα που δείχνουν σαφώς ότι οι αυτοκτονικοί έφηβοι υποφέρουν από πλήρη κατάρρευση της πλευράς εκείνης του συστήματος της ταυτότητας τους που εξασφαλίζει την αίσθηση της συνέχειας του εαυτού ή του «ίδιου» εν όψει της προσωπικής αλλαγής.

B. ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ο Ν.Μάνου (Θεσσαλονίκη, 1988) αναφέρει ότι γύρω από την αυτοκτονία έχουν δημιουργηθεί πολλές εσφαλμένες αντιλήψεις ακόμη και μεταξύ των επιστημόνων ψυχικής υγείας. Οι συνηθέστερες είναι:

α) Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας έχουν έντονη αυτοκαταστροφική τάση και έχουν το δικαίωμα να πεθάνουν. Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά είναι αμφιθυμικά για το θάνατο – θέλουν να πεθάνουν και την ίδια στιγμή εύχονται να σωθούν από τον θάνατο. Για πολλούς, το γεγονός ότι αναζήτησαν βοήθεια είναι απόδειξη αυτής της αμφιθυμίας.

β) Από την στιγμή που τα αποφασίζει κάποιος η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη. Η ισχυρή αυτοκαταστροφική πρόθεση συνήθως αντιπροσωπεύει μια οξεία κατάσταση που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που τη δημιούργησαν.

γ) Τα άτομα που μιλούν γι' αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά την κάνουν. Σε περισσότερες από 80% των περιπτώσεων ατόμων που αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσης τους να πεθάνουν.

δ) Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση αυτοκτονίας σημαίνει ότι η περίοδος του κινδύνου τελείωσε. Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν μέσα σε 3 μήνες ύστερα από μια οξεία κρίση, όταν η «βελτίωση» δίνει στο αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του.

ε) Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές. Στην πραγματικότητα η ανοιχτή αλλά με

προσοχή και ευαισθησία συζήτηση θα ανακουφίσει την κρίση και σπάνια αν ποτέ θα την επιδεινώσει.

Γ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ: ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ Η ΕΤΕΡΟΓΕΝΕΙΑ

Δύο ανταγωνιστικές αντιλήψεις σχετικά με τις τάσεις αυτοκτονίας βρίσκεται σε αντιπαράθεση: σύμφωνα με την πρώτη οι τάσεις αυτοκτονίας ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες οι οποίες διαφοροποιούνται ποιοτικά μεταξύ τους. Η δεύτερη προϋποθέτει την ομοιογένεια τους. Αρχικά οι τάσεις αυτοκτονίας και η αυτοκτονία θεωρήθηκαν ως δύο διαφορετικές οντότητες οι οποίες ενδέχεται να επικαλύπτονται. Η αξία αυτής της διάκρισης μετριάζεται από δύο διαπιστώσεις: αφ' ενός, η θνησιμότητα, συσχετίζεται ασθενώς με το βαθμό της αυτοχειρικής πρόθεσης. Στις απόπειρες με λήψη φαρμάκων, η ασυμφωνία αυτή συνδέεται, βασικά, με την ελλιπή γνώση των φαρμακολογικών αποτελεσμάτων των οποίων υποτιμάται ή, αντίθετα υπερεκτιμάται η παθογόνος φράση¹⁴. Από την άλλη τρόποι σκέψης των ατόμων που έχουν πεθάνει κατά την αυτοκτονία και αυτών που έχουν διασωθεί, μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους¹⁵. Η διάκριση μεταξύ θανάτων από αυτοκτονία και «απανχωμένης» απόπειρας είναι ιδιαίτερα τεχνητή, γι' αυτήν την ηλικία¹⁶.

Έγινε στη συνέχεια προσπάθεια να διακριθούν, μεταξύ των αποπειρών αυτοκτονίας, οι αυθεντικές πράξεις παραυτοκτονίας ή ψευδοαυτοκτονίας, οι οποίες αποτελούν απομίμηση ή προσποίηση μιας πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας. Η αντίθεση αυτή μπορεί να βασιστεί στην εκτίμηση της επιθυμίας του ατόμου να πεθάνει. Η πραγματική απόπειρα αυτοκτονίας θα αντιστοιχούσε σε μεγάλο βαθμό επιθυμίας και η παρααυτοκτονία, ως μέσο πύεσεως στο περιβάλλον, σε χαμηλότερο βαθμό. Η ταξινόμηση αυτή προσκρούει στις δυσκολίες εκτίμησης της επιθυμίας θανάτου.

Αρχικά, μπορεί να εκτιμηθεί η πρόθεση του ατόμου να πεθάνει από τις έμμεσες ενδείξεις, που παρέχονται από τις συνθήκες πραγματοποιήσεων της απόπειρας. Δύο στοιχεία πρέπει να ληφθούν υπ' όψη: το ένα είναι το επαναστρέψιμο

της μεθόδου αυτοκαταστροφής, αλλά στις φαρμακευτικές απόπειρες αυτοκτονίας, η συχνή άγνοια της τοξικότητας καθιστά μάταια την χρησιμοποίηση αυτού του κριτηρίου, το άλλο είναι η δυνατότητα σωτηρίας επέμβασης η οποία μπορεί, είτε να έχει αναζητηθεί και να έχει προετοιμασθεί, είτε να έχει επιτραπεί, είτε να έχει προληφθεί ενεργά. Αλλά η πράξη αυτοκτονίας συχνά πραγματοποιείται σε μια κατάσταση χαοτικής συνείδησης, η οποία δεν επιτρέπει στον έφηβο να εκτιμήσει με διαύγεια τη δυνατότητα βοήθειας. Εξάλλου, το ενδεχόμενο να δοθεί βοήθεια μπορεί να έχει τακτοποιηθεί ασυνείδητα. Πραγματικά, συναντάται συχνά απουσία καθαρής πρόθεσης. Οι περιορισμοί της έμμεσης αξιολόγησης δεν αντισταθμίζονται από την άμεση απόφαση της επιθυμίας θανάτου κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Πολλές φορές εντυπωσιάζεται κανείς από την υπέρμετρη φτώχεια του λεξιλογίου και από την ένδεια στην ανάλυση των συναισθημάτων: η πράξη μοιάζει σαν μια κρίση η οποία πραγματοποιείται σε μια κατάσταση συγκεκριμένης πράξης. Η πραγματική πρόθεση ξεφεύγει από την συνειδητή ενδοσκόπηση που παραμένει ανεξιχνίαστη. Ορισμένες φορές ο έφηβος είναι ανίκανος να δώσει την παραμικρή πληροφορία σχετικά με την πράξη του και δεν προτείνει παρά δευτερεύουσες εκλογικεύσεις. Η έλλειψη συγκέντρωσης δεν είναι το μόνο εμπόδιο που συναντάται, στην εκτίμηση της κατάστασης καθώς η πληροφορία μπορεί να έχει παραποιηθεί εσκεμμένα. Το άτομο μπορεί ν' αρνείται την επιθυμία του να πεθάνει με τη ελπίδα ν' αποφύγει τις δυσάρεστες επιπτώσεις της εισαγωγής σε νοσοκομείο. Αυτή η στάση μάλλον ανάγεται σε μια άρνηση θεραπείας της νόσου, η οποία φαίνεται ως ισοδύναμο της αυτοκτονίας. Αντίθετα, ο έφηβος, θα πράξει πεισματικά ότι ήθελε να πεθάνει, προκειμένου να ληφθεί υπ' όψη το να μη γελοιοποιηθεί η πράξη του. Τελικά, ο ορισμός με βάση την τάση της επιθυμίας του θανάτου βλέπει την αξία του να περιορίζεται με συχνές διαστρεβλώσεις της έννοιας του θανάτου, η οποία χάνει πολύ από την πραγματικότητά της.

Με άλλα λόγια η έννοια της πρόθεσης του ατόμου να πεθάνει δεν καλύπτει πλήρως το πρόβλημα της αυτοκτονίας, κύρια εξαιτίας των αποκλειστικών αναφορών της στη συνείδηση. Επομένως, η δικαιολογία της διαφοράς μεταξύ πραγματικής αυτοκτονίας και παραυτοκτονίας, πρέπει ν' αναφερθεί σε μια άλλη κατεύθυνση. Πραγματικά, η έννοια της παρααυτοκτονίας προσπάθησε να στηριχθεί στην ύπαρξη τροποποίησης. Μια διατύπωση παρουσιάζει την προσποίηση ως προμελετημένο πρόγραμμα με ωφελμιστικούς στόχους. Αυτή η αντίληψη αναφέρεται σε εννοιολογικό ψυχισμό ο οποίος χρησιμοποιεί ένα σύμπτωμα ως μέσο για να ειπωθεί,

μέσα από μια παραποιημένη κοινωνική σχέση. Αυτή η προσποίηση με την ηθελμένη αναπαραγωγή μιας ασθένειας στο άτομο με πρόθεση την εξαπάτηση, συγκρούεται, στον τομέα της αυτοκτονίας, με μια αποφασιστική επιχειρηματολογία. Το υποκείμενο αγνοεί την αυθεντική έννοια της συμπεριφοράς του. Αντιλαμβάνεται κανείς τα επιφανειακά κίνητρα, στα οποία και σταματάει. «Η προσδοκία πραγματοποιείται προς όφελος παθολογικών τάσεων, τις οποίες έντονα χρησιμοποιεί και παραποιεί». Η παθολογική πλευρά της προσποίησης ως λύσης σε μια ψυχική σύγκρουση είχε από παλιά αναφερθεί¹⁷: «Η προσποίηση ... δεν συνηγορεί εναντίον της παρουσίας μιας πνευματικής διαταραχής, όπως ο άμνητος τείνει πάντα να παραδεχθεί, αλλά συμβαίνει το αντίθετο».

Ανεξάρτητα από το αν ο απλός παρατηρητής υποθέτει την προσποίηση βλέποντας ένα εμφανές κίνητρο, ή από το εάν το ίδιο το υποκείμενο την διεκδικεί, δεν εγκαταλείπεται, στην ουσία, το πεδίο της διανοητικής νοσηρότητας. Σ' όλες τις περιπτώσει, η προσποιητή απόπειρα αυτοκτονίας είναι ένας βαθιά παθολογικός μηχανισμός προσαρμογής. Τελικά είναι φανερό ότι οι έννοιες του εκβιασμού, της απάτης, του σφετερισμού αποκρύπτουν ελλιπώς την επιθετική αντίδραση του ειδικού, την οποία ενεργοποιεί ένας αυθεντικός ηθικός καταδικασμός. Αυτή η εχθρική απάντηση οδηγεί άμεσα στην αντίληψη του επιθετικού χαρακτήρα, ο οποίος ενυπάρχει τόσο στις απόπειρες αυτοκτονίας όσο και στις συμπεριφορές προσποίησης: «Κάθε προσποίηση είναι μια απόπειρα υπεκφυγής από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια λιγότερο ή περισσότερο άμεση ανταρσία¹⁸.

Η ίδια η ομολογία της προσποίησης, δηλαδή της προμελετημένης πρόθεσης απομίμησης της αυτοκτονίας, δεν μπορεί να αποτελέσει την απόδειξη ότι δεν υπάρχει ψυχική αλλοτρίωση. Αντίθετα έχει την έννοια της προσφυγής στο φυσιολογικό, η οποία εντάσσεται σ' ένα σύστημα άμυνας. Το να δεχθεί κανείς τη διάγνωση μιας προσποιητής αυτοκτονίας είναι σαν να επικυρώνει την άρνηση μιας πιο βαθιάς πραγματικότητας, την οποία η συνείδηση αποκρύπτει από τον ίδιο τον εαυτό της και στο να αρνείται κανείς την παρεμβολή ενός ολόκληρου παιχνιδιού υποσυνείδητων νοημάτων, τα οποία της διαφεύγουν. Η αναγνώριση μιας επιθυμίας εξαπάτησης δεν επιτρέπει ν' απορριφθεί η ύπαρξη ασυνείδητων αιτιών, τα οποία εκφράζονται εν αγνοία του υποκειμένου, μέσα από την πράξη αυτοκτονίας.

Η ύπαρξη συνείδησης ότι ασκεί πίεση στο περιβάλλον δεν αρκεί για να δηλώσει ότι ο έφηβος αναλαμβάνει ολοκληρωτικά την κυριότητα της πράξης του. Είναι ευνόητο, ότι ορισμένοι έφηβοι χρησιμοποιούν την αυτοκτονία ως μέσο πείσεως του περιβάλλοντος τους. Η απόλυτα συνειδητή προσφυγή σ' αυτό το τέχνασμα, οδηγεί το άτομο να κρύψει από τον ίδιο του τον εαυτό την πρωταρχική αιτιολογία, η οποία τ' ωθεί στην επιλογή αυτής της λύσης, όταν βρίσκεται σε δυσκολία προσαρμογής. Μπορεί λοιπόν κάποιος να αναρωτηθεί, αν είναι ενδιαφέρον να διατηρήσει την έννοια της προσποίησης της αυτοκτονίας κι αυτό εξαίρει τις τάσεις αυτοκτονίας με ψυχοπαθολογικά σύνδρομα, τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως διαφορετικές οντότητες. Ορισμένες διαφορές της συμπεριφοράς έχουν σαν συνέπεια, αλλά και σαν σκοπό, την αποτυχία της κοινωνικής ζωής. Στον έφηβο, οι αντικοινωνικές διαστάσεις και οι χρόνιες καταθλίψεις ανταποκρίνονται σ' αυτό το σκεπτικό. Ο Mennigge ορίζει μια ομάδα ατόμων τα οποία χαρακτηρίζονται από αντικοινωνικές τάσεις και «επιτυγχάνουν πάντα να αποτυγχάνουν». Η αδέξια παρανομία τους, η αστάθεια τους στις προσωπικές σχέσεις συνεπάγονται δικαστικές κυρώσεις και κοινωνικό εξοστρακισμό. Μοιάζουν να είναι η μετάφραση μιας επιθυμίας αυτοκαταστροφής. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να πάρει την έννοια της άρνησης της ζωής.

Ορισμένοι έφηβοι μέσα από καταθλιπτικές συμπεριφορές μοιάζουν να απολαμβάνουν κάθε ευχαρίστηση, κάθε ευκαιρία επιτυχίας, κάθε δυνατότητα σχέσης. Ο συγκινησιακός και κοινωνικός θάνατος, αποτελούν το δικό τους τρόπο ζωής.

Επομένως, είναι δυνατό να υποθέσει κανείς την ύπαρξη μιας συνέχειας αυτοκαταστροφικών τάσεων, οι οποίες συνοδεύονται από διαφορετικό τρόπο συνειδητοποίησης. Δεν μπορεί αναλογική σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της αντίληψης, από το υποκείμενο, της επιθυμίας θανάτου που έχει. Οι αυτοχειρικές φαντασιώσεις στην περίοδο της εφηβείας, έχουν συχνά θετική λειτουργία η οποία φαίνεται με την άσκηση του εφήβου στο να πραγματοποιεί το πένθος. Το μεσολαβητικό διάστημα παίζει ομοιοστατικό ρόλο επιτρέποντας να ελεγχθούν οι επιθυμίες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος για τη ζωή είναι μέγιστος, αφού η πράξη τελείται σε σύντομα χρονικά διάστημα και η αυτοχειρική ενόρμηση αναβλύζει εν αγνοία του εγώ.

«Οι έφηβοι ενεργούν για να μην ξέρουν¹⁹». Οποιος και αν είναι ο βαθμός συνειδητοποίησης, οι τάσεις αυτοκτονίας είναι βαθιά αντιφατικές αυτή η

αμφιβουλησία, η οποία απαντά συχνά μπορεί να θεωρηθεί ως επιβεβαίωση της έννοιας αντίληψης για τις αυτοχειρικές συμπεριφορές. Αυτές εξαρτώνται από την δυναμική ισορροπία, μέσα σε δύο αντίθετες δυνάμεις, την επιθυμία ζωής και την επιθυμία θανάτου. Η παρουσία των δύο αυτών αντιτιθέμενων τάσεων, δεν είναι η προβληματική της αυτοκτονίας, των δύο ενστίκτων²⁰. Αποτελεί μια κλινική πραγματικότητα, ο έφηβος τα θέλει και τα δύο, να ζήσει και να πεθάνει. «Ένα αυτοχειριαζόμενο άτομο μπορεί να κόβει το λαιμό του και παράλληλα να φωνάζει βοήθεια²¹».

Η επιθυμία του ατόμου να πεθάνει συγχέεται με την επιθυμία να ξεφύγει από μια εξωτερική και μια εσωτερική κατάσταση, η οποία, μακριά από την λύση της αυτοκτονίας, του επιβάλλεται σαν ανυπόφορη και αναπόφευκτη. Η επιθυμία θανάτου είναι στενά συνδεδεμένη με την κατάθλιψη και την επίθεση.

Η επιθυμία για ζωή έχει σαν συνέπεια την μετατροπή της θέσης του ατόμου από την ίδια την πράξη της αυτοκτονίας. Τότε η αυτοκτονία αποκτά τη σημασία ενός μέσου επικοινωνίας, όπου συγχέεται η κλήση για βοήθεια και η απόπειρα εξαπάτησης των άλλων: πρόκειται για μια άσκηση πίεσης στο περιβάλλον. (Hrux Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Δ. ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Σκόπιμο είναι να παρατεθούν τα ψυχικά προβλήματα των εφήβων, αφού «ρίχνουν» περισσότερο φως στην υπόθεση αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς αυτό να είναι απόλυτο και πολύ συχνό φαινόμενο.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος με πολλά προβλήματα και συχνά στην διάρκεια της οι γονείς αποστρέφονται στον παιδίατρο, τον παθολόγο ή ψυχίατρο μ' ένα σωρό ερωτήματα, γεμάτοι απόγνωση και αμηχανία. Σ' όλους, ωστόσο, η εφηβεία έχει αφήσει μερικές από τις πιο ευχάριστες αναμνήσεις της ζωής. Είναι, λοιπόν, μια περίοδος έντονη, πολύπλευρη και αντιφατική, που όλοι όσοι ασχολούνται με τον έφηβο, γονείς, γιατροί, δάσκαλοι, πρέπει να γνωρίζουν τις σωστές της διαστάσεις και ιδιότητες για να μπορούν να βοηθούν την εξέλιξη του νέου ανθρώπου προς την ωριμότητα.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι η ρευστότητα και η διακύμανση σ' όλους τους τομείς. Για να καταλάβει κανείς αυτά τα παιδιά, πρέπει να δεχθεί ότι περνούν ένα στάδιο ανάπτυξης, που μέσα στα φυσιολογικά του πλαίσια βρίσκεται η αστάθεια και ο έντονος ρυθμός. Οι βιολογικές και ψυχικές μεταβολές στην ηλικία αυτή είναι ποικίλες και το χθεσινό παιδί πρέπει να προετοιμασθεί για την είσοδο του στην κοινωνία για την εκλογή επαγγέλματος και για την δημιουργία μιας νέας, της δικής του οικογένειας. Οι πιέσεις επομένως, που δέχεται, εσωτερικές και εξωτερικές, είναι μεγάλες.

Σωμαψυχικά και ψυχοσωματικά προβλήματα

Η έναρξη της εφηβείας δεν μπορεί να καθορισθεί με ακρίβεια. Οι ορμονικές εκκρίσεις, καίτοι ξέρουμε ότι αρχίζουν νωρίτερα στα κορίτσια απ' ότι στ' αγόρια έχουν μεγάλες ατομικές διαφορές πολλές φορές μάλιστα η ορμονική ωρίμανση έρχεται πιο γρήγορα από την ψυχική, με συνέπεια να δημιουργούνται διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα. Ένα κοριτσάκι 10-11 ετών δεν είναι πολλές φορές έτοιμο να δεχθεί ψυχικά την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας. Η ανάπτυξη του στήθους φέρνει ορισμένα διστακτικά και ντροπαλά κορίτσια σε δύσκολη θέση, όταν πρόωρα γίνονται στόχος πειραγμάτων.

Στ' αγόρια οι δευτερογενείς χαρακτήρες είναι πολύ σημαντικοί για την αυτοπεποίθηση και την διαμόρφωση του ανδρικού χαρακτήρα. Το τρίχωμα του προσώπου που γίνεται αντικείμενο ανταγωνισμού ανάμεσα στους εφήβους, ενώ εκείνοι που η φωνή τους δεν έχει αλλάξει προς το βαθύτερο στενοχωριούνται και νιώθουν κατώτεροι. Το ανάστημα είναι επίσης κάτι που τους απασχολεί, αλλά είναι γνωστό ότι πολλά παιδιά ψηλώνουν απότομα μετά τα 15-16 χρόνια.

Στην ηλικία της εφηβείας πρέπει να διδαχθεί το παιδί πως η σωματική εμφάνιση και εντύπωση δεν εξαρτάται μόνο από την οποιαδήποτε ομορφιά που του έδωσε η φύση, αλλά κι από μια υγιεινή ζωή που θα του δώσει το γερό παράστημα τη μυϊκή αντοχή, το ζωρό χρώμα, το ρυθμό και τη χάρη στις κινήσεις. Σ' αυτά, φυσικά, πολύ συντείνουν ο αθλητισμός και οι γυμναστικές ασκήσεις.

Από την αρχή της εφηβείας, παρατηρούνται διάφορες ψυχικές αντιδράσεις συνδυασμένες με μια γενικότερη σωματική αναταραχή: εκνευρισμοί, άσκοποι περίπατοι, ή άλλοτε εύκολη κόπωση, κακοκεφιά και δύστροπη συμπεριφορά. Σ' αυτά επίδραση έχει αν το παιδί τρέφεται και κοιμάται σωστά, γι' αυτό οι γονείς και ο

γιατρός πρέπει να συμβουλεύουν ανάλογα. Συνήθως στα 12-13 χρόνια η όρεξη είναι καλή, αλλά στα 15-16 πολλά παιδιά δεν τρέφονται σωστά, προσπαθώντας ν' αποφύγουν το πάχος, ή, όπως νομίζουν, την ακμή, κι άλλα δεν έχουν όρεξη διότι μελαγχολούν. Επίσης ενώ στα 13-14 χρόνια τα παιδιά κοιμούνται σχετικά εύκολα, στα 15-16 ξαγρυπνούν ονειροπολώντας. Οι κίνδυνοι αυτοκτονίας δεν είναι σπάνιοι στην ηλικία αυτή, ιδίως σε κορίτσια με υστερικές τάσεις.

Καθαρά ψυχοσωματικές εκδηλώσεις μπορούμε να έχουμε ποικίλες και κυρίως: στα 12-13 χρόνια κεφαλαλγίες και γαστραλγίες και σ' ένα βαθμό ονυχοφαγία, στα 14 διάφορες σωματικές εκδηλώσεις έντασης, υπερκινητικότητα, τικ του λαιμού, των ώμων κ.α, στα 15 «ζάλες» ή και λιποθυμίες, ενώ στα 16 οι εκδηλώσεις αυτές σιγά-σιγά ελαττώνονται.

Εφηβική «επαναστατικότητα»

Πολύ συχνά οι αντιδράσεις του έφηβου παρερμηνεύονται από τους μεγαλύτερους σαν μια καθαρή επαναστατικότητα. Οι ακρότητες του πολλές φορές οφείλονται σε μια αδυναμία να βρει το μέτρο, εξαιτίας των διακυμάνσεων που στην αρχή αναφέρθηκαν. Ο έφηβος συνεχώς δοκιμάζει τον εαυτό του με διαρκείς εναλλαγές ανάμεσα στην δύναμη και την αβεβαιότητα. Η δύναμη, που η φύση του παρέχει στην ηλικία αυτή, είναι χρήσιμη για ν' αποκτήσει την ανεξαρτησία και αυτοτέλειά του. Ο ανταγωνισμός με τους συνομήλικούς του και η απομάκρυνση από τους γονείς αποτελούν μια αναγκαία προπαιδεία για την μετέπειτα κοινωνική ένταξη. Η δύναμη του όμως, από έλλειψη πείρας, εκδηλώνεται σπασμωδικά, με εκρήξεις, καυστικότητα, ειρωνείες ή ενθουσιασμούς. Με μια απόλυτη και ιδεαλιστική θεώρηση των πραγμάτων παίρνει εξτρεμιστικές κοινωνικές θέσεις και εμφανίζεται σαν μεταρρυθμιστής, παραμερίζοντας συχνά την πείρα των παλαιότερων, γεγονός φυσικά που τους ενοχλεί και δημιουργεί προβλήματα και φιλονικίες.

Παράλληλα ο έφηβος νιώθει μια αβεβαιότητα, γιατί δεν έχει ακόμη δοκιμάσει τις δυνάμεις του. Αμφιβάλλει για τις πνευματικές του ικανότητες και την κοινωνική του επιτυχία, τον απασχολεί πολύ η εμφάνιση του και είναι, ευαίσθητος στην κριτική των άλλων, χωρίς ν' ανέχεται εύκολα υποδείξεις. Κι όμως εύκολα απογοητεύεται, απομακρύνεται και μεταπίπτει μέσα σε λίγες ώρες από την ευθυμία στην ακεφιά ή το άγχος:

Η αντιφατικότητα αυτή δημιουργήσε προβλήματα στους γονείς για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να πλησιάσουν τον έφηβο. Χρειάζεται, πραγματικά, πολλή υπομονή από τους γονείς για να παραμερίσουν τους εξωφρενισμούς του και να βρουν την κατάλληλη στιγμή που θα έχει την ανάγκη μιας συμβουλής ή μιας διαβεβαίωσης τους. Τέτοιες ευκαιρίες όμως, που λείπει στο παιδί η αυτοπεποίθηση, δίνονται συχνά. Ένα κορίτσι π.χ μπορεί να νιώσει κάτω από ορισμένες συνθήκες κατώτερο κοινωνικά, επειδή δεν γεννήθηκε αγόρι. Ένα αγόρι φιλότιμο και θρήσκο μπορεί να φοβηθεί ότι οι άλλοι του παίρνουν τα δικαιώματα, πριν αυτό τα διεκδικήσει. Ένας έφηβος 13-14 ετών μπορεί να έχει ευφυΐα και ιδιαίτερη ευστροφία, αλλά συγχρόνως να είναι ανώριμος και άπειρος και διστάζει να παρουσιασθεί σε μια κοινωνική συντροφιά μεγαλύτερων του.

Χρειάζεται, επομένως, η ψύχραιμη συμπαράσταση των γονέων για να μπορέσει βαθμιαία ο έφηβος να βρει το μέτρο της ευθύνης για τον εαυτό του, χωρίς υπερβολές και μισαλλοδοξία, άλλ' ούτε και δισταγμούς και φόβους αποτυχίας.

Σεξουαλικά προβλήματα

Μέσα στο ίδιο πλαίσιο πρέπει να εξετάζονται και τα σεξουαλικά θέματα, τα οποία για πρώτη φορά ανακύπτουν στην ηλικία αυτή. Η υπερβολή, που οδηγεί κι εδώ είτε στην βιασύνη να φανεί το νέο παιδί «άντρας» ή φτασμένη «δεσποινίς», είτε αντίθετα στην απογοήτευση ότι δεν θα πετύχει ποτέ μια σωστή σχέση με το άλλο φύλο, είναι οι δύο ακραίοι κίνδυνοι. Η βασικότερη προάσπιση από τους κινδύνους αυτού προέρχεται από τη σωστή επικοινωνία μεταξύ γονέων και εφήβων, που θα πρέπει να έχει ήδη εγκαθιδρύσει στα προηγούμενα χρόνια. Όταν υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη και πληροφόρηση του παιδιού, πολλές διαστρεβλωμένες εντυπώσεις ή λανθασμένες ενέργειες του αποφεύγονται. Η φυσικότητα στη συζήτηση, χωρίς υπερβολική ηθικολογία ή προκαταλήψεις, θα συγκρατήσουν τον έφηβο κοντά στους γονείς και δεν θα τον αφήσουν να παρασυρθεί από εντυπωσιακές καυχησιολογίες των συνομηλίκών του. Σε λεπτότερα θέματα, όπου οι γονείς διστάζουν, ο παιδίατρος μπορεί να συμβουλευσει το παιδί, εφόσον έχει από την προεφηβική ηλικία προετοιμάσει μια φιλική ατμόσφαιρα.

Πρέπει όσοι χειρίζονται τέτοια θέματα να γνωρίζουν ότι οι έφηβοι προσβλέπουν προς το σεξ από ποικίλη σκοπιά: άλλοτε ιδεαλιστικά σαν μέσο συναισθηματικής επικοινωνίας, άλλοτε για σωματική ικανοποίηση, για απόδειξη της

ωρίμανσης τους, από περιέργεια για μια καινούργια και κάπως μυστηριώδη εμπειρία, για να μην υστερήσουν από τους συνομήλικούς τους, και άλλοτε από αντίδραση προς τις εντολές των γονέων ή της κοινωνίας. Έτσι δημιουργούνται διάφορα προβλήματα σχετικά με την εμφάνιση και την επιβεβαίωση του φύλου. Θα πρέπει να προστεθεί εδώ ότι η ρευστότητα που χαρακτηρίζει την εφηβεία, σπρώχνει το παιδί των 12 χρονών να ντυθεί φανταχτερά και «μεγαλίστικα» ενώ μετά ένα χρόνο ο υπομονετικός γονέας θα δει ότι η τάση αυτή έχει κοπάσει, για να επανέλθει με πάθος στο κορίτσι των 14-15 χρονών που θέλει να «δεσποινίζει», για να ξαναηρεμήσει αργότερα.

Η αμφιβολία για τον εαυτό τους κάνει πολλά κορίτσια να έχουν έντονη αδυναμία προς συμμαθήτριες τους ή καθηγήτριες, ή άλλοτε φανταστικούς έρωτες προς καθηγητές τους, βιώματα από τα οποία πρέπει με διακριτικότητα ν' απομακρύνονται. Και τα αγόρια διέρχονται μια φάση φόβων ομοφυλοφιλίας, που ξεπερνιέται αν δεν πέσουν σε χέρια μεγαλύτερων και επιτήδειων, που με το πρόσχημα της προστασίας ή της σεξουαλικής μύησης μπορεί να εγκαθιδρύνουν ανώμαλους τρόπους ικανοποίησης. Ο αμοιβαίος αυνανισμός με μεγαλύτερα αγόρια μπορεί για ορισμένους άβουλους χαρακτήρες να είναι αρχή μιας ομοφυλοφιλικής εξέλιξης.

Η ατομική αυτοϊκανοποίηση στον αυνανισμό είναι κάτι που απασχολεί έντονα τον έφηβο και του δημιουργεί πλέγματα ενοχής. Εδώ οι γονείς, γιατροί κ.λ.π μπορούν να βοηθήσουν διαλύοντας τους φόβους του παιδιού για αποβλάκωση και άλλες λανθασμένες αντιλήψεις και υποβοηθώντας το με ιδιαίτερες συζητήσεις στο να κατευθύνει τις ορμές του ή να τις διοχετεύει σε ασχολίες, όπως τα αθλητικά κ.λ.π

Το πρόβλημα είναι ουσιαστικά πρόβλημα ελέγχου κάτι δηλαδή που εξαρτάται από την προσωπικότητα του εφήβου και την καθοδήγηση που είχε από το περιβάλλον του. Όπως από μικρότερο το παιδί έχει μάθει να αυτοσυγκρατείται στο φαγητό ή στην έκρηξη της οργής του, έτσι κι ο έφηβος που του καλλιεργήθηκε το μέτρο και η αυτοπειθαρχία και που έχει αναπτύξει πολλά ενδιαφέροντα, μπορεί να βρει το δικό του ατομικό ρυθμό στην ικανοποίηση. Αν υπάρχει πάντα κάποιος διαθέσιμος να συζητήσει μαζί του στο στάδιο αυτό, οι αρχικοί πειραματισμοί συνήθως δεν δημιουργούν προβλήματα ή αποτυχία. Ο συχνός ερεθισμός, χωρίς να φθάνει σε πλήρη οργασμό, και κυρίως ο κλειτοριδικός ερεθισμός στα κορίτσια, μπορεί να δημιουργήσει ορισμένες δυσκολίες στη μελλοντική ικανοποίηση, επίσης πονούν στην κοιλιά από παρατεταμένη υπεραιμία ή στη ρίζα του πέους στα αγόρια. Οι βιαστικές

εξάλλου επαφές, από φόβο μήπως κάποιος έρθει κ.λ.π μπορεί να συμβάλλουν στην πρόωρη εκοπερμάτιση στ' αγόρια.

Η βασικότερη πάντως προϋπόθεση για μια ομαλή σεξουαλική προσαρμογή είναι η διατήρηση του ιδεαλιστικού εφηβικού ενθουσιασμού, ώστε πέρα από τη σωματική σχέση να υπάρξει μια σωστή ψυχική επικοινωνία με το άλλο φύλο.

Οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις

Η περίοδος της εφηβείας είναι η εποχή της τελικής ανεξαρτοποίησης του νέου ανθρώπου. Σαν τέτοια δημιουργεί διάφορα προβλήματα στους γονείς, που ως τότε είχαν τον τελευταίο λόγο για όλα τα θέματα του παιδιού τους. Αρκετά από τα προβλήματα ήδη αναφέρθηκαν. Ειδικότερες συνθήκες μπορεί να κρατήσουν το παιδί εξαρτημένο, όπως αν είναι το μόνο παιδί στην οικογένεια, αν ζει με μια χήρα μητέρα, αν υπάρχουν φιλονικίες στο ζευγάρι και το παιδί συμμαχεί με τον ένα γονέα. Φιλότιμα και ευαίσθητα παιδιά είναι άτολμα να αναλάβουν τις ευθύνες τους έξω από την οικογένεια, γι' αυτό είναι καθήκον των γονέων να τους δείξουν την αξία της προσπάθειας, χωρίς υπερβολές σχετικά με τα κοινωνικά εμπόδια και τις οικονομικές δυσκολίες.

Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις και η «επαναστατικότητα» που αναφέρθηκαν νωρίτερα δυσκολεύουν τον έφηβο να αποκτήσει επίγνωση της πραγματικότητας, γι' αυτό η οικογενειακή ζωή πρέπει να δώσει το βαθμό και να είναι το πρότυπο για μίμηση. Με το να μπαίνουν απλώς περιορισμοί στο πως θα ντυθεί το κορίτσι ή τι ώρα πρέπει να επιστρέφει το αγόρι δεν λύνεται το θέμα. Η ελευθερία συνδυασμένη με αυτοπειθαρχία η ανεκτικότητα και όχι η έπαρση, ο ρεαλισμός χωρίς υπερβολές, το θάρρος χωρίς αναιδεια, όλα διδάσκονται μέσα στο σπίτι από το ζωντανό παράδειγμα. Ο έφηβος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις αντιφάσεις των γονέων, κι αν άλλα διδάσκουν και άλλα πράττουν, ο δεσμός με την οικογένεια κόβεται και στις περιπτώσεις αυτές παρατηρούνται οι αντικοινωνικές ενέργειες των νέων, η τάση προς τα ναρκωτικά, παράγοντες κινδύνου δηλαδή για απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. Το λεγόμενο «χάσμα των γενεών» δεν εξαρτάται μόνο από την ηλικία των γονέων, αλλά πιο πολύ από τη νοοτροπία τους που πρέπει να χαρακτηρίζεται από κατανόηση και συνέπεια για να παραμείνουν οι γονείς οι μεγάλοι φίλοι του εφήβου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι φιλίες στην ηλικία αυτή με τους συνομήλικους είναι πολύ στενές. Το πνεύμα της θυσίας του ενός για τον άλλο μέσα στην συντροφιά είναι μια υγιής κοινωνική τάση, χρήσιμη μελλοντικά, αλλά κάποτε δημιουργεί προβλήματα στο σπίτι, αντιθέσεις προς τα' αδέρφια, ανυπακοή προς τους γονείς. Οι φιλίες με μεγαλύτερους είναι συχνά επικίνδυνες, άλλ' ελαττώνεται η επίδραση τους αν υπάρχει σωστή επαφή με την οικογένεια. (Χ.Σ Ιεροδιακόνου, Θεσσαλονίκη, 1991).

Ε. Η ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.

Απ' την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι περισσότεροι μελετητές ορίζουν την αυτοαντίληψη ως την εικόνα που έχει διαμορφώσει το άτομο για τον εαυτό του και αντιπροσωπεύει το μέρος του εαυτού που έχει τη θέση του αντικείμενου (το «Εμένα»). Το «Εμένα» ορίζεται ως το αντικείμενο της γνώσης, μια σειρά ιδεών για τον εαυτό. Θεωρείται ότι περιλαμβάνει αντικειμενικές γνώσεις για τον εαυτό, όπως σωματικά χαρακτηριστικά, ηλικία, φύλο, κάποιο είδος αυτοαξιολόγησης που αφορά τις ικανότητες του ατόμου και την αξία του γενικά, και τάσεις συμπεριφοράς²².

Ενώ η αυτοαντίληψη αποτελεί τη γνωστική πλευρά της αυτογνωσίας, η αυτοεκτίμηση μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά και δείχνει το βαθμό στον οποίο το άτομο αποδέχεται και επιδοκιμάζει τον εαυτό του. Ο Coopersmith (1967) όρισε την αυτοεκτίμηση ως «μια προσωπική εκτίμηση αυτοαξίας που κάνει το άτομο, η οποία εκφράζεται στη στάση που κρατά προς τον εαυτό του» (σ.5). Τη σχέση μεταξύ αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης περιγράφουν²³ ως εξής: «Αν θεωρήσουμε ότι η αυτοαντίληψη απαρτίζεται από ένα σύνολο στάσεων προς τον «εαυτό», η αυτοεκτίμηση θα μπορούσε να οριστεί ως η αξιολογική πτυχή καθεμιάς από αυτές τις στάσεις ή το σύνολο αυτών των επιμέρους αξιολογήσεων»(σ.18)

Το μεγάλο ενδιαφέρον των ερευνητών για την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση, το οποίο εκδηλώνεται με σωρεία σχετικών ερευνών, δικαιολογείται από τη διαπίστωση ότι υφίσταται θετική συνάφεια ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες

και στην ψυχολογική υγεία. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με κατάθλιψη²⁴, άγχος²⁵ αρνητικές θυμικές αντιδράσεις όπως ευερεθιστότητα, τάσεις επιθετικότητας και αισθήματα μη ικανοποίησης απ' τη ζωή²⁶.

Η αγάπη και η αποδοχή του εαυτού φαίνεται ν' αποτελούν, τη βάση της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου και της ικανότητας του να αποδέχεται τους άλλους και να δημιουργεί ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις. Παραθέτονται οι απόψεις μερικών ερευνητών σχετικά με τη συνάρτηση αυτοαντίληψης - αυτοεκτίμησης με την ψυχική υγεία του ατόμου.

Ο Freud στη θεωρία του για το ναρκισσισμό υπαινίσσεται μια αντίστροφη σχέση ανάμεσα στην αγάπη για τον εαυτό και στην αγάπη για το αντικείμενο, υποστηρίζοντας ότι το άτομο έχει μια προκαθορισμένη ποσότητα ψυχικής ενέργειας (libido), την οποία επενδύει αρχικά προς τον ίδιο του τον εαυτό και αργότερα πάνω σε ένα αντικείμενο. Αν για κάποιο λόγο η επένδυση της libido στο αντικείμενο εμποδιστεί, επανακατευθύνεται στο «Εγώ» του υποκειμένου. Ο Freud φαίνεται έτσι να διατυπώνει την άποψη ότι όσο περισσότερο αγαπά κάποιος τον εαυτό του, τόσο λιγότερη διαθέσιμη αγάπη έχει για τους άλλους και τον εξωτερικό κόσμο. σ.174.

Την τοποθέτηση αυτή του Freud αμφισβήτησε ο Fromm (1939), υποστηρίζοντας ότι η στάση του ατόμου προς τον εαυτό του είναι ανάλογη με τη στάση του προς τους άλλους. Η αγάπη για τον εαυτό και η αγάπη για τους άλλους δεν αποτελούν εναλλακτικές αλλά, αντίθετα, παράλληλες στάσεις συμπεριφοράς. Κατά τον Fromm, ο ναρκισσισμός και ο εγωισμός είναι απλώς μια υπερανάπληρωση και η εγωιστική στάση είναι το χαρακτηριστικό των ατόμων που δεν αποδέχονται τον εαυτό τους. Τέτοια άτομα είναι ανασφαλή και ανικανοποίητα και ενώ φαίνεται να αγαπούν τον εαυτό τους, στην πραγματικότητα τον απορρίπτουν. Η ιδέα του Freud για την ναρκισσιστική προσωπικότητα ισχύει μόνο ως προς το σκέλος της που διατείνεται ότι τα άτομα αυτά αποσύρουν την αγάπη τους από τους άλλους. Αντίθετα με όσα διατείνεται ο Freud, τα ναρκισσιστικά άτομα είναι ανίκανα να αγαπήσουν τον εαυτό τους και απλώς είναι ερωτευμένοι με την εικόνα του καθρέφτη που ο περίγυρος αντανακλά προς αυτά. Ακόμη, τα ναρκισσιστικά άτομα είναι ανίκανα να αναπτύξουν

στενές διαπροσωπικές σχέσεις που στηρίζονται σε μια αυθεντική συγχώνευση με τους άλλους (Καστρινίδης, 1994).

Ο Adler (1927), συμφωνώντας εν μέρει με τον Freud τόνισε ότι η κριτική στάση και η απόρριψη των άλλων πηγάζει από ένα αίσθημα κατωτερότητας και ότι το άτομο που πιστεύει ότι δεν είναι το ίδιο αγαπητό είναι ανίκανο να αγαπήσει και να αποδεχτεί τους άλλους.

Στην ιδέα ότι η αγάπη και η αποδοχή του εαυτού αποτελούν προϋπόθεση για την ψυχική ισορροπία του ατόμου, παρέχουν σαφή υποστήριξη τα αποτελέσματα ερευνών²⁷. Φαίνεται ότι η αποδοχή του εαυτού οδηγεί σε μια θεώρηση του κόσμου ως ενός ασφαλούς μέρους, με αποτέλεσμα το άτομο να χρησιμοποιεί λιγότερες άμυνες στις διαπροσωπικές του σχέσεις. (Α. Λεοντάρη, Αθήνα, 1996).

ΣΤ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο στρέφει την επιθετικότητά του εναντίον του εαυτού του. Η άποψη της ψυχαναλυτικής θεωρίας²⁸ είναι ότι το άτομο ταυτίζεται με το αντικείμενο της αγάπης και, επομένως, βλάπτοντας τον εαυτό του, βλάπτει και το αντικείμενο. Λειτουργεί, δηλαδή, στην προκειμένη περίπτωση ο μηχανισμός της στροφής της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού παράλληλα με το μηχανισμό της ταύτισης.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά αδρά διακρίνεται σε απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος της επιθετικής ενόρμησης. Υπάρχουν ωστόσο και άλλες εκδηλώσεις στροφής επιθετικότητας εναντίον του εαυτού, όπως η επιρρέπεια σε ατυχήματα, ο μαζοχισμός κ.λ.π όπου όμως η αυτοκαταστροφική τάση είναι λιγότερο συνειδητή.

Αυτοκτονική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σε όλες σχεδόν τις ομάδες ηλικιών. Κάθε χρονική περίοδος στην πορεία της ζωής συνδυάζεται με ποικίλους αγχογόνους παράγοντες, είτε λόγω εσωτερικών ψυχοσυγκρούσεων είτε λόγω εξωτερικών απαιτήσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι οι αγχόνοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ότι το είδος των παραγόντων αυτών

ακλουθεί και παραλληλίζεται με την πορεία της ανάπτυξης²⁹. Από τους σημαντικότερους αγχογόνους παράγοντες μέχρι και την ηλικία των 60 ετών είναι οι ψυχοσυγκρούσεις οι οποίες σχετίζονται με αποχωρισμό και απόρριψη. Από κει και πέρα φαίνεται ότι η ύπαρξη σοβαρής ασθένειας αποτελεί το σημαντικότερο λόγο που κάνει κάποιον να αποφασίσει να τερματίσει τη ζωή του.

Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και εξατομίκευση, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας, αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς³⁰, Tabachnich, 1981. Με το τέλος της εφηβικής περιόδου το άτομο πρέπει να έχει επιτύχει αποχωρισμό και ανεξαρτησία από την οικογένεια, καθώς και διαμόρφωση ταυτότητας. Αυτές οι διαδικασίες κατά την διάρκεια της εφηβείας οδηγούν σε αντιφατικές εκδηλώσεις στη συμπεριφορά, στις σχέσεις και στα συναισθήματα. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, χαλάρωσης των μηχανισμών άμυνας και τάση για παλινδρόμηση. Κατά την διάρκεια όλης αυτής της αναδιοργάνωσης της προσωπικότητας, επιθετικές ενορμήσεις μπορεί να εκφορτίζονται, είτε υπό τη μορφή της παραπτωματικής συμπεριφορά είτε υπό τη μορφή της αυτοκαταστροφικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Σε αυτό το πλαίσιο αποχωρισμού και εξατομίκευσης του εφήβου, το οποίο αυξάνει το άγχος λόγω κινητοποιήσεως διαφόρων ψυχοσυγκρούσεων, οι απόψεις συνδέονται με τάσεις σχετικές με πρόοδο ή παλινδρόμηση, ποικίλοι άλλοι παράγοντες, έχουν ενοχοποιηθεί στην εκδήλωση εφηβικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ανάμεσα στους παράγοντες οι οποίοι αφορούν στο ίδιο το άτομο έχουν αναφερθεί οι ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως οι συναισθηματικές διαταραχές, οι οριακές διαταραχές προσωπικότητας και η χρήση διαφόρων χημικών ουσιών, περιγεννητικές δυσκολίες, δυσκολίες στην εκπαίδευση και σωματικές αρρώστιες. Ανάμεσα στους παράγοντες οι οποίοι αφορούν στην οικογένεια είναι η κακοποίηση ή εγκατάλειψη του παιδιού κατά τα πρώτα τα χρόνια της ζωής, ιστορικές αυτοκτονίας στην οικογένεια ψυχιατρικές διαταραχές των γονέων, κυρίως συναισθηματικές διαταραχές και διάσπαση και αποδιοργάνωση της οικογένειας. Ακόμη η εχθρότητα και η απόρριψη των παιδιών από τους γονείς τους, συνδυαζόμενες από ακρότητα και αντιφατικότητα στις απαιτήσεις και στον έλεγχο από το γονεϊκό περιβάλλον, η

ανωριμότητα της μητέρας, η συναισθηματική απομάκρυνση και η έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής έχουν ενοχοποιηθεί στην αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων (Σ. Μπεράτη, Αθήνα, 1997).

Z. Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες καθορίζουν την συχνότητα των επιθετικών τάσεων στους εφήβους, με τάσεις αυτοκτονίας. Ωστόσο η έχθρα θεωρείται ως βασική ψυχολογική συνιστώσα των παιδιών, εφήβων και των ενηλίκων, με τάσεις αυτοκτονίας. Τα παιδιά με τάσεις αυτοκτονίας κρίθηκαν ως θυμώδη και άβουλα και στην κατάληξη συγκριτικής μελέτης έρχεται στην επιφάνεια η αξιοσημείωτη εχθρική συμπεριφορά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας³¹. Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνεται³² σε παιδιά με τάσεις αυτοκτονίας: τα περισσότερα απ' αυτά, καθορίζονται από αντιδράσεις οργής και σοβαρή φυσική επιθετικότητα. Αυτή η επιθετικότητα εκφράζεται τόσο κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής εξέτασης, όσο και κατά την περίοδο που προηγείται της αυτοκτονίας που εκδηλώνεται από τις τεταμένες προσωπικές σχέσεις. Η εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών σε ένα καταθλιπτικό άτομο, συχνά δεν δείχνει βελτίωση, αλλά αποτελεί ένδειξη ενός κινδύνου αυτοκτονίας.

Η ορθολογική ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στην επιθετικότητα και την αυτοκτονία έδωσε έδαφος σε δύο θεωρητικές κατασκευές, οι οποίες συνδέονται μεταξύ τους, μια ψυχαναλυτικής και μια ηθολογικής προέλευσης.

Η ψυχανάλυση λαμβάνοντας υπόψιν της τις σχέσεις αυτοκτονίας και επιθετικότητας, πρότεινε αρκετά μοντέλα. Η ψυχοδυναμική της επιθετικότητας στην αυτοκτονία συστηματοποιείται. Εκτιμάται ότι³³ τρία εσωτερικά στοιχεία συνεργούν στην αυτοκτονία, ανεξάρτητα από την εξωτερική της εμφάνιση: η επιθυμία να σκοτώσεις, η επιθυμία να σκοτωθείς, η επιθυμία να πεθάνεις. Απαιτείται ιδιαίτερη ανάλυση και αντιστοιχεί σε μια πράξη με συνειδητά και ασυνείδητα κίνητρα.

1. Η επιθυμία να σκοτώσεις: σε μια προσωπικότητα που έχει τάσεις αυτοκτονίας, ένα γεγονός το οποίο αντιπροσωπεύει την απώλεια ενός ερωτικού αντικειμένου

θέτει σε ενέργεια μια μελαγχολική αντίδραση³⁴. Το χαμένο αντικείμενο προβάλλεται μέσα στο εγώ εναντίον του οποίου στρέφεται η έχθρα, και η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την πραγματοποίηση ενός υποκατάστατου φόνου, του οποίου η επιθυμία, συνήθως παραμένει ασυνείδητη.

2. Η επιθυμία να σκοτωθείς. Η επιθυμία φόνου ισοδυναμεί για το Υπερεγώ, το οποίο «λειτουργώντας σύμφωνα με το νόμο των αντίποινων» απαιτεί την εξαγορά του ατόμου με το θάνατο του. Η αυτοκτονία γίνεται τιμωρία η οποία επιβάλλεται από το Υπερεγώ, προκειμένου ν' αντισταθμιστεί μια επιθυμία καταστροφής. Πρέπει να «καταστρέψει αυτό το σώμα το οποίο ο έφηβος θεωρεί ότι είναι το όργανο με το οποίο μπορεί να δώσει, μια πραγματική έκφραση στην επιθυμία να σκοτώσει³⁵.
3. Η επιθυμία να πεθάνεις αντιστοιχεί με την έκφραση της τιμωρού αυτοεπιθετικότητας του υποκειμένου στην αιφνίδια εισβολή του ενστίκτου του θανάτου.

Στον έφηβο, η επιθετικότητα, η οποία απευθύνεται κυρίως στους γονείς, μεταφράζει την αναβίωση ανεπαρκώς επεξεργασμένων παιδικών συγκρούσεων. Πρώτα απ' όλα ο έφηβος, κατά την ανάπτυξη των ενστίκτων τον καιρό της εφηβείας, έρχεται αντιμέτωπος με την επανεργοποίηση της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Αναδύεται πάλι η έχθρα απέναντι στον οιδιπόδειο αντίπαλο, ενώ κατά τον αυνανισμό, αιμομικτικές φαντασιώσεις με καλυμμένη και ανεκτή μορφή επανεμφανίζονται στη συνείδηση δε σε ορισμένους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, συναντάμε μια ανικανότητα να ελεγχθούν οι ερωτικές φαντασιώσεις και να κατασταλούν οι αιμομικτικές επιθυμίες που απειλούν να κατακλύσουν το Εγώ³⁶.

Η αγωνία και η οιδιπόδεια ενοχή που ενεργοποιούνται από το ότι βιολογικά μπορεί να επιτελεσθεί η ερωτική πράξη, οδηγούν αυτούς τους εφήβους στο να μισήσουν το σώμα από το οποίο θεωρείται ότι πηγάζουν αυτές οι επιτακτικές ανάγκες. Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει σκοπό να καταστρέψει το σώμα πηγή των σεξουαλικών ορμών και όργανο της ενεργοποίησής τους. Η πράξη αυτοκτονίας μπορεί να πάρει τη μορφή ενός αυτό- ακρωτηριασμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως εστιακή αυτοκτονία: η αυτοκτονία παρόρμηση εκφράζεται στο προβαλλόμενο τμήμα αντί να εκφραστεί στο σύνολο. Αλλά όποιο και αν είναι το τμήμα του σώματος το οποίο προσφέρεται στην αυτοκαταστροφή, στην πραγματικότητα στοχεύονται τα

γεννητικά όργανα «Το πρότυπο κάθε αυτό- ακρωτηριασμού είναι ο αυτό-ευνουχισμός». Η απόπειρα αυτοκτονίας και ο αυτό-ακρωτηριασμός του εφήβου μαρτυρούν την έντονη ενοχή τη συνδεδεμένη με τη ερωτική ζωή, η οποία αντικρούει γι' αυτούς την απαγορευμένη αιμομιξία.

Αυτή η έχθρα του έφηβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας, παραπέμπει σε πιο αρχαϊκές συγκρούσεις: αυτοί οι έφηβοι φαίνονται ανίκανοι να ελευθερωθούν από τον παιδικό Διβιδινικό σύνδεσμο με τη μητέρα. Σ' αυτή τη περίπτωση, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την έκφραση μιας αντίδρασης η οποία ανταποκρίνεται στο μοντέλο που προτείνει ο Freud (1916): στους εφήβους αυτούς, αντί για φυσιολογικό πένθος αναπτύσσεται μια κατάσταση που συγγενεύει με τη μελαγχολία. Οι σχέσεις με τη μητέρα χαρακτηρίζονται από υπέρτατη αμφιβολία στην ουσία συνυπάρχουν έντονα αισθήματα μίσους και αγάπης. Η αποκόλληση από την μητέρα γίνεται αντιληπτή ως αβάσταχτη απώλεια, απέναντι στην οποία ο έφηβος αντιδρά με την εσωτερική προβολή της μητρικής εικόνας. Σε μια έρευνα³⁷ σε εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας θεωρήθηκε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας αναλύεται χωρίς παραλλαγές, σαν μία επίθεση κατά της εσωτερικοποιημένης ζωής. Αυτή η παρέκκλιση της πορείας της εφηβείας, μαρτυρά πρόωρες αλλαγές των σχέσεων με τη μητέρα, στις οποίες δίνονται δύο μορφοποιήσεις, η μια αναφέρεται στην απομάκρυνση – εξατομίκευση και η άλλη στην ομολογία των εσωτερικευμένων αντικειμένων. Η επιθετικότητα χρησιμεύει στην έρευνα απέναντι στις «οπισθοδρομικές, παθητικές, μαζοχιστικές και φιλικές επιθυμίες που σχετίζονται με την μητέρα, η οποία εκλαμβάνεται σαν ένα πολύ ισχυρό πρόσωπο που προκαλεί φόβο ενεργό και κίνδυνο να τους αφανίσει». Η εφηβεία προκαλεί την αναβίωση των συγκρούσεων της πρώτης φάσης απομάκρυνσης – εξατομίκευσης, οι οποίες είχαν επεξεργασθεί ανεπαρκώς. Ο έφηβος είναι μπροστά σ' ένα δίλημμα, στο οποίο η ψυχολογική του εξέλιξη δεν επιτρέπει να δοθεί καμιά λύση: η τάση της αυτοκτονίας του εκθέτει σ' ένα αβάσταχτο συναίσθημα εγκατάλειψης όπου σημαίνει γι' αυτόν την αφάνιση και εξακολούθηση της συμβιωτικής ένωσης με την μητέρα, στην καταστροφική επανασυγχώνευση. Ο έφηβος ανταποκρίνεται με παθητικότητα σ' αυτόν τον αναπόφευκτο κίνδυνο εκμηδένισης.

Με λίγα λόγια στη σχέση του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας με την μητέρα του, κυριαρχούν δύο συναισθήματα: ο φόβος μην τον εγκαταλείψει η έχθρα και η επιθυμία του θανάτου.

Σημειώνεται ο φόβος του Εγώ να εγκαταλειφθεί από το Υπερεγώ³⁸, ενώ ορίζεται η επιθυμία για καταστροφή του ισχυρού Υπερεγώ ως καθοριστική παράμετρος της αυτοκτονίας.

Αυτή η ομοιότητα εξηγείται από τη διαμόρφωση του Υπερεγώ στην οποία συμμετέχει η εσωτερίκευση της μητέρας. Αν και ο Freud επέμεινε στη σημασία των ταυτίσεων, οι οποίες ρευστοποιούν το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, στη διαμόρφωση του υπερεγώ, στη συνέχεια υπογραμμίσθηκε η σημασία των προδρόμων του Υπερεγώ οι οποίοι οργανώνονται από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης. Ανεξάρτητα από το αν η επιθετικότητα είναι πρωτογενής, πηγάζουσα από την ενόρμηση, ή δευτερογενής, αντιδραστική σε πραγματικές αποστερήσει, προβάλλεται στο αρχαϊκό αντικείμενο και το μεταμορφώνει σε εξωτερικό πρόδρομο (του Υπερεγώ), ο οποίος επιχειρείται να ελεγχθεί με τη διαδικασία της ενδοβολής. Σε άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας η ένταση κινδύνου, η οποία συνδέεται με το κακό εσωτερικοποιημένο αντικείμενο, συμμετέχει στη διαμόρφωση ενός πρωτόγονου, αυστηρού και άσπλαχνου Υπερεγώ³⁹. Η απειλή, η οποία συνδέεται με την ερωτικοποίηση και έτσι δημιουργείται ένας Διβιδινικός δεσμός σαδομαζοχιστικής φύσης, με τα κακά εσωτερικά αντικείμενα. Το εσωτερικοποιημένο κακό αντικείμενο προκαλεί ταυτόχρονα φόβο και αγάπη, απειλεί με την ολοκληρωτική καταστροφή αλλά αποτελεί και άμυνα απέναντι στο ουδέν. Η αμφιθυμία των σχέσεων με το κακό αντικείμενο μεταφράζεται με τον συμβιβασμό, τον οποίο αποτελεί η απόπειρα αυτοκτονίας. Με αυτή το υποκείμενο, ταυτόχρονα, στοχεύει στο να ευχαριστήσει το αντικείμενο, από το οποίο μισείται, και στο να αποδεσμευτεί από αυτό. Αλλά ο έφηβος που έχει τάσεις αυτοκτονίας, είναι ανίκανος να αποχωριστεί το κακό αντικείμενο, εξαιτίας του κινδύνου της ολοκληρωτικής καταστροφής, τον οποίο συνεπάγεται η εγκατάλειψη του. Το αντικείμενο δεν έχει εντελώς απορριφθεί αλλά έχει μετατοπισθεί μέσα στο σώμα το οποίο στη συνέχεια δέχεται την επίθεση. Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί την αποτυχία μιας κίνησης εξωτερίκευσης⁴⁰.

Ο υπερβολικός θαυμασμός για την ψυχαναλυτική θεωρία της γένεσης των τάσεων αυτοκτονίας, δεν πρέπει να συντελεί ώστε να παραμεληθούν οι άλλες προσεγγίσεις. Η ηθολογική προοπτική αποτελεί μια γόνιμη συμβολική συσχέτιση επιθετικότητας και αυτοκτονίας.

Η επιθετικότητα «η οποία παρεμποδίζεται από τους κοινωνικούς δεσμούς προστασίας και συνεργασίας, παίρνοντας μέσα από αυτούς, ιεροτελεστική μορφή απελευθερώνεται όταν σπάζουν αυτές οι σχέσεις». Η ενεργοποίηση της επιθετικότητας είναι αποτέλεσμα της αποστέρησης που προκαλείται από την απώλεια ελέγχου του περιβάλλοντος. Η επιθετική αντίδραση αποτελεί μια απόπειρα αποκατάστασης της προηγούμενης κατάστασης ασφάλειας: ο θυμός έχει την έννοια μιας τιμωρού συμπεριφοράς, η οποία στοχεύει στο να ενθαρρύνει την προσέγγιση και να αποθαρρύνει από μια μεταγενέστερη απομάκρυνση. Αλλά η επαναλαμβανόμενη χρήση θυμού, ξεπερνά τον ίδιο τον εαυτό και μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψη του αντικειμένου από το περιβάλλον του, κινητοποιώντας μια νέα αύξηση της επιθετικότητας. Επιθετικότητα η οποία απευθύνεται στο περιβάλλον μπορεί να μετατοπίζεται μερικώς ή ολικώς στο σώμα, μέσα από μια διαδικασία που διευκολύνεται από την ρήξη των κοινωνικών δεσμών την οποία έδειξαν τα προγράμματα⁴¹. Στην παρατήρηση του νεαρού πιθήκου καθώς και του μικρού παιδιού διαπιστώνεται η παρουσία δύο αντιθετικών προ που αφορούν την κινητικότητα, το ένα κατευθύνεται στο σώμα της μητέρας και το άλλο στο περιβάλλον. Η εξερευνητική στάση απέναντι στο περιβάλλον, το επίπεδο της διανοητικής ανάπτυξης, ενώ οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την προσκόλληση στη μητέρα ελαττώνουν την εγρήγορση. Η δραστηριότητα του νέου μοιράζεται ανάμεσα σ' αυτά τα δύο προγράμματα, τα οποία διαδέχονται το ένα το άλλο, λειτουργώντας σαν παραλλαγές της έγερσης. Η απώλεια της μητέρας ελαττώνει την ανάπτυξη δραστηριοτήτων προς το περιβάλλον και αυτές που κατευθύνονται στο σώμα: οι συμπεριφορές που ανάγονται στην προσκόλληση στη μητέρα, προσανατολίζονται ξανά, στο σώμα, την πρώτη φορά παρατηρούνται όμως οι στερεοτυπίες και οι αυτοτραυματισμοί, οι οποίοι οδηγούν στην ελάττωση της εγρήγορσης. Ένας παρόμοιος μηχανισμός μάλλον, προσδιορίζει τη μετακίνηση της έχθρας από περιβάλλον, όχι από το σώμα του υποκειμένου. «Έτσι ανέρχεται το ψυχαναλυτικό status του χαμένου αντικειμένου, με όλα τα διαφορούμενα που

συνεπάγεται το σώμα είναι ταυτόχρονα το υποκείμενο και το αντικείμενο που έχει χάσει»⁴². Αυτό το σύνολο των στοιχείων στηρίζει η άποψη η οποία δέχεται ότι υπάρχει ένας βιολογικά καθορισμός στην απίθανη συμπεριφορά κατά την οποία στρέφεται η επιθετικότητα προς το ίδιο το άτομο. (Henry Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Η. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Henry Chabrol (μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987) συχνά ο σκοπός της αυτοκτονίας είναι περισσότερο αλλαγή της ζωής, παρά η διακοπή της⁴³. «Η πάντα παρούσα τάση για ζωή» η οποία υπάρχει μέσα στην αυτοκτονία του εφήβου⁴⁴, εκφράζεται με τις απόπειρες επικοινωνίας και τις συμβολικές διαστάσεις που η αυτοκτονική απόπειρα εμπεριέχει.

Α. Λειτουργία της επικοινωνίας

Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει την διάσταση μιας εξωλεκτικής επικοινωνίας, στο μέτρο που στοχεύει να τροποποιήσει τις στάσεις του μέσου περιβάλλοντος. Έρχεται να αντικαταστήσει τη λεκτική επικοινωνία και αποκαλύπτει την αδυναμία έκφρασης της, γιατί είναι ακατέργαστη, αδιαμόρφωτη ή απαγορευμένη. Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί αμυντική αντίδραση στην απώλεια του ελέγχου του περιβάλλοντος και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να μεταβληθεί η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Μεταφράζει την αποτυχία όλων των μέσων για να δράσει κανείς στο περιβάλλον και αποτελεί την ύστατη προσπάθεια επιρροής του μέσα από μια κίνηση η οποία κατευθύνεται στο σώμα. Εφόσον γίνεται αντιληπτή αυτή η διάσταση, δεν πρέπει παρά με πολύ προσοχή να γίνει αναφορά στη πιθανότητα να επιζητείται εξαπάτηση του περιβάλλοντος, γιατί πρώτα απ' όλα, η πράξη αυτοκτονίας μαρτυράει την τραγική αδυναμία του ατόμου, απέναντι σ' ένα περιβάλλον, που το συνθλίβει. Οι αυτοτραυματισμοί οι οποίοι προσφέρονται σε κοινή θέα δεν μπορούν να διαφύγουν από ένα σύστημα επικοινωνίας, το οποίο τους ενισχύει και που όταν παρεμβαίνει, πιθανά εννοεί τις υποτροπές. Η πράξη

αυτοκτονίας «φορέας ενός μηνύματος απελπισίας και οργής⁴⁵» είναι μια επικοινωνία αμφιβουλησιακή.

Έχει την έννοια μιας «κλήσης σε βοήθεια» και μια «μεγάλης απελπιστικής κραυγής, για αγάπη», σύμφωνα με την έκφραση του Rado, η οποία αρμόζει σ' αυτή τη περίπτωση (κοιτάζτε πως είμαι για λύπηση και πως έχω ανάγκη να με αγαπήσουν και να με βοηθήσουν). Λειτουργώντας ως κλήση σε βοήθεια, δεν δηλώνει μόνο την οδύνη του ατόμου, αλλά μέσα από αυτή και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Η Πάπυρος Λάρους αναφέρει ότι η πράξη της αυτοκτονίας οφείλεται να βλέπεται ως έκκληση για βοήθεια, συνεπώς ως ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους, ακόμη κι αν φαίνεται ως ο πιο ευσυνείδητος εκβιασμός. Ωστόσο η κατανόηση που θα δείξει κανείς στον «απελπισμένο» δεν πρέπει να φθάσει ως την υπερβολή ενός δακρύβρεχτου συναισθηματισμού προπάντων όταν έχει να κάνει κανείς με έφηβο. Υπερβολική φροντίδα επίσης, ανησυχία και συμπεριφορά «κλώσσας που φυλάει τα κλωσσόπουλα» φέρνει συναισθηματική παλινδρόμηση ή κάνει τον αυτόχειρα να παιδιάρίζει. Κι αντίστροφα η ειρωνική πρόκλησή του κολλάει στον τοίχο και τον σπρώχνει σε επικίνδυνες υποτροπές.

Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί επίσης μετάφραση της έχθρας η οποία υπάρχει στην πρόθεση να τιμωρηθούν αυτοί που φόνευσαν τον έφηβο ή τον αγνόησαν: (κοιτάζτε που με φέρατε: πρέπει να πεθάνω για να με προσέξετε). Έχει την αξία μιας συμπεριφοράς επίπληξης και τιμωρίας η οποία στοχεύει να προκαλέσει τύψεις και ενοχές στο περιβάλλον του. Αυτή η σημασία διαφαίνεται στις προαυτοκτονικές φαντασιώσεις, με τις οποίες οι έφηβοι βιώνουν προκαταβολικά τον πόνο και τις τύψεις των γονιών ή φίλων τους, ή του αντικειμένου της χαμένης τους αγάπης.

B. Συμβολική λειτουργία

Κυρίως εκδηλώνεται από τη μνητική και την ηρωοφανή διάσταση, οι οποίες είναι αναπόσπαστες η μια από την άλλη. Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές του εφήβου μπορούν να παραλληλισθούν, με μνητικές ιεροτελεστίες. Οι οποίες σε κάποιες κοινωνίες, σηματοδίνουν το πέρασμα του παιδιού στην ενηλικίωση. Ανάμεσα στις λειτουργίες τους, είναι και η ρήξη των δεσμών προσκόλλησης με την μητέρα. Αποτελούν μια εμπειρία μνητικού θανάτου, η οποία ενδεχομένως συμβολίζεται από ένα σωματικό τραυματισμό, ο οποίος ακολουθείται από μια αναγέννηση, που

παρομοιάζεται με ανάσταση. Η πράξη αυτοκτονίας, επιθυμεί να πραγματοποιήσει αυτή τη θέση πάνω στο θάνατο. Ορισμένες φορές, η λειτουργία της ανάκλησης για τη ζωή που υπάρχει στην πράξη αυτοκτονίας, εκφράζεται κατηγορηματικά, ιδιαίτερα με τη φλεβοτομή, πραγματοποιούμενη σε κατάσταση έντασης και αποπροσωποποίησης η φλεβοτομή επιτρέπει την επιστροφή στην πραγματικότητα: «ματώνω άρα είμαι ζωντανός⁴⁶».

Αυτή η μυητική λειτουργία της πράξης αυτοκτονίας, διαφαίνεται καθαρά όταν αυτή αποτελεί γεγονός ομάδας το οποίο παίρνει αξία σε μια εφηβική ιδιόμορφη πολιτισμική αντίληψη. Η μετάδοση, μέσα σε μια ομάδα παρατηρείται κυρίως στις διάφορες μορφές αυτοτραυματισμού. Έτσι γίνεται αντιληπτή η επιθυμία του εφήβου να πραγματώσει μια αρνητική περιθωριακή ταυτότητα, η οποία μαρτυρά την αντίθεση του μέσα σε μια ομάδα με τους ενήλικες και την κοινωνία. Δεν πρόκειται για προσπάθεια να διευκολυνθεί η προσέγγιση στην κατάσταση του ενήλικα για την άρνηση αυτής της κατάστασης, ενισχύοντας την ταύτιση με την ομάδα. Η ηρωοφανής διάσταση αναδεικνύεται μέσα από την πρόκληση στο πεπρωμένο που κάνει ο έφηβος, εναποθέτοντας την επιβίωσή του ως τυχαία και μη προβλέψιμη εμφάνιση ενός σωτήρα ή στην άγνωστη δυνατότητα ενός φαρμάκου, ή ακόμα παίζοντας τη ζωή του σε επικίνδυνες συμπεριφορές. Φαίνεται λοιπόν πάλι αυτή η αντιπαράθεση με την εμπειρία θανάτου η οποία χαρακτηρίζει τις μυητικές ιεροτελεστίες. Αυτός που έχει περάσει μια τέτοια δοκιμασία δεν φοβάται πλέον το θάνατο και «έχει την απόδειξη, ότι δεν είναι πια παιδί⁴⁷.. Εκτιθέμενος σ' ένα τέτοιο κίνδυνο, ο έφηβος αποδεικνύει την κυριότητα του πάνω στη ζωή και στο θάνατό του. Αντιστρέφοντας τελείως την προοπτική αρνείται την αδυναμία του σε σχέση με το περιβάλλον που τον εξουσιάζει και φτάνει σε μεγαλομανιακές αυταπάτες. Σύμφωνα με τη μαγική σκέψη το να επιβιώσει κανείς, αφού περάσει κίνδυνο, σημαίνει κέρδισε μια θετική κρίση του θεού και ότι θα πραγματοποιηθούν οι φαντασιώσεις σύντηξης του με το πρωτογενές αντικείμενο και οι φαντασιώσεις ναρκισσιστικής ένωσης με το επανευρεθέν κηδεμονικά Υπερεγώ. Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει την αξία ενός εξαγνισμού, αλλά και μιας εξιλαστήριας θυσίας, η οποία διασφαλίζει προστασία για το μέλλον. Προλαμβάνει την τιμωρία και επιτρέπει την έναρξη απαγορευμένων δραστηριοτήτων.

5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

A. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Ένα σημαντικό στοιχείο της αυτοκτονίας είναι η κοινωνική αναλογία της σε συνάρτηση με τους παράγοντες κινδύνου όπου αποτελούν μαζί την πραγματικότητα της αυτοκτονίας. Πρόκειται δηλαδή για το κοινωνικό στοιχείο της αυτοκτονίας.

Οι ατομικοί όροι απ' όπου μπορεί να εξαρτηθεί η αυτοκτονία είναι δύο ειδών:

Υπάρχει πρώτα η εξωτερική κατάσταση που βρίσκεται ο ενεργών. Μερικές φορές οι άνθρωποι που αυτοκτονούν είχαν οικογενειακή κατάθλιψη ή απογοητεύσεις στην υπερηφάνεια τους, μερικές φορές είχαν υποφέρει πενία ή αρρώστια σε άλλες είχαν κάποιο ηθικό σφάλμα που μέμφονταν τους εαυτούς τους κ.τ.λ. Αλλά οι ατομικές αυτές ιδιορρυθμίες δεν μπορούν να εξηγήσουν την κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας, καθώς η τελευταία διακυμαίνεται σε σημαντικές αναλογίες που αποτελούν τις άμεσες προκαταβολές των περιστάσεων των αυτοκτονιών διατηρούν κατά προσέγγιση την ίδια σχετική συχνότητα. Δεν είναι κατά συνέπεια οι προσδιοριστικές αιτίες της πράξης που προηγούνται. Ο από καιρό σε καιρό σημαντικός ρόλος τους στην προμελέτη της αυτοκτονίας, δεν αποτελεί απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους. Η ανθρώπινη θεώρηση πράγματι, κατά τον λόγο να την επηρεάζει η στοχαστική συνείδηση, είναι συχνά μόνο καθαρά τυπική χωρίς να έχει άλλο αντικείμενο από την επιβεβαίωση μιας απόφασης που μορφοποιήθηκε προηγούμενα για λόγους άγνωστους στην συνείδηση.

Πέρα τούτου, οι περιστάσεις που αποτίθενται ότι προκαλούν την αυτοκτονία είναι σχεδόν άπειρες στον αριθμό επειδή την συνοδεύουν συχνά. Ο ένας αυτοκτονεί στο μέσο της φτώχειας, ο άλλος στο μέσο της αφθονίας, ο ένας ήταν δυστυχής στο σπίτι του, και ο άλλος μόλις τερμάτισε μια σχέση που τον έκανε δυστυχή. Τα πιο ποικίλα και τα πιο αντιφατικά γεγονότα της ζωής μπορούν εξ' ίσου να χρησιμεύσουν σαν προφάσεις για αυτοκτονία. Αυτό σημαίνει ότι κανένα από αυτά δεν αποτελεί την ειδική αιτία. Μπορεί τουλάχιστο ίσως ν' αποδοθεί η αιτιότητα αυτή στους χαρακτήρες που είναι κοινοί σε όλες; Αλλά υπάρχουν τέτοιοι; Στη καλύτερη περίπτωση, μπορεί να πει κανείς ότι αποτελούνται συνήθως από απογοητεύσεις, λύπες, χωρίς καμιά δυνατότητα απόφασης, χωρίς να είναι δυνατό να προσδιοριστεί πόσο έντονος θα πρέπει να είναι ο καημός για να έχει τέτοια τραγική σπουδαιότητα.

Δεν είναι το σφάλμα στη ζωή αδιάφορο τόσο ασήμαντο, που θα μπορεί να πει κανείς από την αρχή ότι θα έκανε την ύπαρξη ανυπόφορη που θα μπορεί να πει κανείς από την αρχή ότι θα έκανε την ύπαρξη ανυπόφορη, και από την άλλη μεριά δεν υπάρχει τίποτε που πρέπει αναγκαστικά να έχει αυτό το αποτέλεσμα. Υπάρχουν άνθρωποι που αντιστέκονται σε φρικτές ατυχίες, ενώ άλλοι αυτοκτονούν μετά από μικρές πίκρες. Επί πλέον, εκείνοι που υποφέρουν περισσότερο δεν είναι εκείνοι που αυτοκτονούν περισσότερο. Μάλλον είναι η πολύ μεγάλη άνεση που σπλίζει τον άνθρωπο εναντίον του εαυτού του. Η ζωή αποκηρύσσεται με μεγαλύτερη ευχέρεια στις εποχές και μεταξύ των τάξεων όπου είναι λιγότερο σκληρή. Τουλάχιστον, εάν συμβαίνει πράγματι μερικές φορές ν' αποτελεί την αποτελεσματική αιτία της απόφασης του η προσωπική κατάσταση του θύματος, τέτοιες περιπτώσεις είναι πολύ σπάνιες πράγματι και κατά συνέπεια δεν μπορούν να ερμηνεύσουν την κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας.

Επίσης ακόμη και εκείνοι που έχουν αποδώσει την μεγαλύτερη επίδραση στις ατομικές συνθήκες, την αναζήτησαν λιγότερο σε τέτοια εξωτερικά συμβάντα, δηλαδή στην βιολογική του σύσταση και στα φυσικά παρεπόμενα απ' όπου εξαρτάται. Έτσι, η αυτοκτονία παρουσιάσθηκε σαν καρπός μιας ορισμένης, ιδιοσυγκρασίας, σαν ένα επεισόδιο νευρασθένειας, υποκείμενο στην επίδραση των ίδιων παραγόντων όπως η νευρασθένεια. Και όμως δεν υπάρχει καμιά άνεση και κοινωνική σχέση μεταξύ της νευρασθένειας και της κοινωνικής αναλογίας της αυτοκτονίας. Τα δύο γεγονότα κυμαίνονται κατά καιρούς σε αντίστροφη αναλογία μεταξύ τους, το ένα παίρνοντας της ελάχιστη τιμή του ακριβώς όταν το άλλο βρίσκεται στο απόγειό του ούτε βρέθηκε από πριν καμιά οριστική σχέση μεταξύ των διακυμάνσεων της αυτοκτονίας και των καταστάσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος που υποτίθεται ότι έχει την μεγαλύτερη επίδραση στο νευρικό σύστημα, τέτοιες όπως η φυλή, το κλίμα, η θερμοκρασία. Είναι φανερό ότι, μολονότι ο νευροπαθής μπορεί να εκδηλώσει κάποια ροπή στην αυτοκτονία, κάτω από ορισμένες συνθήκες δεν είναι αναγκαστικά προορισμένος ν' αυτοκτονήσει και η επίδραση των κοσμικών παραγόντων δεν είναι αρκετή να προσδιορίσει μ' αυτή ακριβώς τη έννοια τις πολύ γενικές τάσεις της φύσης της.

Οι σχέσεις της αυτοκτονίας με ορισμένες καταστάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος είναι τόσο ευθείες και διαρκείς όσο οι σχέσεις της με γεγονότα βιολογικού και φυσικού χαρακτήρα που φάνηκαν ότι είναι αβέβαιες και αμφίβολες. Αυτή τη φορά βρίσκεται κανείς, ενόψει αληθινών νόμων που επιτρέπουν μια μεθοδική ταξινόμηση των τύπων της αυτοκτονίας. Οι κοινωνιολογικές αιτίες που

προσδιορίστηκαν, ερμηνεύουν επίσης τις ποικίλες αυτές συμφωνίες που αποδίδονται συχνά στην επίδραση των υλικών αιτιών. Εάν η γυναίκα αυτοκτονεί λιγότερο απ' τον άνδρα δεσμεύεται στη συλλογική ζωή. Έτσι νιώθει την επίδραση της – καλή ή κακή – λιγότερο ισχυρή. Το ίδιο συμβαίνει με τους γέροντες και τα παιδιά μολονότι για διαφορετικούς λόγους. Τελικά, ενώ η αυτοκτονία αυξάνεται απ' τον Ιανουάριο ως τον Ιούνιο, αλλά μετά μειώνεται, οφείλεται στο γεγονός ότι, η κοινωνική δραστηριότητα δείχνει όμοιες εποχιακές διακυμάνσεις. Άρα είναι φυσικό ότι τα διάφορα αποτελέσματα της κοινωνικής δραστηριότητας θα έπρεπε να υπόκεινται σ' ένα ταυτόσημο ρυθμό, και κατά συνέπεια να είναι εντονότερα κατά τη διάρκεια της πρώτης απ' τις δύο αυτές περιόδους. Η αυτοκτονία είναι ένα από αυτά.

Έτσι, προκύπτει ότι η κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας μπορεί να ερμηνευτεί μόνο κοινωνιολογικά. Σε κάθε δεδομένη στιγμή, η ηθική σύσταση της κοινωνίας σταθεροποιεί την αναλογία των θεληματικών θανάτων. Άρα υπάρχει για κάθε λαό μια συλλογική δύναμη ορισμένης ενέργειας που προτρέπει τους ανθρώπους στην αυτοκαταστροφή. Οι πράξεις του θύματος που στην αρχή φαίνονται μόνο να εκφράζουν την προσωπική του ιδιοσυγκρασία είναι πράγματι το συμπλήρωμα και η επιμήκυνση μιας κοινωνικής κατάστασης που εκφράζουν εξωτερικά.

Έτσι δεν αποτελεί μόνο μεταφορά αν κάποιος ισχυριστεί πως για κάθε ανθρώπινη κοινωνία υπάρχει μια μεγαλύτερη ή μικρότερη ικανότητα για αυτοκτονία. Κάθε κοινωνική ομάδα έχει πράγματι μια συλλογική κλίση για την πράξη, αρκετά δική της, απ' όπου προέρχεται κάθε ατομική ροπή. Αποτελείται από τα ρεύματα του εγωισμού, του αλτρουισμού, της ανομίας που διατρέχουν την κοινωνία με τις τάσεις για άτονη μελαγχολία, ενεργητική απάρνηση ή οργή που προέρχονται απ' τα ρεύματα αυτά. Αυτές οι τάσεις ολόκληρου του κοινωνικού σώματος, διαπερνώντας τα άτομα, τα προκαλούν ν' αυτοκτονήσουν. Οι ιδιωτικές εμπειρίες που πιστεύεται γενικά ότι είναι οι άμεσες αιτίες της αυτοκτονίας, έχουν μόνο την επίδραση που δανείζονται από την ηθική προδιάθεση του θύματος, που είναι η ίδια μια ηχώ της ηθικής κατάστασης της κοινωνίας. Για να ερμηνεύσει την απομάκρυνση από την ύπαρξη του το άτομο μέμφεται τις πιο άμεσες περιστάσεις που το περιβάλλουν. Βρίσκει τη ζωή κατηφή κι' αυτό επειδή και το ίδιο είναι λυπημένο. Ασφαλώς η λύπη του έρχεται απ' έξω κατά κάποια έννοια, όμως όχι από το ένα ή το άλλο περιστατικό της καριέρας του, αλλά μάλλον απ' την ομάδα όπου ανήκει.

Γι' αυτό δεν υπάρχει τίποτε που να μη μπορεί να χρησιμεύσει σαν ευκαιρία γι' αυτοκτονία. Το καθετί εξαρτάται από την ένταση που οι γενεσιουργές αιτίες της

αυτοκτονίας έχουν επηρεάσει το άτομο. (E. Durkheim, μετ. Μ. Μαρκάκης, Αθήνα, εκδ. Αναγνωστίδη).

ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΑ ΑΛΛΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ

Καθώς η αυτοκτονία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο χάρη του ουσιαστικού της στοιχείου ταιριάζει να διερευνηθεί η θέση που κατέχει μεταξύ των άλλων κοινωνικών φαινομένων.

Το πρώτο και σπουδαιότερο ερώτημα που αφορά το θέμα είναι ν' ανακαλυφθεί εάν ή όχι η αυτοκτονία θα πρέπει να καταταγεί μεταξύ των πράξεων που επιτρέπονται από την ηθική ή μεταξύ εκείνων που απαγορεύονται. Θα πρέπει να θεωρηθεί σε οποιοδήποτε βαθμό σαν ένα εγκληματικό γεγονός; για την λύση του ερωτήματος διατυπώνεται πρώτα μια σύλληψη της ιδεώδους ηθικής και τότε ερωτάται εάν ή όχι η αυτοκτονία συγκρούεται λογικά μ' αυτήν.

Μια ανεξέλεγκτη επαγωγή είναι πάντα ύποπτη, και σαν τέτοια εκτός τούτου έχει σαν σημείο αφετηρίας ένα καθαρά αναγκαίο αξίωμα της ατομικής ευαισθησίας καθώς ο καθένας συλλαμβάνει με τον τρόπο του την ιδανική ηθική που θέτει σαν αξίωμα. Αντί αυτών, είναι καλύτερο να αναζητηθεί ν' αποκαλυφθεί πρώτα με ποιο τρόπο πράγματι οι Έλληνες έχουν εκτιμήσει ηθικά την αυτοκτονία στην πορεία της ιστορίας, μετά θα αναφερθούν οι λόγοι αυτής της εκτίμησης.

Εάν γυρίσει κανείς στις ιστορικά νωρίτερες των Ελληνικών πόλεων – κρατών βρίσκει νομοθεσία που αφορά την αυτοκτονία αλλά όχι βασισμένη απόλυτα στην ίδια αρχή. Η αυτοκτονία θεωρείται μόνο παράνομη εάν δεν επιτρέπεται από την πολιτεία. Έτσι στην Αθήνα αυτός που αυτοκτόνησε τιμωρείται με «ατιμία» έχοντας επιτελέσει μια αδικία στην πόλη. Του αρνούνται τις τιμές της κοινωνικής ταφής, επίσης το χέρι του κοβόταν από το σώμα του και θάβονταν χωριστά. Ήταν το ίδιο στη Θήβα με ποικιλίες στις λεπτομέρειες καθώς επίσης και στην Κύπρο. Ο κανόνας ήταν τόσο αυστηρός στην Σπάρτη ώστε ο Αριστόδημος τιμωρήθηκε με τον τρόπο που ζήτησε και βρήκε τον θάνατο στην μάχη των Πλαταιών. Άλλ' οι ποινές αυτές εφαρμόζονταν μόνο όταν κανείς είχε αυτοκτονήσει χωρίς προηγούμενα να είχε ζητήσει να του το επιτρέψουν οι αρμόδιες εξουσίες. Στην Αθήνα, εάν είχε ζητήσει εξουσιοδότηση από την Σύγκλητο πριν αυτοκτονήσει, διατυπώνοντας τους λόγους που τον καθιστούσαν την ζωή ανυπόφορη, και εάν το αίτημα του είχε γίνει κανονικά δεκτό, η αυτοκτονία θεωρείτο σαν μια νόμιμη πράξη. Ο Λιβάνιος αναφέρει μερικά παραγγέλματα σ' αυτό

το θέμα χωρίς να διατυπώνει την περίοδο τους, αλλά που πράγματι επιβάλλονταν στην Αθήνα, πέρα απ' όλα αυτά, εγκωμιάζει αυτούς τους νόμους και διαβεβαιώνει ότι είχαν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Έχουν ως εξής: «Οποιοσδήποτε δεν επιθυμεί να ζήσει πρέπει να διατυπώσει τους λόγους του στην Σύγκλητο και αφού θα του επιτραπεί θα εγκαταλείψει τη ζωή. Εάν η ύπαρξη σου είναι μισητή, πέθανε, εάν είσαι καταβλημένος από την εμπαρήνη πιες το κώνειο, εάν είσαι λογισμένος από καημό, εγκατέλειψε την ζωή. Άφησε τον δυστυχισμένο ν' αφηγηθεί την ατυχία του, άφησε τον άρχοντα να του δώσει γιατρικό και θα τερματισθεί η αθλιότητα του». Ο ίδιος νόμος απαντάται στην Κέος. Τον έφεραν στην Μασσαλία οι Έλληνες άποικοι που θεμελίωσαν την πολιτεία. Οι άρχοντες είχαν μια προμήθεια δηλητηρίου δίνοντας την απαραίτητη σε όλου που, αφού είχαν πει στο Συμβούλιο των εξακοσίων τους λόγους που είχαν για ν' αυτοκτονήσουν έπαιρναν αυτήν την εξουσιοδότηση.

Άρα, η αυτοκτονία αποδοκιμάζεται επειδή αποσπά απ την λατρεία αυτής της ανθρώπινης προσωπικότητας όπου βασίζεται όλη η ηθική μας. Απόδειξη αυτής της ερμηνείας είναι η διαφορά μεταξύ της σημερινής άποψης μ' εκείνης της αρχαιότητας. Κάποτε η αυτοκτονία εθεωρείτο μόνο σαν ένα απλό πολιτικό αδίκημα που διαπράττονταν εναντίον της πολιτείας, η θρησκεία είχε ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον για το θέμα. Τώρα έχει γίνει μια πράξη ουσιαστικά θρησκευτική. Ο δικαστής που την καταδικάζουν υπήρξαν σύμβουλοι εκκλησιών ενώ η λαϊκή δύναμη στην τιμωρία της ακολούθησε μόνο και μιμήθηκε την εκκλησιαστική εξουσία.

Η αυτοκτονία μπορεί να καταταγεί μεταξύ των ανηλίκων πράξεων γιατί στην ουσιαστική της αρχή αρνιέται την θρησκεία της ανθρωπότητας. Έναν που αυτοκτονεί κατά την παροιμία προκαλεί βλάβη μόνο στον εαυτό του και δεν υπάρχει καμιά ευκαιρία για την παρέμβαση της κοινωνίας, αυτό είναι μια πλάνη. Η κοινωνία τραυματίζεται γιατί προσβάλλεται το αίσθημα όπου βασίζονται σήμερα τα πιο σεβαστά της ηθικά αποφθέγματα, ένα συναίσθημα σχεδόν ο μόνος δεσμός μεταξύ των μελών της που θα μπορούσε να εξασθενήσει εάν αυτή η προσβολή πραγματοποιούνταν ατιμώρητη. Πως θα μπορούσε αυτό το συναίσθημα να διατηρήσει την ελάχιστη εξουσία εάν η ηθική συνείδηση δεν διαμαρτυρηθεί για την παραβίασή του; Από την στιγμή που το ανθρώπινο πρόσωπο, είναι και πρέπει να θεωρηθεί κάτι το ιερό, που πάνω του ούτε το άτομο ούτε η ομάδα δεν έχει ελεύθερη εξουσία, πρέπει ν' απαγορεύεται κάθε απόπειρα εναντίον του. Δεν έχει σημασία ότι ο ένοχος και το θέμα είναι ο ένας και ο ίδιος. Το κοινωνικό κακό μόνο από το γεγονός ότι ο αυτουργός του είναι εκείνος που υποφέρει. Εάν η βίαιη καταστροφή της

ανθρώπινης ζωής κάνει κάποιον, να επαναστατήσει σαν μια ιεροσυλία καθεαυτή και γενικά, δεν μπορεί να την ανεχθεί κάτω από καμιά περίπτωση. Ένα συλλογικό συναίσθημα που θα εγκαταλειφθεί στο σημείο αυτό θα έχανε γρήγορα όλη του την ισχύ.

Ασφαλώς αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να επανέλθει κανείς στις θηριώδης ποινές που επιβάλλονταν στην αυτοκτονία τους περασμένους αιώνες. Δημιουργήθηκαν σε μια εποχή όταν κάτω από την επίδραση προσωρινών περιστάσεων, ολόκληρο το σύστημα της δημόσιας καταστολής επιβάλλονταν με υπερβολική αυστηρότητα. Αλλά πρέπει να διατηρηθεί η αρχή ότι η ανθρωποκτονία θα έπρεπε να αποδοκιμάζεται.

Σημαντικό είναι να παρουσιασθεί η σχέση της αυτοκτονίας με άλλες ανήθικες πράξεις, με τα εγκλήματα και τα αδικήματα.

Η ενιαία προδιάθεση του καθεαυτή δεν αποκλίνει περισσότερο στην μια ή στην άλλη κατεύθυνση προτιμά την μορφή της ανθρωποκτονίας ή της αυτοκτονίας ανάλογα με την φύση του κοινωνικού περιβάλλοντος, και έτσι παράγονται τα δύο αντίπαλα αυτά φαινόμενα που, μολονότι πραγματικά, παρ' όλα αυτά αποκρύπτουν μια θεμελιακή ταυτότητα. Εκεί όπου το θέμα είναι γενικά προκαλεί τρόμο, ο νικημένος θ' απαρνηθεί τον εαυτό του, θα ομολογήσει την ανικανότητά του και προβλέποντας τα αποτελέσματα της φυσικής επιλογής, θ' αποσυρθεί από τον αγώνα αποσυρόμενος από τη ζωή. εκεί όπου η μέση ηθική έχει ένα τραχύτερο χαρακτήρα και η ανθρώπινη ύπαρξη είναι λιγότερο σεβαστή, θα επαναστατήσει, θα κηρύξει πόλεμο στην κοινωνία και θα σκοτώσει αντί να σκοτωθεί. Με λίγα λόγια η δολοφονία του εαυτού του και ενός άλλου είναι δύο βίαιες πράξεις. Αλλά μερικές φορές η βιαιότητα που είναι η πηγή τους χωρίς να βρίσκει αντίσταση στο κοινωνικό περιβάλλον, το προσβάλλει και τότε γίνεται ανθρωποκτονία. Μερικές φορές, ανίκανη όντας εξωτερικής έκφρασης από την πίεση της δημόσιας συνείδησης, επιστρέφει στην πηγή της και τότε το ίδιο πρόσωπο απ' όπου αναβλύζει γίνεται το σώμα της.

Τότε η αυτοκτονία είναι μια μεταμορφωμένη και έντονη ανθρωποκτονία. Η αυτοκτονία θα είχε το πολύ μεγάλο πλεονέκτημα να μας απαλλάξει από έναν αριθμό άχρηστων ή επιζήμιων προσώπων χωρίς την κοινωνική παρέμβαση και άρα κατά τον πιο απλό και οικονομικό τρόπο. Δεν είναι καλύτερα να τους αφήσει κανείς να βγουν από τον δρόμο θεληματικά και ήσυχα, παρά να αναγκάζει την κοινωνία να τους αποπέμψει με την βία από τους κόλπους της; Το ότι η αυτοκτονία είναι μια μεταμορφωμένη και έντονη ανθρωποκτονία είναι λοιπόν σχεδόν σωτήρια, γιατί εάν

δεν είναι ένα καλό, είναι τουλάχιστο λιγότερο κακό που ανακουφίζει από ένα μεγαλύτερο.

Υπάρχουν τρία γεγονότα που αποδεικνύουν την ψυχολογική ενότητα της αυτοκτονίας και της ανθρωποκτονίας.

Πρώτα υπάρχει η παρόμοια επίδραση που το φύλο υποτίθεται ότι έχει στην αυτοκτονία και στην ανθρωποκτονία. Ακριβέστερα η επίδραση αυτή του φύλου είναι μάλλον ένα αποτέλεσμα των κοινωνικών παρά των οργανικών αιτιών. Η γυναίκα αυτοκτονεί λιγότερο και σκοτώνει λιγότερο όχι εξ' αιτίας των φυσιολογικών διαφορών από τον άνδρα αλλά επειδή δεν συμμετέχει στην συλλογική ζωή κατά τον ίδιο τρόπο.

Η επίδραση της ηλικίας σε κάθε φαινόμενο δείχνει ίσες διαφορές. Σύμφωνα με τον Morselli στην ηλικία από 15- 21 ο αριθμός των φόνων (προμελετημένων και μη) είναι 14,2 και ο αριθμός των αυτοκτονιών 20,1.

Παραμένει να θεωρηθεί το αποτέλεσμα της θερμοκρασίας, εάν συνδυασθούν όλα τα εγκλήματα εναντίον των προσώπων η καμπύλη που επιτυγχάνεται φαίνεται να δείχνει ότι υπάρχει σχέση με την αυτοκτονία συγκεκριμένα η καμπύλη ανέρχεται μέχρι τον Ιούνιο και κατέρχεται μέχρι τον Δεκέμβριο, όπως αυτή των αυτοκτονιών. (θεωρία της Ιταλικής Σχολής).

Εάν τα δύο φαινόμενα συμφωνούν εν μέρει σε ορισμένες περιπτώσεις, σε άλλες βρίσκονται σε φανερό ανταγωνισμό.

1. Μολονότι εξελίσσονται στην ίδια κατεύθυνση σε ορισμένες στιγμές, οι δύο καμπύλες συγκρούονται πολύ καθαρά σε άλλες χρονικές περιόδους.
2. Εάν υπάρχουν χώρες που συσσωρεύουν τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες είναι πάντα σε άνισες αναλογίες, οι δύο εκδηλώσει δεν αγγίζουν ποτέ την μέγιστη ένταση τους στο ίδιο σημείο. Είναι ακόμη ένας γενικός κανόνας ότι εκεί όπου η ανθρωποκτονία είναι πολύ κοινή προσφέρει ένα είδος ανοσίας εναντίον της αυτοκτονίας.
3. Οι πόλεμοι έχουν ένα περιοριστικό αποτέλεσμα στην πορεία της αυτοκτονίας. Έχουν το ίδιο αποτέλεσμα στις ληστείες, στους δόλους, στις καταχρήσεις εμπιστοσύνης κ.τ.λ
4. Η αυτοκτονία είναι πολύ περισσότερο αστική παρά αγροτική. Το αντίθετο αληθεύει για την ανθρωποκτονία.
5. Τέλος, ενώ η οικογενειακή ζωή έχει ένα μετριαστικό αποτέλεσμα στην αυτοκτονία, κεντρίζει περισσότερο τον φόνο.

Η αυτοκτονία συνυπάρχει μερικές φορές με την ανθρωποκτονία, μερικές φορές αποκλείονται αμοιβαία, μερικές φορές αντιδρούν κατά τον ίδιο τρόπο κάτω από τις ίδιες συνθήκες, μερικές φορές κατ' αντίθετους τρόπου ενώ οι περιπτώσεις τους ανταγωνισμού είναι πολυαριθμότερες.

Έτσι φθάνει κανείς στο ακόλουθο συμπέρασμα. Εάν η αυτοκτονία και η ανθρωποκτονία ποικίλλουν συχνά αντίστροφα μεταξύ τους, δεν οφείλεται στο γεγονός ότι είναι δύο διαφορετικές πλευρές του ίδιου φαινομένου αλλά γιατί από ορισμένες απόψεις σχηματίζουν δύο αντίθετα κοινωνικά ρεύματα. Αποκλείονται πολύ αμοιβαία όσο η μέρα και η νύχτα. Όπως η αυτοκτονία δεν είναι μια ενιαία, αδιαίρετη εγκληματολογική οντότητα, αλλά πρέπει να περικλείει μια πολλαπλότητα ειδών πολύ διαφορετικών μεταξύ τους. Έτσι είναι και η ανθρωποκτονία. (F. Dukheim, μετ. Μ. Μαρκάκης, Αθήνα, εκδ. Αναγνωστίδη).

Β. ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ)

Είναι σημαντικό να παρουσιαστούν κάποια στοιχεία από έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα από την δεκαετία 60 έως αυτή του 90. Αρχικά οι έρευνες μελέτες ήταν εντελώς ανοργάνωτες και πρόχειρες αλλά περισσότερο προσοδοφόρα για την μελέτη και αντιμετώπιση της εφηβικής αυτοκτονίας.

Σε δύο συμπόσια που έγιναν με θέμα «Ο έφηβος και η οικογένεια» η Α. Δοξιαάδη παραθέτει στοιχεία για μια αύξηση στον αριθμό των παιδιών και των εφήβων που παραπέμφθηκαν για αυτοδηλητηρίαση.

1. Οι Πάλλης και συνεργάτες διερεύνησαν τη συχνότητα της αυτοδηλητηρίασης στα παιδιά μέχρι 15 ετών εξετάζοντας τα ιστορικά ενός γενικού νοσοκομείου του Πειραιά κατά την περίοδο 1961 – 64 και 1974 – 76 . διαπιστώθηκε μια αύξηση που ισοδυναμούσε με 164% για την δεκαετή περίοδο. Η μεγαλύτερη αύξηση αφορούσε κορίτσια ηλικίας 10 – 15 ετών. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν επίσης τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στα πορίσματά τους και τις επίσημες στατιστικές, οι οποίες αναφέρουν αύξηση της τάξης μόνο του 19% επί του συνόλου των περιπτώσεων για την περίοδο 1971 – 1976 .

2. Από τις στατιστικές αναλύσεις ενός κέντρου δηλητηριάσεων που λειτουργεί σ' ένα μεγάλο νοσοκομείο Παίδων της Αθήνας, αναφέρεται μια αύξηση 50% των τηλεφωνικών κλήσεων ή επισκέψεων στο κέντρο στο διάστημα μεταξύ 1974 - 77.
3. Μια αύξηση 58% αναφέρεται επίσης στον αριθμό των παιδιών που τους έγινε εισαγωγή για αυτοδηλητηρίαση σε γενικό νοσοκομείο της επαρχίας το διάστημα μεταξύ 1975 - 77.

Είναι δύσκολο να γίνουν υποθέσεις σχετικά με αυτές τις διαπιστώσεις, αλλά το πρόβλημα της αυτοδηλητηρίασης των παιδιών και των εφήβων χρειάζεται παρακολούθηση και περαιτέρω διερεύνηση.

Η Σ. Μπεράτη ασχολούμενη με την αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων μελέτησε Έλληνες έφηβους μέχρι 16 ετών οι οποίοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και προσκομίσθηκαν στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Τα παιδιά αυτά συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου της ίδιας ηλικίας, φύλου οικογενειακής και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Από τα παιδιά με την αυτοκτονική συμπεριφορά 27 ήταν κορίτσια και 2 αγόρια. Όλα εκτός από ένα ήταν ανύπαντρα. Τα 22 ζούσαν στο σπίτι με τους δύο γονείς τα 5 με τον ένα γονέα και τα 2 μόνα τους. (το ένα που είχε παντρευτεί και ένα του οποίου οι γονείς είχαν πεθάνει). Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι μισοί από τους έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ήταν πολύ περιορισμένοι από τους γονείς τους, οι οποίοι ήλεγχαν κάθε τους κίνηση, και οι δραστηριότητες τους έξω από το οικογενειακό περιβάλλον ήταν ελάχιστες. Πολλοί απ' αυτούς δεν είχαν τη δυνατότητα να βγουν με τους φίλους τους ή ακόμα και να απομακρυνθούν από τη συνεχή βλεματική επαφή με τους γονείς τους.

Η αιτιολόγηση αυτής της συμπεριφοράς των γονέων ήταν ότι υπήρχε κίνδυνος τα παιδιά αν παρασυρθούν σε σεξουαλική παραπτωματικότητα και σε χρήση διαφόρων χημικών ουσιών. Οι φόβοι αυτοί δε βασίζονταν σε συγκεκριμένα στοιχεία της συμπεριφοράς των εφήβων ούτε στην ύπαρξη ιδιαίτερα έντονων τέτοιων προβλημάτων στο κοινωνικό περιβάλλον. Εξέφραζαν περισσότερο δυσκολίες των ίδιων των γονέων στο να δεχτούν τον αποχωρισμό και την αυτονομία των παιδιών τους, ιδιαίτερα όταν αυτή συνδυάζεται με τη δυνατότητα για σεξουαλική δραστηριότητα. Η ελληνική κοινωνία φαίνεται να αλλάζει ταχύτατα σε συνήθειες και τρόπους συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα ορισμένοι γονείς να μην μπορούν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις για ταχύτερη εξατομίκευση και αυτονομία των παιδιών τους. Οι κοινωνικοί αυτοί παράγοντες κινητοποιούν εσωτερικές

ψυχοσυγκρούσεις σχετικές με αποχωρισμό και σεξουαλικότητα, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα αύξηση του άγχους, προβολή ασυνείδητων φόβων στο εξωτερικό περιβάλλον και στη συμπεριφορά των παιδιών και στη συνέχεια, αντιδραστικά, καταπίεση και προσπάθεια ελέγχου κάθε δραστηριότητας του εφήβου. Ο περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους ασθενείς απ' ό τι στους μάρτυρες. Επίσης το γεγονός ότι πολύ περισσότερα κορίτσια απ' ό τι αγόρια αποπειράθηκαν ν' αυτοκτονήσουν δείχνει ίσως το μεγαλύτερο περιορισμό που υφίστανται τα κορίτσια στην ελληνική κοινωνία.

Στους μισούς από τους εφήβους που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν διαπιστώθηκε η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως δυσθυμικής, ενώ μόνο ένας μάρτυρας είχε απλή φοβία. Στους άλλους μισούν διαγνώσθηκαν άλλες καταστάσεις που δεν οφείλονται σε ψυχιατρική διαταραχή και στις οποίες χρειάζεται προσοχή ή θεραπεία. Τέτοιες καταστάσεις είναι προβλήματα γονέων - παιδιού ειδικές οικογενειακές καταστάσεις κ.τ.λ

Άλλοι παράγοντες, οι οποίοι έχουν συνδυαστεί με την αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων, δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα συχνά στην παρούσα μελέτη. Μόνο το ¼ από τα παιδιά που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είχε υποστεί διάσπαση της οικογένειας με χωρισμό των γονέων ή θάνατο. Επίσης δεν παρατηρήθηκαν συχνά αλκοολισμός των γονέων, κακοποίηση του παιδιού σε μικρή ηλικία απόπειρα αυτοκτονίας από άλλο μέλος της οικογένειας, σωματική αρρώστια, γάμος ή χρήση χημικών ουσιών.

Σε μια άλλη μελέτη μελετήθηκαν οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ατόμων ηλικίας 10 - 19 ετών σε όλη την Ελλάδα από το 1980 έως το 1987. Το σύνολο των αυτοκτονιών ήταν 3.044 και από αυτές 118 ήταν από άτομα αυτής της ηλικίας. Υπήρχαν 66 αγόρια και 52 κορίτσια. Η διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p > 0,3$). Η συχνότητα αυτοκτονίας σε πληθυσμό 100.000 εφήβων ανά έτος σε όλη τη χώρα ήταν 0,98 (για τα αγόρια 1,07 και για τα κορίτσια 0,89). Η συχνότητα στην περιοχή των Αθηνών ήταν 0,48 και στην υπόλοιπη χώρα 1,19.

Η συχνότητα αυτοκτονίας σε όλον τον εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι από τις χαμηλότερες στον κόσμο. Πιθανόν το εύρημα αυτό σχετίζεται με ορισμένα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας, όπως οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί, το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον και η ικανότητα των ελλήνων να εξωτερικεύονται το θυμό τους εύκολα.

Τα αγόρια έδειξαν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας από τα κορίτσια στην περιοχή των Αθηνών και σε άλλες περιοχές, ενώ τα κορίτσια έδειξαν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές. Η συχνότητα αυτοκτονίας συνολικά ήταν σημαντικά υψηλότερη στις αγροτικές περιοχές από την περιοχή των Αθηνών και τις άλλες αστικές περιοχές. Η χαμηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκε στην περιοχή των Αθηνών.

Οι ψυχικές διαταραχές ήταν η πιο συχνή αιτία αυτοκτονίας και ήταν πολύ συχνότερη στα αγόρια απ' ότi στα κορίτσια. Η αιτία αυτή ήταν ιδιαίτερα σημαντική στην περιοχή των Αθηνών και σε άλλες αστικές περιοχές. Ο αναφερόμενος συχνότερος λόγος αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές ήταν προβλήματα με την οικογένεια υπό την μορφή των δυσκολιών στη σχέση με τους γονείς. Ακολουθούσαν τα συναισθηματικά προβλήματα και τρίτες κατά σειρά ήταν οι ψυχιατρικές διαταραχές. Τα οικογενειακά προβλήματα και οι συναισθηματικές απογοητεύσεις ήταν πολύ συχνότερα στα κορίτσια των αγροτικών περιοχών απ' ότi στα αγόρια. Αυτές οι διαφορές δείχνουν πιθανόν τις διαφορετικές αρχές που ισχύουν στον τρόπο ανατροφής μεταξύ των νέων αγροτικών και αστικών περιοχών και κατά συνέπεια διαφορές σε στοιχεία ταυτότητας, τα οποία αποκτούν κεντρική σημασία κατά τη εφηβεία.

Η μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας και των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών παίζουν ρόλο στο να καθορίσουν τις αιτίες τους. Πολλές φορές η απόπειρα αυτοκτονίας και ίσως και επιτυχημένη αυτοκτονία να είναι ο μόνος τρόπος που βρίσκει το κορίτσι της εφηβικής ηλικίας προκειμένου να εκδηλώσει την καταπίεση που αισθάνεται και να δηλώσει ότι είναι αυτόνομη και ότι αυτή η ίδια ελέγχει και αποφασίζει για την ζωή της. Δηλαδή πέρα από την στροφή της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού, η ενέργεια αυτή από πλευράς εγώ είναι μια προσπάθεια αυτονόμησης, όταν το άτομο αισθάνεται ότι όλη η διαδικασία αποχωρισμού και ανεξαρτητοποίησης κινδυνεύει να ανασταλεί και να υποστρέψει. Η χαμηλή συχνότητα στους Έλληνες εφήβους δείχνει ότι πιθανόν σ' αυτό οι στενές οικογενειακές σχέσεις, η ύπαρξη οικογενειακής θαλπωρής και η τάση των Ελλήνων να εξωτερικεύουν την επιθετικότητά τους. Η μικρή συχνότητα είναι ακόμη χαμηλότερη στις πόλεις, ενώ στις αγροτικές περιοχές φαίνεται ότι ο έφηβος αντιμετωπίζει περισσότερες δυσκολίες στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, με λιγότερες δυνατότητες για αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση.

Σε έρευνα που έγινε από το Γ΄ Ψυχιατρικό τμήμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου Κέρκυρας (I.N Χριστοδούλου, Β.Λ. Κονταξάκης, Αθήνα, 1994) καταγράφηκαν όλοι οι έφηβοι που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Ν. Κέρκυρας λόγω απόπειρας αυτοκτονίας, από 1-10-89 έως 20-10-91. Όλοι οι νοσηλευόμενοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε ειδικά για τις ανάγκες της έρευνας και σε μεγάλο ποσοστό απ' αυτούς εκτιμήθηκε ο βαθμός κατάθλιψης που παρουσίασαν κατά την νοσηλεία τους με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck. Με το ερωτηματολόγιο διερευνήθηκαν κοινωνικά, δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των αποπειραθέντων όπως, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ασφάλιση, επάγγελμα μόρφωση, τόπος καταγωγής, τρόπος απόπειρας προηγούμενες απόπειρες καθώς και οι παράγοντες κινδύνου. Από το υλικό αποκλείστηκαν περιπτώσεις ασθενών που είχαν κάνει τυχαία υπερβολική χρήση φαρμάκων ή υπέρβαση δόσης (σε τοξικομανείς). Ένας μικρός αριθμός ατόμων με απόπειρα αυτοκτονίας διέφυγε από την έρευνα, διότι τα άτομα αυτά έφυγαν κρυφά από το νοσοκομείο ή αρνήθηκαν την εξέταση.

Κατά τη χρονική περίοδο που έγινε η έρευνα νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν.Ν Κέρκυρας 110 άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας. Ποσοστό 70% δηλαδή 77 άτομα ανήκαν στην ομάδα ηλικίας 14 –19 ετών, ενώ η σχέση ανδρών και γυναικών είναι 1/9 περίπου. Τα ποσοστά αυτά είναι συμβατά με ανάλογα ευρήματα από την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι ο απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές στους έφηβους και ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο.

Όσον αφορά το μέσο (τρόπο) της απόπειρας, διαπιστώθηκε ότι 72 άτομα, ποσοστό περίπου 90% χρησιμοποίησαν σαν μέσο απόπειρας ποσότητα φαρμάκων, ιδιαίτερα από τον γυναικείο πληθυσμό όπου εντοπίστηκε και μεγάλη χρήση βενζοδια ενώ οι άνδρες χρησιμοποίησαν σαφώς πιο βίαια μέσα και αυτοτραυματίστηκαν. (Πίνακας 1.)

Πίνακας 1. Μέσο απόπειρας αυτοκτονίας κατά φύλο.

| | Άνδρες | | Γυναίκες | | Σύνολο | |
|------------------|--------|------|----------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Βενζοδιαζεπίνες | 3 | 3,9 | 66 | 85,7 | 69 | 89,6 |
| Χλωρίνη | 2 | 2,6 | 0 | - | 2 | 2,6 |
| Παυσίπονα | - | - | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 |
| Αυτοτραυματισμός | 4 | 5,2 | 0 | - | 4 | 5,2 |
| Σύνολο | 9 | 11,7 | 68 | 88,3 | 77 | 100 |

Από τους 77 αποπειραθέντες εφήβους, 6 άτομα, ποσοστό 8,5% είχαν κάνει προηγούμενη απόπειρα, ενώ τα 71 άτομα, ποσοστό 92,2% αποπειράθηκαν για πρώτη φορά να αυτοκτονήσουν. Επίσης παρατηρήθηκε ότι 12 άτομα, ποσοστό 15,6% ανέφερε ότι σχεδίασε την απόπειρα, ενώ 25 άτομα, ποσοστό 32,4% ανέφερε ότι δεν σχεδίασε την απόπειρα, αλλά την πραγματοποίησε παρορμητικά μετά από συναισθηματική πίεση. Σε όλους τους αποπειραθέντες εφήβους μελετήθηκαν και οι παράγοντες κινδύνου (πίνακας 2).

Κανένας από τους εφήβους δεν έπασχε από ψυχική σωματική νόσο, μόνο ένας έκανε περιστασιακή χρήση αλκοόλ. Χωρισμένοι γονείς ή σε διάσταση είχαν 2 αγόρια, ποσοστό 2,6% και 9 κορίτσια, ποσοστό 11,7%.

Πίνακας 2. Παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

| | Ανδρες | | Γυναίκες | | Σύνολο | |
|-----------------------------|--------|------|----------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ψυχιατρικές διαταραχές | - | - | - | - | - | - |
| Σωματικές ασθένειες | - | - | - | - | - | - |
| Κατάχρηση αλκοόλ | 1 | 1,3 | - | - | 1 | 1,3 |
| Κατάχρηση ουσιών | - | - | - | - | - | - |
| Διαζύγιο γονέων | 2 | 2,6 | 9 | 11,7 | 11 | 14,3 |
| Ερωτική απογοήτευση | - | - | - | - | - | - |
| Κακές σχέσεις με γονείς | 3 | 3,9 | 46 | 59,8 | 49 | 63,7 |
| Ανεργία | 7 | 9 | 62 | 80,1 | 69 | 89,1 |
| Σεξουαλικά προβλήματα | 1 | 1,3 | 5 | 6,5 | 6 | 7,8 |
| Σχολική αποτυχία | - | - | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 |
| Απώλεια προσφιλούς προσώπου | - | - | 5 | 6,5 | 5 | 6,5 |
| Έγγαμοι | 9 | 11,7 | 63 | 81,8 | 72 | 93,5 |
| Άγαμοι | - | - | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 |
| Διαζευγμένοι (διάσταση) | 1 | 1,3 | 12 | 15,6 | 13 | 16,9 |
| Προαυτοκτονικά συμπτώματα | | | | | | |

Συνοπτικά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν τα εξής: Η σχέση ανδρών -- γυναικών ήταν υπέρ των γυναικών (1:9). Ως μέσο απόπειρας χρησιμοποιήθηκαν σε ποσοστό 90% φαρμακευτικές ουσίες, κυρίως βενζοδιαζεπίνες. Οι κακές οικογενειακές σχέσεις και οι συγκρούσεις με το άλλο φύλο ήταν σε μεγάλο ποσοστό οι αιτίες για την απόπειρα. Ποσοστό 30% (24 από τα 77 άτομα) είχαν απειλήσει κατά το παρελθόν, ότι θα προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας σε 62 άτομα εκτιμήθηκε με την κλίμακα Beck ο βαθμός κατάθλιψης που είχαν την πρώτη ημέρα νοσηλείας τους και βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των εξετασθέντων παρουσίασαν μετρίου έως σοβαρού βαθμού καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Οι επίσημες στατιστικές αναφέρουν 4 περίπου αυτοκτονίες σε 100.000 κατοίκους το χρόνο, ενώ στην Ουγγαρία π.χ που παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά, αναλογούν 40 αυτοκτονίες το χρόνο σε 100.000 κατοίκους. Στη χώρα μας, κατά τις επίσημες στατιστικές, αυτοκτονούν περίπου 200 - 250 άνδρες και 100 - 130 γυναίκες το χρόνο. Για αρκετούς λόγους οι αριθμοί αυτοί προφανώς είναι μικρότεροι απ' τους πραγματικούς.

Στην Ελλάδα οι πιο συνηθισμένοι τρόποι αυτοκτονίας είναι κατά σειρά ο πνιγμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος, η δηλητηρίαση με φάρμακα ή τοξικές ουσίες και τα πυροβόλα όπλα. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται κυρίως από γυναίκες, ενώ τα πυροβόλα όπλα αποκλειστικά από άνδρες.

Ενώ στις περισσότερες ξένες χώρες αυτοκτονούν πιο συχνά σε αστικές περιοχές, στην Ελλάδα αναφέρονται περισσότερες αυτοκτονίες στις αγροτικές παρά στις αστικές περιοχές. Οι περισσότερες αυτοκτονίες είναι προγραμματισμένες και προσχεδιασμένες και οι αυτόχειρες εκδηλώνουν τις προθέσεις τους σε άτομα του περιβάλλοντός τους. Συχνά αφήνουν σημειώματα ζητώντας συγγνώμη ή κατηγορώντας άλλου για το διάβημά τους.

Οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν εποχιακές διακυμάνσεις. Στην Ελλάδα είναι πιο συχνές το καλοκαίρι και ιδιαίτερα τον Ιούνιο, αν και μια έρευνα στη Θεσσαλονίκη βρήκε έξαρση κατά την άνοιξη και το Φθινόπωρο.

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό τα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας αντιμετωπίζουν πιο συχνά στρεσογόνα προβλήματα τους έξι μήνες πριν απ' την απόπειρα. Τα προβλήματα αυτά συνήθως είναι καυγάδες ανάμεσα σε ζευγάρια ή συζύγους, αποχωρισμοί ή εγκαταλείψεις, σωματικά νοσήματα, δικαστήρια, προβλήματα στη εργασία κ.τ.λ. Πολλοί απ' αυτούς που αποπειρώνται

πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ιδιαίτερα κατάθλιψη. Αρκετοί παρουσιάζουν διαταραχές της προσωπικότητας μια αρκετά μεγάλη ομάδα, το 1/3 περίπου των νέων ατόμων δεν παρουσιάζει σοβαρές ψυχικές διαταραχές, αλλά καταφεύγει στην απόπειρα όταν βρεθεί κάτω από συνθήκες έντονου στρες. (Δημητρίου Ε. Θεσσαλονίκη 1988).

Γ. ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Είναι σήμερα γνωστό ότι μόνον ένα μικρό ποσοστό από τα άτομα που καταφεύγουν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θέλουν πραγματικά να πεθάνουν. Τα περισσότερα χρησιμοποιούν την συμπεριφορά αυτή ως μια μορφή επικοινωνίας με το περιβάλλον τους. Είναι όμως δυνατόν από κακό υπολογισμό ή από απρόβλεπτους παράγοντες να επέλθει ο θάνατος. Είναι επίσης γνωστό ότι υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ των ατόμων που αυτοκτονούν και αυτών που κάνουν απόπειρες. Επειδή όμως υπάρχουν και αρκετά κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο ομάδων, πολλές φορές δημιουργείται πρόβλημα διαχωρισμού τους. Πρέπει να είναι γνωστές τόσο οι διαφορές όσο και οι ομοιότητες ανάμεσα στις δύο ομάδες για να είναι δυνατός ο διαχωρισμός τους.

Σε γενικές γραμμές αυτοί που αυτοκτονούν, σε αντίθεση με αυτούς που αποπειρώνται αυτοκτονία, είναι πιο συχνά άνδρες, μεγάλης ηλικίας, άγαμοι ή διαζευγμένοι. Είναι κοινωνικά απομονωμένοι, ζουν μόνοι και έχουν μειωμένου βαθμού θρησκευτική πίστη. Συχνά πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχές της προσωπικότητας και αλκοολισμό ή κάνουν κατάχρηση τοξικών ουσιών. Πολλοί απ' αυτούς πάσχουν από επώδυνα σωματικά νοσήματα και αρκετοί έχουν ξανααποπειραθεί στο παρελθόν. Πολύ συχνά αυτοί που αυτοκτονούν σχεδιάζουν την αυτοκτονία τους με προσοχή, παίρνουν προφυλάξεις για να μην τους βρουν, και χρησιμοποιούν πιο επικίνδυνες μεθόδους. Το ισχυρό μέρος της απόπειρας είναι περισσότερο το φύλο και όχι η ηλικία, αφού τα αγόρια έναντι των κοριτσιών υπερισχύουν κατατροπωτικά στις επιτυχημένες αυτοκτονίες.

Σε αντίθεση τα άτομα που κάνουν απόπειρες είναι πιο συχνά γυναίκες νεαρής ηλικίας, κάνουν την απόπειρα κατά παρορμητικό τρόπο, σε χώρο που είναι εύκολο να τα βρουν και μεταχειρίζονται μη επικίνδυνα μέσα.

Από έρευνες που έχουν γίνει σε διάφορα μέρη του κόσμου αλλά και στην περιοχή Θεσσαλονίκης βρέθηκε ότι η σοβαρή απόπειρα είναι συνήθως προσχεδιασμένη, οι αποπειραθέντες είναι μόνοι κατά την ώρα της απόπειρας και παίρνουν αυστηρά μέτρα ώστε να μην τους βρουν. Κάνουν την απόπειρα συνήθως έξω από το σπίτι, συχνά τις πρώτες πρωινές ώρες και χρησιμοποιούν πιο επικίνδυνους τρόπους (απαγχονισμός π.χ). Οι πιθανότητες να τους δοθεί βοήθεια είναι σχετικά περιορισμένες.

Τα άτομα που κάνουν σοβαρή απόπειρα συχνά παρουσιάζουν κατά την περίοδο που προηγείται της απόπειρας δυσκολίες στην εργασία τους ή στο σχολείο και επιβραδυμένη συμπεριφορά. Παραπονιούνται για αίσθημα κόπωσης και συχνά παίρνουν υπνάγωγα φάρμακα. Πάρα πολλοί απ' αυτούς που έκαναν σοβαρή απόπειρα είχαν προηγουμένως εξετασθεί από ψυχίατρο και αρκετοί είχαν νοσηλευθεί σε ψυχιατρική κλινική. Αρκετοί είχαν αφήσει σχετικό σημείωμα πριν την απόπειρα.

Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από το 1/3 από αυτούς που αποπειράονται ξαναδοκιμάζουν μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. Συνήθως ξαναδοκιμάζουν άτομα που είχαν ξανααποπειραθεί στο παρελθόν, έχουν νοσηλευτεί για ψυχική νόσο, έχουν διαταραχές της προσωπικότητας αντικοινωνικού τύπου, έχουν βεβαρημένο ποινικό μητρώο, είναι καταχραστές οιοπνευματωδών ή τοξικών ουσιών. Επίσης συχνά ξαναδοκιμάζουν ο άνεργοι και αυτοί που ανήκουν στα κατώτερα οικονομικά στρώματα.

Αυξημένες πιθανότητες για επανάληψη της απόπειρας και για αυτοκτονία παρουσιάζουν ακόμα οι αποπειραθέντες που προσχεδιάζουν την απόπειρα τους πήραν μέτρα για να μην τους βρουν, δεν ζήτησαν βοήθεια μετά την απόπειρα, χρησιμοποίησαν επικίνδυνες μεθόδους και άφησαν σημείωμα. (Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ι. Δημητρίου, Θεσσαλονίκη, 1988).

Οι Γ. Ν Χριστοδούλου, και Β.Π Κονταξάκης (Αθήνα, 1994) αναφέρουν ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ πιο συχνές από ότι οι αυτοκτονίες και η αναλογία τους προς τις αυτοκτονίες διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α υπολογίζεται ότι η αναλογία μεταξύ αποπειρών και αυτοκτονιών είναι 39:1 ενώ στη περιοχή Θεσσαλονίκης - Αλεξανδρούπολης - Βόλου η αναλογία είναι περίπου 10:1. Οι αναλογίες αυτές προφανώς απέχουν από την πραγματικότητα μια και οι απόπειρες αυτοκτονίας συγκαλύπτονται πολύ πιο συχνά από ότι οι αυτοκτονίες.

Ένα αξιοσημείωτο στοιχείο αναφοράς είναι η σχέση αυτοκτονίας και αποπειρών αυτοκτονίας στην νεανική ηλικία. Ο Ε. Δημητρίου (Θεσσαλονίκη, 1988)

αναφέρθηκε στο θέμα: ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» είναι ασαφής γιατί περιλαμβάνει δύο διαφορετικές ομάδες ατόμων. Τα άτομα που κάνουν την απόπειρα και τα οποία πιστεύουν πως θα πεθάνουν, πράγμα που το επιθυμούν και τα άτομα που κάνουν την απόπειρα πιστεύοντας πως δεν θα πεθάνουν. Μέχρι και πριν κάποια χρόνια για να θεωρηθεί μια απόπειρα ως πραγματική έπρεπε να υπάρχει και κάποιου βαθμού αυτοκτονική διάθεση, δηλαδή κάποιου βαθμού επιθυμία θανάτου. Σήμερα αυτό δε θεωρείται απαραίτητο και κάθε είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς θεωρείται ως μια μορφή απόπειρας αυτοκτονίας.

Στην Ελλάδα η πιο συνηθισμένη μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας είναι τα φάρμακα και ιδιαίτερα τα ψυχοφάρμακα. Καλύπτουν το 80% περίπου των περιπτώσεων. Χρησιμοποιούνται κυρίως τα κλασσικά ηρεμιστικά, τα μη οπιούχα αναλγητικά και τα αντικαταθλιπτικά. Από τους αυτοτραυματισμούς ο πιο συνηθισμένος είναι το κόψιμο των αγγείων του καρπού. Οι άλλοι τρόποι αυτοτραυματισμού όπως η πτώση από ύψος, το πέσιμο μπροστά σε κινούμενο όχημα χρησιμοποιείται πιο σπάνια και κυρίως από άτομα που πραγματικά θέλουν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Δεν γίνονται απόπειρες με πολυβόλα όπλα.

Η εκτίμηση της συχνότητας των αποπειρών είναι δύσκολη γιατί δεν διακομίζονται όλες στα νοσοκομεία. Πάντως θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιες από τις αυτοκτονίες. Οι απόπειρες είναι πιο συχνές στα νέα άτομα και ιδιαίτερα στα κορίτσια από 15 ετών και πάνω και είναι πιο συχνές στα άτομα των κατωτέρων οικονομικών στρωμάτων.

Όσον αφορά τα τελευταία στοιχεία ο Β.Α Κονταξάκης και Γ.Ν Χριστοδούλου (Αθήνα, 1994) συμπίπτουν αναφέρουν ότι οι πραγματοποιούμενες απόπειρες αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι πολλαπλάσιες των αυτοκτονιών. Υπολογίζεται πως σε κάθε μια αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Ακόμη εκτιμάται ότι μόνο μια στις τέσσερις απόπειρες αυτοκτονίας θα φθάσει σε Ιατρικές ή Ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Για τις απόπειρες αυτοκτονίας τονίζουν πως άμεσης συγκρίσεις δεδομένων είναι αδύνατο να πραγματοποιηθούν αφού δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία σε σχέση με την καταγραφή αποπειρών αυτοκτονίας. Διαχρονικές καταγραφές σε τομεοποιημένες περιοχές παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών ή εισαγωγές ατόμων μετά από απόπειρα σε μονάδες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών (π.χ Γενικά Νοσοκομεία) επιτρέπουν να διατυπωθούν έμμεσα υποθέσεις για τις διαμορφωμένες σήμερα τάσεις όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τα δεδομένα αυτών των μελετών δείχνουν

ότι οι αυξητικές τάσεις των αποπειρών αυτοκτονίας στην περίοδο 1965 - 1980 συμβαδίζουν με τις αυξήσεις των αυτοκτονιών στις ίδιες περιοχές.

Άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν αρκετά κοινά σημεία με αυτά που αυτοκτονούν. Όμως έχουν και αρκετές διαφορές. Αυτοί που αυτοκτονούν είναι συνήθως άρρενες, ηλικίας άνω των 40 χρονών, άγαμο, χήροι ή διαζευγμένοι ζουν μόνοι τους και είναι άνεργοι ή συνταξιούχοι. Χρησιμοποιούν πιο συχνά βίαιες μεθόδους και όπλα, όταν αυτά είναι διαθέσιμα. Αντίθετα, άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας συνήθως είναι γυναίκες, είναι νέα, άνεργα (ιδιαίτερα οι άντρες), χρησιμοποιούν πιο συχνά φαρμακευτικές ουσίες και συνήθως υπάρχει εκλυτικός παράγοντας⁴⁸.

Το 10% αυτών που είχαν κάνει κάποτε απόπειρα αυτοκτονία θα αυτοκτονήσουν τελικά στα 10 επόμενα χρόνια της ζωής τους, 19-24% από αυτούς που αυτοκτόνησαν είχαν παλιότερα αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, τουλάχιστον μια φορά.

Ο παρατηρήσεις αυτές δείχνουν τη στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας.

Ο Ι. Τσιάντης σε δύο συμπόσια με θέμα «Ο έφηβος και η οικογένεια» αναφέρθηκε στις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων. Τόνισε ότι το κοινό σημείο είναι ότι απευθύνονται στους γονείς και φαίνεται ότι βάζουν τη σφραγίδα στους γονείς για την αποτυχία τους στο γονεϊκό ρόλο.

Πολύ συχνά ο απόπειρες δηλαδή είναι μια κραυγή αγωνίας για βοήθεια και μ' αυτό τον τρόπο προσπαθούν να μεταδώσουν στους γονείς τους την επιθυμία τους να ζήσουν στην επόμενη γενιά. Η απόπειρα αυτοκτονίας δηλαδή είναι μια απελπισμένη προσπάθεια να επικοινωνήσουν και να «κουνήσουν» τους γονείς τους και το κοινωνικό τους περίγυρο, οι οποίοι μέχρι τώρα δεν έκαναν καμιά προσπάθεια για να απαντήσουν. Είναι βέβαια γνωστό ότι μερικές φορές αυτή η προσπάθεια έχει τραγικά αποτελέσματα για τους ίδιους, ακόμη κι αν δεν ήταν επιθυμία αυτή η απόληξη.

Τα βαθύτερα δυναμικά μπορεί να είναι πιο πολύπλοκα. Μερικές φορές αλλόκοτες μορφές αυτοκτονίας, είναι ενδεικτικές μιας σχιζοφρενικής κατάστασης παρά κατάθλιψης και συνδέονται με σοβαρές διαταραχές στην ψυχοσεξουαλική συμπεριφορά. Σ' άλλες περιπτώσεις η επίθεση στο σώμα μπορεί να συνδέεται με συγκρούσεις σχετικές με σεξουαλική ανταγωνιστικότητα και αντιζηλία. Συχνά η

αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα υπερβολικής ενοχής, την οποία είναι πολύ δύσκολο να τη συγκρατήσει ο έφηβος. Είναι σαν η απόπειρα να είναι η μοναδική διέξοδος για τον έφηβο και αυτή η διέξοδος γίνεται με ανοιχτή έκφραση της επιθετικότητας στο ίδιο του το σώμα. Είναι σαν να θεωρείται το σώμα του υπεύθυνο για τις βασανιστικές σκέψεις ή την ενοχή ή ακόμη για τις ερωτικές επιθυμίες που αισθάνονται στο κορμί τους. Η επιθυμία για τιμωρία όπως μπορεί να εκφραστεί στις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων σε συνδυασμό με ερωτική δραστηριότητα είναι συχνά συνδεδεμένη με ενοχή για αιμομικτικές επιθυμίες. Αρκετές φορές βλέπει κανείς ότι οι έφηβοι δείχνουν μικρότερες ή μεγαλύτερες μαζοχιστικές τάσεις στις φαντασιώσεις που συνοδεύουν τον αυνανισμό, όπου η ερωτική πράξη επιτρέπεται μόνο όταν επιβάλλεται κάποια τιμωρία. Ακόμη υποστηρίζεται ότι διαταραγμένοι έφηβοι μπορεί να προσωποποιούν τον θάνατο σαν τον οιδιποδειακό εραστή έτσι ώστε η τιμωρία της εκτέλεσης επιβάλλεται την στιγμή της αιμομιξίας. Ένας έφηβος που αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα μπορεί να πλημμυρισθεί κυριολεκτικά από συναισθήματα αδυναμίας, αναξιοτήτας και απελπισίας και καταλήγει με την επίθεση στον εαυτό του και το σώμα του, αν δεν μπορεί να βρει κάποιον που να τον ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια. Οι αυξημένες απαιτήσεις από το αυξανόμενο σώμα του μαζί με τις πολλαπλές και πειστικές απαιτήσεις από τους γονείς του και τον εξωτερικό κόσμο για ανταγωνισμό, για ακαδημαϊκή επιτυχία, μπορεί να συμβάλλουν στα συναισθήματα αναξιοτήτας και αδυναμίας του εφήβου – ότι πράγματι δηλαδή δεν αξίζει τίποτε – με αποτέλεσμα να αισθάνεται ότι η αυτοτιμωρία και η αυτοκαταστροφή είναι η μόνη διέξοδος.

Είναι πάντα δύσκολο να εκτιμήσει κανείς την έκταση της ενοχής ενός ατόμου, αλλά ο έφηβος είναι πάντα πιο ευάλωτος ακόμα και αν παρουσιάζεται συγκρατημένος και αδιάφορος, γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή και ευαισθησία.

Ο J. Jacobs στην κλασική του μονογραφία τη σχετική με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία η οποία είναι αποτέλεσμα ερευνητικής προσπάθειας (σε ένα δείγμα από 50 εφήβους και τις οικογένειές τους) προτείνει ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο είναι δυνατό να ερμηνευτούν οι απόπειρες αυτοκτονίας. Πιστεύει – χωρίς να αγνοεί τα ενδοψυχικά δυναμικά ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα μιας βαθμιαίας απομόνωσης του εφήβου από ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις. Οι διεργασίες μέσα από τις οποίες περνάει ο έφηβος είναι οι παρακάτω:

- i. Ένα προηγούμενο μακρύ ιστορικό που χαρακτηρίζεται από παλιά προβλήματα από την πρώτη παιδική ηλικία μέχρι την έναρξη της εφηβείας.

2. Κλιμάκωση των προβλημάτων (από την έναρξη της εφηβείας) σε σημείο που είναι πιο έντονο και πιο μεγάλο απ' ό τι φυσιολογικά συμβαίνει στην εφηβεία.
3. Προοδευτικά αποτυχία προσιτών προσαρμοστικών μηχανισμών για να αντιμετωπισθούν παλιά και νέα προβλήματα τα οποία οδηγούν σε προοδευτική απομόνωση του εφήβου και επομένως αδυναμία να έχει ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις.
4. Μια αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σχεδόν σε μια πλήρη διάσπαση ή διάλυση των σημαντικών (ουσιαστικών) κοινωνικών σχέσεων που έχει ο έφηβος, τις εβδομάδες και μέρες που προηγείται της απόπειρας και που τελικά οδηγούν τον έφηβο να σκεφθεί ότι δεν υπάρχει πλέον καμιά ελπίδα.
5. Ο εσωτερικές διαδικασίες με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί την αυτοκτονία για τον εαυτό του, πράγμα που τον κάνει να γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ σκέψης και πράξης.

Ο Χ. Ι. Ιεροδιακόνου (Θεσσαλονίκη, 1991) ασχολήθηκε πιο εξειδικευμένα με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην προεφηβεία και εφηβεία.

Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί πολύ σπάνια εκδήλωση κατά την παιδική ηλικία. Οι στατιστικές δείχνουν τη μικρότερη συχνότητα στις ηλικίες κάτω του 15^{ου} έτους, ενώ παρατηρείται απότομη αύξηση κατά την εφηβεία. Γενικά στις Ελληνικές στατιστικές από τα άτομα που προβαίνουν σε απόπειρα τα μέσα περίπου είναι κάτω των 24 ετών και το μεγαλύτερο τμήμα τους είναι έφηβοι. Ακριβείς αριθμοί δεν μπορούν να υπάρξουν διότι για οικογενειακούς και κοινωνικούς λόγους η απόπειρα αποκρύπτεται ή αν αναγκαστικά φθάσει μέχρι τις ιατρικές υπηρεσίες η πραγματική πρόθεση αποσιωπάται και η περίπτωση καταγράφεται σαν φαρμακευτική δηλητηρίαση ή απλό τραυματισμός.

Στην περιοχή Θεσσαλονίκης έχουν γίνει συστηματικές μελέτες – έρευνες των αποπειραθέντων που φθάνουν σε ημέρα εφημερίας στα νοσοκομεία. Έτσι ενώ πριν 15 χρόνια σε απόπειρες, ανεξάρτητα από ηλικία ήταν μια κάθε δύο μέρες περίπου, σήμερα προσέρχονται στις εφημερίες δύο κάθε μέρα.

Πρέπει να τονισθεί ωστόσο, εδώ ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ακόμη πολύ χαμηλά ποσοστά σε σύγκριση με άλλα κράτη, όπως η Ουγγαρία, Σουηδία κ.α με 8-10 φορές ψηλότερα ποσοστά.

Σχετικά με τη διάγνωση η πιο συχνή κατάσταση που οδηγεί σε απόπειρα είναι η κατάθλιψη νευρωτικού ή αντιδραστικού τύπου (37%), άλλες νευρώσεις, κυρίως η υστερική (15%), η εφηβική κρίση (25%) και σε μικρότερα ποσοστά διάφορες

ψυχώσει και διαταραχές χαρακτήρα. Με τον όρο εφηβική κρίση εννοείται το αδιέξοδο στο οποίο περιέρχεται ένας έφηβος εξαιτίας υπερβολικής πίεσης για το περιβάλλον και της συναισθηματικής αστάθειας της ηλικίας, χωρίς να παρουσιάζει σαφείς ψυχοπαθολογικές διαταραχές ή νευρωτική προσωπικότητα. Τα άτομα αυτά μπορούν να θεωρηθούν μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια ή απλώς ανώριμα. Όμως ο αυξημένος κίνδυνος απόπειρας στην εφηβεία γίνεται εμφανής, αφού πέρα από τις κρίσεις αυτές, αντιδραστικές υστερίες ή ψυχωτικές καταστάσεις κάνουν την έναρξή τους στην ίδια ηλικία.

Το γυναικείο φύλο αποπειράται πολύ πιο συχνά και η γενική αναλογία ανεξάρτητα από ηλικία είναι 4 γυναίκες, προς 1 άνδρα. Η αναλογία αυτή αυξημένη στην εφηβεία σε 6 προς 1 στις περιπτώσεις εφηβικής κρίσης και σε 12 κορίτσια προς 1 αγόρι στις περιπτώσεις υστερίας. Οι έφηβοι αποπειρώνται με ψυχοφάρμακα ή αναλγητικά και έχουν πολύ λιγότερη ψυχοπαθολογική επιβάρυνση από άλλες ομάδες αποπειραμένων, μετανιώνουν μάλιστα για την πράξη τους πολύ συχνότερα. Κατά κανόνα στην εφηβεία υπάρχει έντονο εκλυτικό αίτιο και η τυπική περίπτωση είναι εκείνη του κοριτσιού που ύστερα από αισθηματική απογοήτευση, παρεξηγήσεις με την συντροφιά και παρόμοιες προστριβές με τους γονείς (σχετικά με τον νεαρό, τις ώρες απουσίας του κοριτσιού από το σπίτι) αποπειράται. Η απόπειρα ή δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψη (θεωρούμενη «ψευδοαπόπειρα») ή οδηγεί σε παραπέρα ενδοοικογενειακής έντασης τιμωρίες κ.τ.λ με κίνδυνο να κορυφωθεί το αδιέξοδο για το κορίτσι και να αποπειραθεί ξανά.

Σε παλαιότερη μελέτη των Χ.Σ Ιεροδιακόνου και Ι. Δημητρίου είχε επισημανθεί ότι άτομα με εφηβική κρίση ή υστερική προσωπικότητα συχνά αποπειρώνται μέσα στο δωμάτιο τους, μόνοι, με κίνδυνο να μη γίνει αντιληπτή η ενέργεια τους. Ένας στους πέντε αποπεριωμένους είχε κινδυνεύσει σοβαρά να φθάσει στο μοιραίο, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη να μη χειρίζεται η οικογένεια και ειδικά καμιά περίπτωση σαν επιπόλαιη.

Πρόσφατη έρευνα των Δημητρίου και συνεργατών επιβεβαίωσε την σοβαρότητα της απόπειρας σε 18% των αποπειρωμένων με εφηβική κρίση και 21% των νευρωτικών, και μάλιστα ότι αυξήθηκε ο αριθμός εφήβων και νέων ανδρών παρόλο ότι τα κορίτσια είναι και πάλι περισσότερα. Βασικό στοιχείο είναι ο κίνδυνος των εφήβων να αποπειραθούν και πάλι, αφού 1 στους 4 προβαίνει εκ νέου σε τέτοιο εγχείρημα.

Ο Kanner επιστά την προσοχή των ειδικών γονέων στις περιπτώσεις παιδιών, τα οποία δεν είναι ικανοποιημένα από τη ζωή τους, ανεξάρτητα από το αν υφίσταται ή όχι γνήσια μελαγχολία, διότι η βαθιά απογοήτευση μπορεί να οδηγήσει σε σκέψεις αυτοκαταστροφής. Σαν τέτοιες απογοητεύσεις αναφέρει την αποτυχία στο σχολείο, την απελπισία και τον φόβο βαριάς τιμωρίας από τυραννικούς ή αλκοολικούς γονείς, την έλλειψη στοργής από την οικογένεια (όποτε το παιδί αυτραυματίζεται για να προσελκύσει την προσοχή, τους συζυγικούς διαπληκτισμούς των γονέων, τους αφόρητους περιορισμούς κ.α. Τα παιδιά με τάσεις προς αυτοκτονία προσπαθούν κατ' ουσία να αποφύγουν μian αφόρητη γι' αυτά κατάσταση και αντιδρούν προς την ματαιώση (πραγματική ή φανταστική) των συναισθηματικών τους αναγκών με εκδικητικές φαντασιώσεις αυτοκτονίας, ότι θα τιμωρηθούν δηλ. οι γονείς αφού θα κλαινε που θα χάσουν το παιδί τους. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που από την προεφηβική ηλικία παρουσιάζουν καταθλιπτικές εκδηλώσεις και στην εφηβεία έκαναν ενέργειες απόπειρας γι' αυτό αν και στην παιδική ηλικία οι απόπειρες είναι σπανιότατες πρέπει να υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν σημάδια ακόλουθων ενεργειών απόπειρας αυτοκτονίας στην πιο επικίνδυνη εφηβική ηλικία.

Είναι σημαντικό να μπορεί να διακριθεί η ειλικρινής αυτοκτονία από μια απειλή αυτοκτονίας. Η διάκριση ανάμεσα σε συμπεριφορά ειλικρινούς αυτόχειρα και συμπεριφορά εφήβου που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει είναι στην πράξη πολύ δύσκολη, επειδή η φαινομενική σοβαρότητα ή ηπιότητα των συνεπειών της αυτοχειρίας προδίδει ακριβώς τις πραγματικές διαθέσεις του προτύπου: συχνά η απόπειρα αυτοκτονίας είναι απλώς μια αυτοκτονία που εμποδίστηκε να επιτύχει. Το γεγονός ότι η απόφαση έχει συνήθως μια επιπολαιότητα δεν δίνει το σημάδι να πιστέψουμε ότι αυτό που επιχειρεί είναι ανειλικρινής. Αυτός εξάλλου που χρησιμοποιεί την αυτοκτονία για εκβιασμό ή απειλή συνήθως κάνει λαθεμένη εκτίμηση των κινδύνων που διατρέχει να πεθάνει χωρίς να το καταλάβει. Επιβάλλεται συνεπώς η μεγαλύτερη προσοχή στην ερμηνεία των διαθέσεων του αυτόχειρα. Κάθε διάθεση αυτοκαταστροφής πρέπει να εξετάζεται από ειδικό. (Πάπυρος Λάρους, G.R).

Για την καλύτερη κατανόηση των παραπάνω θα γίνει η περιγραφή μιας περίπτωσης αγοριού, που από την προεφηβική ηλικία παρουσίαζε καταθλιπτικές εκδηλώσεις και στην εφηβεία έκανε ενέργειες απόπειρας.

Ο ασθενής σε ηλικία 10 ετών άρχισε να μη δημιουργεί επαφές με άλλα παιδιά όπως προηγουμένως. Δεν είχε διάθεση να παίξει, διαρκώς έμενε στο σπίτι και φαινόταν πάντα μελαγχολικός. Η μητέρα του ανέφερε ότι πολλές φορές, και ιδίως το απόγευμα, καθόταν σκυθρωπός επί πολλές ώρες ή εβάνιζε πάνω – κάτω στο δωμάτιο σκεπτικός και κατηφείς. Σε ερωτήσεις των οικείων του έλεγε ότι αισθανόταν ένα σφίξιμο, δεν ήθελε τίποτα, ούτε να παίξει ή άλλοτε έκλαιε σιωπηλά λέγοντας ότι δεν ήξερε τι έχει. Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι το 14^ο έτος με διαρκή επιδείνωση και ο άρρωστος έγινε πολύ πιο εύθικτος κλαίοντας με την παραμικρή αφορμή.

Πραγματικά όχι εμφανώς απαισιόδοξος για το μέλλον, για κάθε τι έλεγε ότι «δεν έχει σημασία» γι' αυτόν, τίποτε δεν του έδινε χαρά και σπάνια γελούσε. Μόνιμο φίλο ουδέποτε είχε αλλά πριν από την αρρώστια του έπαιζε με τα παιδιά της συνοικίας. Πράγματι ήταν κλειστός τύπος ανέκαθεν και όχι ανοιχτόκαρδος, πριν από το 10ο έτος της ηλικίας του ήταν ζωηρός στις ενέργειες του, ενώ αργότερα έγινε βαρύθυμος και δύστροπος. Στα διαλείμματα ή τις εκδρομές απέφευγε τους συνομήλικούς του και έμενε μόνος. Όταν αυτοί τον ειρωνεύονταν για τον έντονο και έρρινο τρόπο με τον οποίο πρόφερε το «ρ» αντί για άλλη απάντηση κλεινόταν στο δωμάτιό του και έκλαιγε.

Την τελευταία τριετία η απόδοση του στα μαθήματα ήταν πολύ μειωμένη. Ενώ αποφοίτησε από το Δημοτικό με πολύ καλούς βαθμούς, έμεινε στάσιμος στην 1^η Γυμνασίου.

Ο ύπνος του ήταν ήρεμος μέχρι το 10ο έτος οπότε κοιμόταν ακόμη στο δωμάτιο των γονέων και ήθελε το φως αναμμένο και τη μητέρα του κοντά. Από το 10ο έτος, όποτε κοιμόταν πια σε ιδιαίτερο δωμάτιο, ήταν ανήσυχος στον ύπνο του, ανακάθονταν με αγριωπό βλέμμα και παραμιλούσε. Τελευταία παρουσίαζε βλεφαροσπασμό, ιδίως αριστερά, και «νευρικό» βήχα.

Σε ηλικία 14 ετών μια μέρα, που ο ασθενής επέστρεψε από το σχολείο με βαθμούς εξαμήνου μη προβιβάσιμους σε τέσσερα μαθήματα και ενώ η μητέρα του έλειπε, έδεσε την άκρη μιας γραβάτας στο ψηλό μέρος ενός σιδερένιου κρεβατιού και προσπάθησε να σφίξει την άλλη άκρη γύρω από το λαιμό του. Εκείνη την ώρα μπήκε τυχαία η αδελφή του, που έτρεξε και έφερε την μητέρα του προς την οποία ο ασθενής είπε: «Έχε χάρη την αδελφή μου που ζω θα αυτοκτονούσα. Στάθηκα στον καθρέφτη και είπα: Πως θα αντικρύσεις τον κόσμο;». Γενικά ο ασθενής δεν εξέφραζε άλλοτε αυτομομφίες εκτός κάποτε για τα μαθήματά του. Οι γονείς θορυβήθηκαν από το

επεισόδιο και έφεραν τον ασθενή στο Πανεπιστημιακό Ιατροπαιδαγωγικό γιατρό του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

Κληρονομική επιβάρυνση δεν υπήρχε. Ο πατέρας, πλανόδιος λαχειοπώλης απουσίαζε συνήθως από το σπίτι και γι' αυτό «δεν τον αγαπούσε πολύ» «ο ασθενής» Προτιμούσε την μητέρα του παρόλο ότι ήταν κυριαρχική και απαιτητική. Με την αδελφή του, κατά τέσσερα χρόνια μικρότερη, δεν υπήρχε εμφανής ζηλοτυπία.

Από το αναμνηστικό του αναφερόταν τοκετός και στάδια ανάπτυξης φυσιολογικά. Υπήρξε κρυσορχία του ενός όρχεως, για την οποία ο ασθενής υποβλήθηκε σε ορμονοθεραπεία στο 12^ο έτος της ηλικίας του (μετά την έναρξη της καταθλιπτικής του κατάστασης). Οι τρίχες του εφηβιού δεν είχαν αναπτυχθεί, ούτε αναφέρονταν σεξουαλικά ενδιαφέροντα.

Νευρολογικά δεν υπήρχε τίποτε παθολογικό. Στο τεστ νοημοσύνης έδωσε δείκτη 98. Στο τεστ προσωπικότητας T.A.T βρέθηκε κοινωνική απομόνωση, απαισιοδοξία και καποτι ιδιόρρυθμη σκέψη.

Κατά την ψυχοθεραπεία ο ασθενής αναλυόταν σε δάκρυα όταν θιγόταν τα προβλήματά του, τα οποία και απέφευγε, άλλ' αργότερα δημιουργήθηκε καλή επαφή μέχρι σημείου να ζητά την προστασία του ψυχοθεραπευτή. Εξέφρασε πολλούς φόβους του σχετικούς με ζώα, βροντές κ.τ.λ αλλά ιδίως στο σκοτάδι φαντασιώσεις επιθετικού περιεχομένου με σκελετούς, θηρία κ.τ.λ κάτω από την κατάθλιψη, την οποία δεν μπορούσε να δικαιολογήσει καλυπτόταν δυσπιστία και φόβος για το περιβάλλον, και μάλιστα ενόμιζε ότι όλοι ο συμμαθητές του, ακόμη και η καθηγήτριά του, τον ειρωνευόταν. Αυτά συζητήθηκαν στη ψυχοθεραπεία σε σχέση προς τις αμφιθυμικές του διαθέσεις και τα αισθήματα ενοχής προς ένα θείο που συγκατοικούσε μαζί τους, και με τον οποίο οι γονείς φιλονικούσαν, γι' αυτό και ο ασθενής έταζε να τον εκδικηθεί. Την ψυχοθεραπεία σταμάτησε απότομα μετά την 17^η συνεδρία η αυταρχική του μητέρα, γεγονός πολύ άκαιρο, γιατί τότε ακριβών ο ασθενής άρχισε να σκέφτεται ότι «ίσως τα παιδιά τον δέχονταν τώρα στη συντροφιά τους».

Ψυχοδυναμικές πλευρές

Η ψυχοπαθολογία της απόπειρας αυτοκτονίας στους εφήβους έχει βασικό χαρακτηριστικό την αντίδραση προς το περιβάλλον και τη προσέλευση της προσοχής του και έτσι διαφέρει από την ψυχοπαθολογία της απόπειρας του μελαγχολικού ενήλικα στο οποίο η σύγκρουση συμβαίνει μεταξύ του Εγώ και Υπερεγώ δηλ. του

εαυτού του. Το Εγώ του ενήλικα μελαγχολικού αντιμετωπίζει μια αφόρητη ένταση από τις επικρίσεις ενός αυστηρού και αμείλικτου Υπερεγώ και όταν χάσει κάθε αυτοεκτίμηση εγκαταλείπει τον αγώνα και οδηγείται στην αυτοκαταστροφή. Η τελευταία έχει την έννοια της πλήρους υποταγής και συγχρόνως της επίκλησης της αγάπης και συγγνώμης από το Υπερεγώ το οποίο όμως όντας αλύγιστο δεν την παρέχει. Παράλληλα, με τον θάνατο καταστρέφονται οι ενδοβλειθείσες αυστηρές μορφές του Υπερεγώ, δηλ. οι γονείς.

Κοινοί σκοποί επομένως, της απόπειρα αυτοκτονίας στα παιδιά και τους ενήλικες είναι η (μέσα από την υποταγή) πρόσκληση της αγάπης και συγχρόνως η εκδίκηση που στα παιδιά στρέφεται κατά του περιβάλλοντος και στους ενήλικες μελαγχολικούς κατά το Υπερεγώ δη. του εαυτού τους.

Στα παιδιά κατά την απόπειρα αυτοκτονίας η αντίδραση εφόσον στρέφεται προς πραγματικά, ζωντανά πρόσωπα (και όχι προς το Υπερεγώ) έχει περισσότερες πιθανότητες πραγματοποίησης των ελπίδων εναπόκτησης της αγάπης. Τέτοιες ελπίδες βρίσκονται και κατά την ψυχανάλυση ενηλίκων που αποπειράθηκαν. Ο αυτόχειρας αντιλαμβάνεται τότε τον θάνατο σαν επιστροφή σε μια ανέμελη αγάπη με την ιδανική μητέρα που θα προστρέξει να τον σώσει. Αυτό είναι φυσικό στα παιδιά, όπου οι εντολές προέρχονται ακόμη από ζωντανούς γονείς, να συναντάται σε μεγαλύτερο βαθμό.

Η σπανιότητα των αυτοκτονιών στα παιδιά αποτελεί συνάρτηση της σπανιότητας μελαγχολικών καταστάσεων σ' αυτά ενώ στους ενήλικες η μελαγχολία είναι η κυριότερη αιτία αυτοκτονιών. Η σπανιότητα όμως και των δύο έχει, ως βάση την έλλειψη οριστικού Υπερεγώ και προπαντός τις συνεχιζόμενες συνταυτίσεις. Εφόσον οι σχέσεις με τα εξωτερικά αντικείμενα (γονείς, δασκάλους κ.τ.λ) εξακολουθούν, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στο παιδί είναι πολύ μικρός, διότι στο πλαίσιο των σχέσεων αυτών οι επιθετικές ορμές κατά των εξωτερικών αντικειμένων μπορούν να βρουν άλλου τρόπου εκδήλωσης, με τη γλώσσα ή τις πράξεις, όπως π.χ με ανυπακοή προς τους γονείς φυγή από το σπίτι, αντικοινωνικές πράξεις κ.α κάτι τέτοιο δεν μπορεί να συμβεί όταν το αντικείμενο έχει εσωτερικευθεί απόλυτα, όπως στο Υπερεγώ των ενηλίκων.

Ότι η εξωτερικευση των επιθετικών ορμών περιορίζει την τάση για αυτοκτονία και είναι δείγμα σχετικής ανωριμότητας, φαίνεται και από στατιστικές σε πρωτόγονες φυλές, όπου η αναλογία των ανθρωποκτονιών είναι πολύ μεγαλύτερη από των αυτοκτονιών, αντίθετα με ότι συμβαίνει σε πολιτισμένους λαούς. Ανάλογη

αντιστροφή παρατηρείται ανάμεσα σε πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου, όπως της Βόρειας Ιταλίας και Βόρειας Γαλλίας (όπου οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες). Στα παιδιά θεωρείται ότι κατ' ανάλογο τρόπο, λόγω ανωριμότητας, επικρατεί η εξωτερικευση των προβλημάτων παρά η εσωτερικευση που οδηγεί στην αυτοκτονία.

Κατά την προεφηβεία και εφηβεία παρατηρούνται συχνά ανάλογες διεργασίες στην ψυχική οικονομία όσων έχουν ιδέες αυτοκαταστροφής, δηλ. τάσεις εκδίκησης και τιμωρίας των γονέων ή / και προσέλευσης της προσοχής και επαναπόκτησης της αγάπης τους. Όσο περισσότερο συγκρατημένη είναι η προσωπικότητα του εφήβου τόσο περισσότερο μπορεί να λειτουργήσουν μηχανισμοί ενδοβολής ή, όταν υπάρξει επανάληψη απώλειας, αισθήματα απόρριψης, αβοήθητου και ανεπάρκειας που οδηγούν σε σκέψεις φυγής από την πραγματικότητα της ζωής (στις πιο συχνές αντιδραστικές καταθλίψεις των ηλικιών αυτών ή της εφηβικές κρίσεις). Η σοβαρότητα της απόπειρας και στις περιπτώσεις αυτές έχει τονισθεί και πριν, κυρίως όταν πρόκειται για ανασφαλή ορφανά παιδιά ή από διαλυμένες οικογένειες με χαρακτήρα παθητικά επιθετικό, που σε μια νέα απώλεια αντιδρούν απότομα. Επίσης στις υστερικές κοπέλες η μελοδραματικότητα της αντίδρασης δεν ανακλείει την πιθανότητα κινδύνου θανάτου.

Χαρακτηριστική περίπτωση της Ελληνικής πραγματικότητας είναι πρώτα απ' όλα εκείνη της έφηβης που (χωρίς να είναι υστερική) βρίσκεται σε αδιέξοδο ανάμεσα στις συντηρητικές απόψεις των γονέων της, από τους οποίους δεν μπόρεσε να ανεξαρτητοποιηθεί, και τα ερεθίσματα μιας πιο ελεύθερης, «μοντέρνας» ζωής. Προβλήματα, συνήθως ερωτικά που δεν έμαθε να τα χειρίζεται υπεύθυνα, αλλά και δεν τολμά να τα συζητήσει με μια υπερπροστατευτική μητέρα (που τη θεωρεί ακόμη «μωρό») οδηγούν σε απονενοημένο διάβημα αυτοκαταστροφής. Τα περιστατικά αυτά είναι αυξημένα στην Ελληνική κοινωνία εξαιτίας της ανώριμης σχέσης έφηβης - γονέων, ενώ αντίθετα ενεργεί η προστατευτικότητα της Ελληνικής οικογένειας στους ηλικιωμένους, οι οποίοι αποπειρώνται πολύ σπανιότερα απ' ότι στο εξωτερικό, όπου συνήθως ζουν μόνοι.

Τα Ελληνικά «φιλότιμο» γίνεται επίσης πολλές φορές αιτία αδιέξοδου για εφήβους στους οποίους ενθαρρίζει συχνά η οικογένεια την τιμή, το καθήκον, το «τι θα πει ο κόσμος» ένα «κοινωνικό Υπερεγώ» δηλ πριν οι ίδιοι ωριμάσουν για να συγκροτήσουν τις δικές τους αρχές. Τέτοιες διεργασίες λειτουργούν συχνότερα όταν

η μητέρα είναι χήρα (μη στεναχωρηθεί), η αδελφή ανύπαντρη (μη ντροπιαστεί) κ.ο.κ (Χ. Σ. Ιεροδιακόνου, Θεσσαλονίκη, 1991).

Τέλος, κλείνοντας με τις απόπειρες αυτοκτονίας (ο Mortin Herbert Αθήνα, 1994) αναφέρει ότι η απόπειρα αυτοκτονίας είναι σε μεγάλο βαθμό ένα φαινόμενο των τελευταίων χρόνων της εφηβείας και η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ των 15 - 19 ετών. Παρατηρήθηκε μια δεκαπλάσια αύξηση της συχνότητας των αυτοκτονιών από τη δεκαετία του 60 για τα έφηβα αγόρια και μια πενταπλάσια αύξηση για τα κορίτσι. Παρ' όλα αυτά , οι απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων κοριτσιών ξεπερνούν κατά πολύ αυτές των αγοριών. Κανείς δεν φαίνεται να σχετίζεται με την κατάχρηση ναρκωτικών ή με την ευκολία που δίνουν οι γιατροί συνταγές για διάφορα χάπια. Ίσως σχετίζεται με την αύξηση της χρήσης αλκοόλ και είναι πιθανότατα συνδεδεμένο, κατά κάποιο τρόπο, με την αύξηση των συζυγικών προβλημάτων και διαζυγίων όπως και της ανεργίας και της εγκληματικότητας.

Δ. ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ένα μέρος του γενικού ζητήματος της αυτοκτονίας είναι το μέσο και τρόπος αυτοκτονίας αφού ποικίλει ανάλογα με το φύλο την ηλικία καθώς και την αιτία της απόπειρας. (π.χ ψυχικό νόσημα).

Σύμφωνα με τον Ι. Δημητρίου (Θεσσαλονίκη, 1988) στην Ελλάδα οι πιο συνηθισμένοι τρόποι αυτοκτονίας είναι κατά σειρά ο πνιγμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος, η δηλητηρίαση με φάρμακα ή τοξικές ουσίες, τα πυροβόλα όπλα και οι αυτοτραυματισμοί. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως από γυναίκες, ενώ τα πυροβόλα όπλα αποκλειστικά από άνδρες.

Η Πάπυρος Λάρους αναφέρεται στα χρησιμοποιημένα μέσα και τονίζει ότι είναι ανεξάντλητα σε ποικιλία. Τα δηλητήρια όμως φαίνεται να είναι όλο και περισσότερο το μέσο προτίμησης: φάρμακά κάθε λογής, ηρεμιστικά, κατευναστικά, αναλγητικά κ.λ.π. αλλά και εντομοκτόνα, μυοκτόνα, απορρυπαντικά κ.λ.π. Το άνοιγμα των φλεβών μπορεί να συνδυαστεί με το δηλητήριο ή και να είναι το μόνο μέσο που εκλέγει ο αυτόχειρας. Ο κλασικός κανόνας «στις γυναίκες το δηλητήριο, στους άνδρες το βίαιο μέσο» (απαγχονισμός, πτώση από μεγάλο ύψος, πιστόλι ή περίστροφο) φαίνεται να τηρείται πολύ συχνά. Από τον σχετικό κατάλογο δεν λείπουν και η ασφυξία με φωταέριο, ο πνιγμός ή ακόμη και πιο αλλόκοτες μέθοδοι: η

αυτοπυρπόληση, η κατακοπή μιας αρτηρίας, ο αυτοακρωτηριασμός, η χρήση «βλωντών» μηχανημάτων ή οργάνων, σφήνα, μέγγενη κ.λ.π.

Οι έφηβοι ανάλογα με το φύλο έχουν τα «δικά τους» μέσα απόπειρας. Συγκεκριμένα οι Γ.Ν Χριστοδούλου και Β.Π Κονταξάκης αναφέρουν ότι μετά από έρευνα σε αυτοκτονικούς εφήβους της Κέρκυρας παρατηρήθηκε ότι τα μέσα απόπειρας κατά φύλο ήταν για τα κορίτσια το 90% ποσότητα φαρμάκων (βενζοδιαζεπίνες) ενώ για τα αγόρια το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν αυτοτραυματισμοί και πιο βίαια μέσα.

Όλα τα παραπάνω δεν είναι κανόνες και σταθερά στοιχεία αλλά αποτελούν την πλειοψηφία των περιπτώσεων, ιδιαίτερα για τους έφηβους και τα μέσα που χρησιμοποιούν αφού αποτελούν μικρότερη ομάδα και σίγουρα πιο προσιτή για σταθερή παρατήρηση.

Ε. ΤΥΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥΣ

Μπορεί κανείς να είναι βέβαιος ότι υπάρχουν διάφορα είδη αυτοκτονίας που διαφέρουν σε ποιότητα μεταξύ τους. Επιβάλλεται να δει κανείς τα χαρακτηριστικά των ιδιαίτερων αυτοκτονιών ταξινομημένα σε χωριστές τάξεις ανταποκρινόμενα στους τύπους της αυτοκτονίας, την αυτοκτονία μέσα από τις ατομικές μορφές των διαφόρων τύπων της.

Ο Ε. Durkheim (μετ. Μ. Μαρκάκης, Αθήνα) αναφέρεται και παραθέτει στο έργο του «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας» τους τύπους και τις ατομικές μορφές της αυτοκτονίας.

Αρχικά είναι μια μορφή αυτοκτονίας, γνωστή στην αρχαιότητα, με δύο όψεις, την απάθεια (εγωιστική αυτοκτονία) και την γνώση της απόφασης με χαρούμενο ύφος (επικούρεια αυτοκτονία). Το χαρακτηριστικό της πρώτης είναι μια κατάσταση μελαγχολικής ατονίας που χαλαρώνει όλες τις πηγές δράσης. Όλες οι δραστηριότητες της ζωής εμπνέουν στο πρόσωπο μόνο-αδιαφορία και αποστροφή. Δεν θέλει να βγει από τον εαυτό του. Αντί τούτου, εκείνο που χάνει στην δραστηριότητα το κερδίζει η σκέψη του και η εσωτερική ζωή. Στην αποστροφή από το περιβάλλον του, η συνέπεια αναδιπλώνεται στον εαυτό της, εκλαμβάνει τον εαυτό της σαν το καθαρό και μόνο αντικείμενο και επιχειρεί σαν κύριο έργο την αυτοπαρατήρηση και την αυτοανάλυση. Αλλά μ' αυτήν την ακραία συγκέντρωση απλώς συνειδητοποιεί το χάσμα που την χωρίζει από το υπόλοιπο του σύμπαντος. Η στιγμή που το άτομο ερωτεύεται τον

εαυτό του αποσπάται αναπόφευκτα όλο και περισσότερο από κάθε τι το εξωτερικό τονίζοντας την μόνωση που ζει και την λατρεύει. Η σκέψη έχει κάτι το προσωπικό και εγωιστικό γιατί είναι μόνο δυνατή κατά τον λόγο που κάποιος αποσπάται από την εξωτερικό κόσμο καταφεύγοντας στον εαυτό του, ενώ ο στοχασμός είναι εντονότερος όσο πληρέστερη είναι αυτή η υποχώρηση. Η δράση χωρίς ανάμειξη με τον κόσμο είναι αδύνατη. Ο άνθρωπος που όλη του η δραστηριότητα εκτρέπεται σε ενδοσκόπηση χάνει την ευαισθησία του προς κάθε τι που τον περιβάλλει. Εάν αγαπά, δεν είναι για να δοθεί για να συγκερασθεί σε μια γόνιμη ενότητα μ' ένα ον άλλο από τον εαυτό του αλλά για να στοχάζεται πάνω στην αγάπη του. Τα πάθη του είναι απλώς φαινόμενα εξωτερικά καθώς είναι άγονα. Κατασπαταλώνται σε μάταιους συνδυασμούς εικόνων χωρίς να παράγουν τίποτε το εξωτερικό προς αυτά. Η συνείδηση προσδιορίζεται μόνο όταν επηρεάζεται από κάτι έξω από τον εαυτό της. Άρα, εάν εξατομικεύεται πέρα από ένα ορισμένο σημείο, εάν διαχωρίζεται τόσο ριζικά από τα άλλα όντα, ανθρώπους ή πράγματα βρίσκεται ανίκανη να επικοινωνήσει με τις ίδιες πηγές της φυσιολογικής της τροφής και δεν έχει πια τίποτα που να μπορεί να απευθυνθεί. Δημιουργώντας ένα κενό γύρω της οικοδόμησε την εσωτερική της κενότητα και δεν της είναι πια τίποτα για να σκεφθεί, εκτός από την αθλιότητα της. Δεν έχει για αντικείμενο σκέψης παρά το εσωτερικό της τίποτε και την μελαγχολία που προκύπτει.

Αλλά η υψηλή αυτή μορφή της εγωιστικής αυτοκτονίας δεν είναι η μόνη, υπάρχει μια άλλη περισσότερο κοινή. Αντί να στοχάζεται λυπημένα για την κατάσταση του, το άτομο παίρνει την απόφασή του χαρούμενα. Έχει επίγνωση του εγωισμού του και των λογικών του συνεπειών αλλά τις αποδέχεται από πριν επιχειρώντας να ζήσει την ζωή ενός ζώου με μόνο την διαφορά ότι γνωρίζει αυτό που κάνει. Αυτή είναι η Επικούρεια αυτοκτονία, γιατί ο Επίκουρος δεν έλεγε στους μαθητές του να επισπεύδουν τον θάνατο, αλλά τους συμβούλευε αντίθετα να ζουν όσο το εύρισκαν ενδιαφέρον. Μόνο καθώς ένωσε καθαρά ότι ο άνθρωπος εάν δεν έχει άλλο σκοπό στην ζωή διακινδυνεύει προς στιγμή να μην έχει κανένα και καθώς η αισθησιακή χαρά είναι ένας πολύ εύθραυστος κρίκος για να προσδένει τους ανθρώπους στην ζωή, τους παραινούσε να είναι πάντα έτοιμοι να την εγκαταλείψουν στο τελευταίο κίνητρο των περιστάσεων. Στην περίπτωση αυτή, η φιλοσοφική ονειροπόλος μελαγχολία αντικαθιστάται από ένα ψύχραιμο, απομυθοποιημένο σκεπτικισμό που γίνεται ιδιαίτερα αισθητός την τελική ώρα. Εκείνος που υποφέρει καταφέρνει το χτύπημά του χωρίς μέσα ή θυμό, αλλά εξ ίσου χωρίς εκείνη τη νοσηρή

ικανοποίηση που ο άνθρωπος τα πνεύματα τέρπεται με την αυτοκτονία του. Είναι ακόμη απαθέστερος από τον τελευταίο. Δεν εκπλήσσεται με το τέλος που έχει έρθει το έχει προβλέψει σαν ένα λόγο ή πολύ επικείμενο γεγονός. Κατά συνέπεια δεν κάνει μακρές προετοιμασίες σε αρμονία με την προηγούμενη ζωή του προσπαθεί μόνο να ελαχιστοποιήσει την οδύνη.

Αυτό δηλαδή που διακρίνει τον εγωιστή αυτόχειρα είναι μια γενική κατάθλιψη που εκδηλώνεται είτε σαν μελαγχολική ατονία είτε σαν Επικουρεία αδιαφορία.

Αντίθετα η αλτρουοτική αυτοκτονία εμπεριέχει μια ορισμένη δαπάνη ενέργειας καθώς η πηγή της είναι μια βίαιη συγκίνηση. Στην περίπτωση της υποχρεωτικής αυτοκτονίας, αυτή η ενέργεια ελέγχεται από τον λόγο ή την θέληση. Το άτομο αυτοκτονεί κατ' εντολή της συνείδησης του, υποβάλλεται σε μια προστακτική. Έτσι το κυρίαρχο σημείο της πράξης του είναι η νηφάλια πεποίθηση που προέρχεται από το αίσθημα ενός επιτευγμένου χρέους. Εξάλλου όταν η αλτρουισμός βρίσκεται σε υψηλό βαθμό η παρόρμηση είναι εμπαθέστατη και ασυλλόγιστη. Μια έκρηξη πίστης και ενθουσιασμού φέρει τον άνθρωπο στον θάνατό του. Ο ίδιος αυτός ενθουσιασμός είναι είτε ευτυχής, είτε σκοτεινός, πράγμα που εξαρτάται από την σύλληψη του θανάτου, είτε σαν μια εξελεωτική θυσία για τον κατευνασμό μιας τρομερής πιθανόν εχθρικής δύναμης. Και όμως κάτω από αυτές τις επιφανειακά αντίθετες εμφανίσεις, οι ουσιαστικοί χαρακτήρες του φαινομένου παραμένουν οι ίδιοι. Αυτή είναι μια ενεργητική αυτοκτονία που έρχεται σε αντίθεση, κατά συνέπεια, με την καταθλιπτική αυτοκτονία, που παρουσιάστηκε παραπάνω.

Ο χαρακτήρας αυτός επανεμφανίζεται στις απλούστερες αυτοκτονίες, του στραπώτη που αυτοκτονεί είτε γιατί μια ελαφρά προσβολή αμαύρωσε την τιμή του, είτε για να αποδείξει το κουράγιο του. Η ευκολία που επιτελείται δεν πρέπει να συγγέεται με την απογοητευτική ψυχραιμία των Επικουρείων.

Υπάρχει ένα τρίτο είδος αυτοχείρων που αντιτίθεται και στην πρώτη ποικιλία από το γεγονός ότι η δράση τους είναι ουσιαστικά περιπαθής αλλά και στην δεύτερη επειδή, το πάθος που τους εμπνέει, όπως κυριαρχεί στην τελευταία σκηνή, είναι μιας απόλυτα διαφορετικής φύσης. Δεν είναι ούτε ενθουσιασμός θρησκευτικός, ηθικός ή πολιτική πίστη, ούτε καμιά από τις στρατιωτικές αρετές, είναι οργή και όλες οι συγκινήσεις που συνήθως συνοδεύουν την απογοήτευση. Μερικές φορές περιέχουν βλασφημίες, βίαιες αντεκλείσεις εναντίον της ζωής γενικά, μερικές φορές απειλές και κατηγορίες ενός ιδιαίτερου προσώπου που αποδίδεται η ευθύνη για την δυστυχία του

αυτόχειρα. Με την ομάδα αυτή συνδέονται φανερά οι αυτοκτονίες που προηγήθηκαν από ένα φόνο.

Η μορφή αυτή εμφανίζεται καθαρά να ενυπάρχει στην φύση της άνομης αυτοκτονίας. Οι ακανόνιστες συγκινήσεις δεν προσαρμόζονται ούτε η μια με την άλλη ούτε με τους όρους που υποτίθεται ότι θ' ανταποκριθούν, άρα πρέπει να συγκρούονται μεταξύ τους αρκετά οδυνηρά. Η ανομία, είτε προοδευτική είτε παλινδρομική, επιτρέποντας τις απαιτήσεις να υπερβαίνουν τα κατάλληλα όρια ανοίγει βίαια την πόρτα στις αυταπάτες και κατά συνέπεια στην απογοήτευση. Ένας άνθρωπος που ρίχνεται απότομα κάτω από την συνηθισμένη του θέση δεν μπορεί να αποφύγει τον εξοργισμό νιώθοντας μια κατάσταση μα τον διαφεύγει εάν θεωρούσε τον εαυτό του κύριο σ' αυτήν, και ο εξοργισμός του φυσικά επαναστατεί εναντίον της αιτίας, ανεξάρτητα αν είναι πραγματική ή φανταστική, που αποδίδει την καταστροφή του.

Ασφαλώς οι τύποι αυτοκτονίας πολλές φορές συνδέονται μεταξύ τους, δημιουργώντας σύνθετες ποικιλίες, τα χαρακτηριστικά των διαφόρων τύπων θα ενωθούν σε μια μοναδική αυτοκτονία. Ευρύτατα διαφορετικοί τύποι μπορούν να συνυπάρχουν σ' ένα πρόσωπο και να συμβάλλουν στην μοναδικότητα της αυτοκτονίας του. Αυτοί είναι οι λεγόμενοι μικτοί τύποι αυτοκτονίας και είναι η εγωιστική - άνομη αυτοκτονία με συγκερασμό ταραχής και απάθειας, δράσης και ρεμβασμού, η άνομη - αλτρουιστική αυτοκτονία με οξύμενο αναβρασμό και η εγωιστική - αλτρουιστική αυτοκτονία με μετριασμένη μελαγχολία με ηθικό σθένος.

ΣΤ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ

Η αυτοκτονία των νέων και των εφήβων είναι ζήτημα που αρχίζει και τελειώνει όπως φαίνεται μέσα από τους τρόπους έκφρασής τους. Είναι ενδιαφέρον να παρουσιασθούν μια σειρά από προβληματισμοί του Σαράντου. Ι. Καργάκου (Αθήνα, 1989) για την νεανική αυτοκτονία σε σχέση με τις τέχνες και ειδικότερα την μουσική και την συγγραφή / ποίηση.

Προφητικά για την ίδια του τη ζωή αποδείχθηκαν οι στίχοι ενός τραγουδιού από τα τελευταία που έγραψε ένας σχετικά νέος και σχετικά «άσημος» συνθέτης. «Καταρρέω κι άλλο πλέον μόνος δεν μπορώ» τραγουδούσε πριν από καιρό όμως αυτό που δεν μπόρεσε - ή τόλμησε - να εκφράσει με τις στροφές και τις νότες του τραγουδιού, το συμπλήρωσε με την ίδια του την πράξη: Βρέθηκε απαγχονισμένος στο

κατάστημά του. Η ανακοίνωση της αστυνομίας ήταν: «αυτοκτονία». Ο συνθέτης λεγόταν Ασημος, όμως οι λόγοι που έσπρωξαν αυτόν και πλήθος άλλα νεαρά παιδιά στην αυτοκτονία δεν είναι καθόλου άσημοι.

Η αυτοκτονία ενός συνθέτη και μάλιστα περιθωριακού, όπως χαρακτηρίστηκε, ίσως να μην συγκλόνιζε τόσο πολύ την κοινή γνώμη, αν δεν ερχόταν να προστεθεί σε μια μεγάλη σειρά αυτοκτονιών, που σημάδεψαν τον τότε καιρό την «εφησυχασμένη» ζωή του νεοελληνικού μικρόκοσμου. Η αυτοκτονία του νεαρού που έπεσε στις γραμμές του τρένου, η αυτοκτονία του μαθητή που άστοχα και αψυχολόγητα επισημάνθηκε ως κλέφτης από τον καθηγητή του, είναι γεγονότα που ήρθαν να ταράζουν τα ήρεμα νερά της καθημερινής ρουτίνας, γεγονότα που δεν αφήνουν περιθώρια για αφελείς αισιοδοξίες και ασφαλείς προβλέψεις για ένα σίγουρο μέλλον, γεγονότα, τέλος, που δύσκολα μπορούν να ερμηνευθούν με φιλοσοφικές αναγωγές σαν αυτές που κάνει ο Αγγελος Τερζάκης στο δοκίμιο «Ελληνική απαισιοδοξία» που διδάσκονται τα Ελληνόπαιδα στο Λύκειο.

Ο στοχαστικός αυτός διανοητής της μεταπολεμικής περιόδου πιστεύει πως η απαισιοδοξία είναι ένα συναίσθημα, μια αντιμετώπιση της ζωής συνυφασμένη με τη φύση της Ελληνικής ψυχής. Πηγή της είναι ο κόσμος του φωτός, «ο εφήμερος και τραγικά ωραίος». Το φως κάνει τον κόσμο του Έλληνα φιλικό, πειστικό, στέρεο, καθαρό κι ευγενικό με χρώματα χλωρά και εξιδανικευμένα και για το λόγο αυτό «περιπόθητο». Η Ελληνική ψυχή σπαράζει στην ιδέα πως κάποτε θα τον αποχωριστεί και γι' αυτό «τονίζει έντονα και φευγαλέα σαν ερωτική στιγμή».

Πως όμως μπορεί αυτή η «αρρενωπή» και ηρωική απαισιοδοξία να οδηγεί σ' ένα «amos mortis» (έρωτας θανάτου) ώστε να ωθεί σ' μια τόσο υπερβολική κι ακραία πράξη, όπως η αυτοκτονία; Πως μπορεί η μελαγχολία που τη δημιουργεί ο φόβος του αποχωρισμού. Ενός τόσο όμορφου και ποθητού κόσμου, να συμβιβαστεί με την άρνηση του κόσμου; Κι αν ακόμη δεχτεί κανείς πως ο θάνατος των τεσσάρων γερόντων της Ραφήνας ήταν αποτέλεσμα απαισιοδοξίας και κυρίως του φόβου πως ο χρόνος και η αρρώστια θα έφθειραν όχι μόνο τους ίδιους, αλλά και τον κόσμο τους — παρ' όλο που το σημείωμα που άφησαν έχει την απλότητα και λιτότητα των αληθινά απλών και αγνών ανθρώπων — με ποιο τρόπο άραγε θα μπορούσε η «Ελληνική απαισιοδοξία» να ερμηνεύσει τις αυτοκτονίες των νέων ανθρώπων, που εγκαταλείπουν τον «κόσμο του φωτός» πριν ακόμη τον γνωρίσουν. Μήπως στην πραγματικότητα είναι ο ίδιος ο «κόσμος του φωτός» που σπρώχνει — άμεσα και έμμεσα — τους νέους στην αυτοκτονία;

Στο σημείωμα που άφησε ο συνθέτης Άσημος μιλάει για αζεπέραστα προβλήματα. Όμως κανένα πρόβλημα δεν είναι τόσο αζεπέραστο, όσο η αυτοκτονία. Κάποιος οπτιμιστής μάλιστα θα μπορούσε να πει πως οι συνθήκες ζωής είναι καλύτερες συγκριτικά με το παρελθόν. Όμως οι αυτοκτονίες είναι περισσότερες.

Ο σύγχρονος κόσμος, εκτός από την φωτεινότητα, την ευγένεια και την διαύγεια του φαίνεται πως έχασε την πειστικότητα και την ζεστασιά του. Είναι ένας κόσμος άφιλος, ακόμα και εχθρικός, ιδιαίτερα για τους νέους, ένας κόσμος αντιφάσεων και αγωνίας. Αντί για ιδανικά προσφέρει ένα χυδαιούλιστικά πνεύμα. Περισσότερο αξίζει ο κάλπικος παρά το γνήσιο νόμισμα.

Οι πεσιμιστικές θεωρίες βρίσκουν έτσι πρόσφορο έδαφος στα «τελευταία χρόνια, τα σακάτικα» όπως εύστοχα τα ονομάζει ο ποιητής. Κι είναι στ' αλήθεια σακάτικα, μια και σακατεύουν ανεπανόρθωτα τη νεανική ψυχή, μπολιάζονται της με μια ιδεολογία φυγής, προτού καλά καλά γευτεί τους χυμούς της ζωής. Κι αυτό που αδόκιμα ονομάζεται «κοινωνικοποίηση» δεν είναι τίποτε άλλο παρά άσκηση υποκρισίας. Η κοινωνία διδάσκει την αγιότητα της εργασίας και προσφέρει την αθλιότητα της ανεργίας. Έτσι, κλονίζει την εμπιστοσύνη των νέων προς ότι χρόνια ολόκληρα τους διδάσκει, καθώς οι τελευταίοι συνειδητοποιούν ξαφνικά ότι η μόρφωση δεν έχει κανένα υλικό ή ηθικό αντίκρισμα στη ζωή, ότι αυτό που «μετράει» τελικά είναι όχι η προσπάθεια και η αξία αλλά η με κάθε μέσο επιτυχία.

Έτσι οι νέοι, που αποτελούσαν πάντοτε τους γνήσιους εκφραστές του ιδεαλισμού, της ελικρίνειας και των οραματισμών για μια καλύτερη ζωή, εξευτελίζονται και ταπεινώνονται αφού, για να εξασφαλίσουν μια θέση, αναγκάζονται να καταφύγουν στα μέσα ή να παραμείνουν στην αφάνεια και στη μετριότητα. Βλέπουν με θλίψη γύρω τους να κυριαρχεί ένας αρριβισμός χωρίς όρια. Ένα πάθος για φτάσιμο, που δεν εκφράζει ένα ανώτερο τάξιμο. Το πρότυπο ενός τέτοιου «φτασμένου» έδωσε ο σκηνοθέτης Ολιβερ Στόουν στην ταινίας «Nail Street». Σκιαγραφεί έναν αδίστακτο επιχειρηματία, που έχει αρνηθεί όλες τις αξίες της ζωής, έχει χάσει κάθε ίχνος ανθρωπιάς και έχει μεταβληθεί σ' ένα ψυχρό υπολογιστή, έναν καιροσκόπο, όπου παντού βλέπει το χρώμα και χρησιμοποιεί τους πάντες και τα πάντα για να τα αποκτήσει. Με τέτοια πρότυπα η ζωή μοιάζει στα μάτια των νέων με ζούγκλα, που οι «απόγονοι του Κάιν» προσπαθούν να «φάνε» ή να ξεγελάσουν τον άλλο. Μερικοί βλέπουν τον κόσμο σαν σήραγγα και καταφεύγουν στη φοβερή λύση της σύριγγας. Οι τρόποι αυτοκτονίας είναι ποικίλοι. Αφού δεν υπάρχει ποικιλία ζωής, υπάρχει ποικιλία στο θάνατο!

Με αυτό τον τρόπο οι νέοι οδηγούνται αργά ή γρήγορα σε ιδεολογικά αδιέξοδα, σε ψυχοφθορές και θανατηφόρες εμπλοκές, από τις οποίες δύσκολα μπορούν να ξεφύγουν. Το μέλλον προβάλλει εμπρός τους δυσβάσταχτο όσο το παρελθόν. Μέσα σε μια ερειπωμένη ζωή απαισιοδοξίας και απογοήτευσης αρχίζει να καλλιεργείται στην ψυχή τους η «ιδεολογία» της αυτοκτονίας. Μπορεί οι παλαιότεροι ν' αντιμετωπίσαν το πρόβλημα «πώς να ζήσω» οι σημερινοί νέοι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα «γιατί να ζήσω;». Η αποπνευματοποίηση σκότωσε μέσα τους το λόγο του, ζην. Ο Τερζάκης στο δοκίμιό του μιλάει για ηρωική απαισιοδοξία. Η υπάρχουσα είναι αντί- ηρωική.

Οι αυτοκτονίες των νέων μπορούν να ερμηνευθούν, συχνά να δικαιολογηθούν, όχι όμως και να δικαιωθούν. Κάποια περιστατικά δικαιολογούν το φαινόμενο, μερικά, άλλ' όχι γενικά. Ο Καρυωτάκης, σαφώς, ήταν ένας απαισιόδοξος ποιητής, που κατέληξε στην αυτοκτονία ύστερ' από ένα μακρό και βασανιστικό προβληματισμό. Οι σημερινοί νέοι που αυτοκτονούν δεν είναι προβληματισμένοι, είναι προβληματικοί. Και προβληματικούς τους έκανε μια προβληματική κοινωνία. Η οικογένεια λει «να» η κοινωνία «όχι». Η ζωή σκοτώνει χωρίς να προειδοποιήσει.

Η αυτοκτονία αποτελεί μια ιδιότροπη μορφή «επιδημίας», όπου η διάγνωση της σε κάποιον φορέα της είναι άκαρπη και άσκοπη για τον ίδιο, σκόπιμη και επωφελής για το κοινωνικό σύνολο, για ν' αντιμετωπιστεί και περιοριστεί η εξάπλωσή της. Η πολύπλοκη, πολυπροσωπική, εγωιστική και ανταγωνιστική κοινωνία, με τις κρίσεις, τις εξαρτήσεις και τις φοβίες που αναπαράγει συνεχώς, προσφέρει ιδανικές συνθήκες ανάπτυξης και υπεραύξησης των μικροβίων, που μετατρέπουν πολλά νεαρά άτομα σε «ιδανικούς αυτόχειρες».

Θα μπορούσε κανείς να το αποδώσει στην αυξημένη ευαισθησία των νέων και σ' ένα νοσηρό κλίμα ρομαντισμού, που μπορεί να εμφανίζεται σε κάποια εποχή. Συγκεκριμένα όταν το 1774 ο Γκαίτε δημοσίευσε τον «Βέρθερο», δημιούργησε ένα κλίμα πεισιθάνατου ρομαντισμού, το «βερθερισμό» με αποτέλεσμα πολλοί αισθαντικοί νέοι ν' αυτοκτονήσουν και ο Λεονάρντι με τα «όζοντα θανάτου» ποιήματα του. Σήμερα ο αριθμός των νεανικών αυτοκτονιών αρχίζει ν' αυξάνει επικίνδυνα, όχι πια εξαιτίας ενός πεισιθάνατου ρομαντισμού αλλά εξαιτίας κάποιου θανατηφόρου ρεαλισμού με πολύπλοκες αιτίες.

Βέβαια η επίρριψη όλων των ευθυνών για τις αυτοκτονίες των νέων στην κοινωνία, αποτελεί μια μονόπλευρη θεώρηση του θέματος. Είναι γεγονός πως ο χαμηλός δείκτης πνευματικότητας των νέων τα τελευταία χρόνια, καθώς και η

απορρόφηση τους από ανούσια ή βλαβερά πράγματα, η ροπή προς το εύκολο και τη μαλθακότητα, η τάση για απόλαυση χωρίς να προηγηθεί μόχθος είναι κάποιες αιτίες που χρεώνονται αποκλειστικά στους νέους. Πάντα υπήρχαν δυσκολίες στη ζωή. Αλλά πάντα υπήρχε και το κουράγιο για την υπέρβαση τους. Είναι παράλογο να φοβάται ο σημερινός νέος «τους Λαιστρυγόνες και τους Κύκλωπες, τον άγριο Ποσειδώνα», που «... μες την ψυχή του». Η αυτοκτονία, όσο κι αν δικαιολογείται, είναι σε τελευταία ανάλυση μια πράξη δειλίας αν δεν συντρέχουν κάποιοι ειδικοί ηθικοί λόγοι. Όμως νεότητα σημαίνει γενναιότητα. Κι αυτό σημαίνει πως οι νέοι πρέπει πάντα να τολμούν και να μοχθούν. Ο Καζαντζάκης είχε πει: «Νέος θα πει να διορθώσεις τον κόσμο». Μήπως το χρέος αυτό έχει λησμονηθεί από τους νέους;

Επιπλέον, η πράξη της αυτοκτονίας φανερώνει μια έντονη εκδήλωση εγωισμού. Το νέο άτομο προσπαθεί να τραβήξει την προσοχή των άλλων, να προκαλέσει πόνο σε όσους αφήνει πίσω του κι έτσι να τους εκδικηθεί. Δεν σκέφτεται την καταστροφή του εαυτού του, όσο τη συντριβή των γονιών του και συχνά ούτε κι αυτή. Τα παιδιά με το «δολοφονημένο χαμόγελο», τα παιδιά που ξέχασαν να γελούν κι έμαθαν να σαρκάζουν, στο πρόσωπο τους κρύβουν το είδωλο της κοινωνίας και σκοτώνοντας τον εαυτό τους, νομίζουν ότι σκοτώνουν την κοινωνία. Από πολλές απόψεις θυμίζουν τα Rumble Fisch, τα ψάρια πολεμιστές, που συμβολοποίησε ο Φράνσις Κόπολα με την ομώνυμη ταινία του (Στην Ελλάδα προβλήθηκε με τον τίτλο «Αταίριαστος»). Αν τοποθετηθεί ένας καθρέπτης μπροστά σ' ένα Rumble Fisch δεν θα σταματήσει να επιτίθεται στο είδωλο του μέχρι να σκοτωθεί.

Οι Κινέζοι με την παλιά σοφία τους λένε: «Αντί να παραπονιέσαι για το σκοτάδι, άναψε ένα κερί». Οι νέοι αντί να παραπονιούνται για έλλειψη κατανόησης, ας κατανοήσουν πρώτα τον εαυτό τους.

Στην Κρήτη πριν από λίγο καιρό ένας πατέρας κατηγόρησε ένα εκδότη ως ηθικό αυτουργό της αυτοκτονίας του γιου του, που άφησε πίσω του ένα τετράδιο με σημειώσεις, που δεν ήταν τίποτε άλλο παρά αποσπάσματα από ένα αγγλικό βιβλίο που είχε θέσει σε κυκλοφορία εν λόγω εκδότης. Οι γονείς ενός 17χρονου αγοριού, που αυτοκτόνησε, κατηγόρησαν σαν ηθικό αυτουργό του θανάτου του γιου τους, τον Οζι Οζμπορν, γνωστό τραγουδιστή «σκληρής» ροκ μουσικής για το τραγούδι του «Suicide Solution» (= Λύση αυτοκτονίας).

Ο ήρωας του τραγουδιού θυμίζει κάπως την Ιωάννα της Λωραίνης. Όπως αυτή, έτσι και αυτός δέχεται φωνές όχι από τον ουρανό αλλά από το υποσυνείδητο, που λένε πως η ζωή, μετά τη γέννηση, δεν είναι παρά ένα ψέμα, μια αυταπάτη, μια

κόλαση, απ' όπου ο μόνος που μπορεί να τον γλιτώσει είναι ο Μεγάλος Φύλακας, απ' τον οποίο δεν ξεφεύγει κανείς. Ο νέος αυτόχειρας, βλέποντας αυτή μόνο την ακραία λύση στα προβλήματά του, κάλεσε κοντά του το Μεγάλο Φύλακα – το θάνατο – ο οποίος φυσικά δεν του αρνήθηκε την «σωτηρία». Κι ήταν μόλις 17 χρονών!

Κάπου εδώ είναι σημαντικό να παρατεθούν κάποια σημαντικά στοιχεία για την επιρροή της μουσικής στους έφηβους. Ο Sean Sellert αναφέρεται στο παραπάνω θέμα και λει ότι η μουσική παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή και τον χαρακτήρα των εφήβων. Τονίζει ότι η κινητήρια δύναμη του τηλεοπτικού μουσικού σταθμού M.T.V, Bob Pitman είπε: «το σημαντικότερο που μπορεί να κάνει κανείς, είναι να εισβάλλει συναισθηματικά. Αν μπορεί να κάνει τα συναισθήματά του να υπερισχύσουν της λογικής, τότε τους κάνει δικούς σου». Πολλοί έφηβοι δεν ενδιαφέρονται για κανένα άλλο είδος μουσικής παρά μόνο για τη ροκ. Για αυτό και υπάρχει τόσο μεγάλη αντίδραση στην ιδέα να πάψουν να ακούνε ροκ μουσική. Γιατί για τους έφηβους η ροκ μουσική σημαίνει και τη μουσική γενικότερα, δεν γνωρίζουν άλλο είδος μουσικής, και φυσικά θεωρούν παράλογη την ιδέα να μην ακούνε μουσική, έτσι το ερμηνεύουν.

Η διασκέδαση το κόσμου, ειδικά η ροκ μουσική, ελέγχεται από το χρήμα και τη δόξα. Ο Blackie Lawless των WASP είπε στο περιοδικό «Hit Parader», «Η ροκ ν' ρολ, για μένα είναι επιχείρηση». Οι περισσότεροι μουσικοί κάνουν ότι κάνουν για τα λεφτά, άσχετα με την επίδραση που έχουν τα τραγούδια και οι πράξεις τους στη ζωή των άλλων, ειδικά των εφήβων. Οι έφηβοι μυθοποιούν και κάνουν είδωλα τους τους σταρ των ροκ συγκροτημάτων. Δε θα έπρεπε να είχε τέτοια θέση κάποιος άνθρωπος που δεν νοιάζεται για τους συνανθρώπους του. Με τη δόξα συμβαδίζει και μεγάλη ευθύνη, και ένας άνθρωπος που ελέγχεται από το χρήμα δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια μαριονέτα, που με κανένα τρόπο δεν δικαιολογεί τις πράξεις του. Ο Mike Bloodgod είπε στο περιοδικό «Faces», ότι «αυτοί προσωπικά αρρωσταίνει με αυτούς τους ανθρώπους που λένε ότι δεν έχουν καμιά ευθύνη απέναντι στο ακροατήριό τους».

Οι στίχοι των τραγουδιών είναι εκείνο που επηρεάζει περισσότερο τους νέους. Δεν υπάρχει κανένας νέος που να μην λει ότι, οι στίχοι ενός τραγουδιού επηρεάζουν άμεσα. Τι είναι αυτό που λένε μέσα από τους στίχους τους τα συγκροτήματα; το άσχημο είναι ότι τα περισσότερα από αυτά που λένε είναι προτροπές προς το κακό και την διαφθορά. Ο Steve Lamp, είπε στο περιοδικό «Calendar» ότι «διαπίστωσε ότι δεν είναι το ροκ ν' ρολ που επηρεάζει τους νέους. Είναι οι στίχοι που τους κάνουν να

προσκαλούνται στη μουσική». Οι στίχοι ενός τραγουδιού είναι αυτοί που μεταφέρουν τα διάφορα μηνύματα και όχι η ίδια η μουσική. Η μουσική προκαλεί διάφορα συναισθήματα που αμβλύνουν την ικανότητα να σκεφτεί κανείς πολλά πράγματα με τη λογική τους.

Ο Αλμπερτ Καμύ στο «Μύθο του Σισυφου» αφηγείται ότι ο άνθρωπος έχει δικαίωμα να ορίζει τη ζωή και τον θάνατο του. Το ζήτημα είναι: μπορεί; Το να επιβάλλεις στον εαυτό σου τον θάνατο, δε σημαίνει πως εξουσιάζει το θάνατο. Ούτε η εκούσια πρόκλησή του είναι πράξη ελευθερίας, εκτός κι αν γίνεται για έναν αγώνα ελευθερίας, για μια υπόθεση που υπερβαίνει την χοϊκότητα. Αλλά αυτό δεν είναι πράξη θανάτου. Είναι πράξη ζωής, όπου ο άνθρωπος δια του θανάτου πατά το θάνατο.

Z. ΝΟΜΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ – ΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η απόλυτη αξία και προστασία της ζωής του ανθρώπου συνεπάγεται τη νομική υποχρέωση του να μην προκαλεί εκούσια τον θάνατο του. Βέβαια, εκείνος που αυτοκτόνησε και έπαψε να υπάρχει φυσικά και νομικά ως πρόσωπο δεν είναι δυνατόν να υποστεί ποινή, οι αναφερόμενες δε στην αρχαιότητα ή στον μεσαίωνα περιπτώσεις ποινικών κυρώσεων κατά των αυτοκτονιών, (π.χ νόμος των Μιλησίων «τας απαγχομένας γυμνάς εκκομιζεσθαι δια της αγοράς», νόμος μεσαιωνικός περί «φουρκισμού» του πτώματος του αυτόχειρα ή ενταφιασμού του από τον δήμιο κ.α) αποτελούν μόνον κακομεταχείριση του πτώματος, ασυμβίβαστη προς τις σύγχρονες αντιλήψεις. Επίσης, το μέτρο που ίσχυσε στην Αγγλία το 1873, της δήμευσης της περιουσίας του αυτοκτονήσαντος, δεν είναι ποινή κατ' αυτού όμως κολασμός εκείνου που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει και για οποιανδήποτε λόγο επέζησε δεν είναι λογικά αδιανόητος, εντούτοις κρίνεται άσκοπος και, επομένως αδικαιολόγητος. Γιατί εκείνος που δεν φοβάται τον θάνατο και προσπαθεί εκούσια να τον συναντήσει ασφαλώς δεν είναι δυνατόν να φοβηθεί οποιαδήποτε άλλη ποινή. Έτσι κατά τον Ποινικό Κώδικα, η απόπειρα αυτοκτονίας δεν θεωρείται ποινικώς αξιόλογη αδικοπραγία αφού σύμφωνα με το άρθρο 299 & 1, αξιόποινη είναι η θανάτωση ετέρου προσώπου, δηλ διάφορου από τον δράστη. Είναι όμως απολύτως σκόπιμη, για την αποτελεσματική προστασία της ανθρώπινης ζωής, την οποία και προβλέπει το άρθρο

301 του Ποινικού Κώδικα, παρ' όλο που έτσι δημιουργείται το δογματικό παράδοξο να τιμωρείται η συμμετοχή σε κύρια πράξη η οποία δεν είναι ποινικώς αξιόλογη.

Για την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της συμμετοχής σ αυτοκτονία κατ' άρθρο του Π.Κ. απαιτείται είτε α) η κατάπειση ετέρου σε αυτοκτονία, είτε β) η παροχή βοήθειας κατά την πράξη της αυτοκτονίας. Ως «κατάπειση» νοείται η με επιμονή και σκόπιμη προσπάθεια έξαρσης του θανάτου ως μόνης λύσης των αντιμετωπιζόμενων προβλημάτων και σχετικής προτροπής, πρόκληση της απόφασης για αυτοκτονία. Δεν «καταπειθεί» σε αυτοκτονία και δεν τιμωρείται, κατά την κρατούσα γνώμη, κατ' άρθρο 301 του Π.Κ εκείνος που με τη σκέψη και άδικη συμπεριφορά του γίνεται πρόξενος της αυτοκτονίας άλλου. Για την ποινική ευθύνη του «καταπείσαντος» προβλέπεται από τον νόμο μας εξωτερικός όρος αξιοποίνου, η εκτέλεση της αυτοκτονίας ή τουλάχιστον απόπειρας αυτοκτονίας, έτσι αν π.χ εκείνος που «καταπεισθεί» να αυτοκτονήσει και αγοράσει για τον σκοπό αυτό δηλητήριο προσπάθησε την τελευταία στιγμή και δεν είπε, δεν έχει ποινική ευθύνη μόνο που τον κατέπεισε. Θέμα εφαρμογής του εξωτερικού όρου του νόμου δεν γεννάται στην περίπτωση της παροχής βοήθειας εφόσον το άρθρο 301 του Π.Κ προϋποθέτει ότι βοήθεια παρέχεται κατ' αυτήν αυτή πράξης αυτοκτονίας και όχι προ αυτής.

Κατάπειση σε αυτοκτονία προσώπου που είναι ανίκανο προς καταλογισμό δεν θεωρείται συμμετοχή σε αυτοκτονία αλλά έμμεση αυτουργία σε αυτοκτονία εκ δόλου. Η ποινή που προβλέπει το άρθρο 301 του Π.Κ για συμμετοχή σε αυτοκτονία είναι αόριστη, δηλ από 10 ημέρες έως και 5 χρόνια.

Το άρθρο 27&2 του ΝΔ 2493/1981 τροποποίησε διατάξεις του 392/1938 «περί τύπου», απαγορεύονταν, επί αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονιών, η δημοσίευση λεπτομερειών για τα αίτια και τον τρόπο εκτέλεσης τους, με απειλή ποινής φυλάκισης μέχρι 6 μηνών ή χρηματικής ρήτρας ή και των δύο. Επιτρέπεται η απλή δημοσίευση του γεγονότος και των μέσων τέλεσης του χωρίς λεπτομέρειες που είναι πιθανό αφενός μεν να ασκήσουν επιρροή επί των ατόμων που έχουν νοσηρή προδιάθεση και να τους παρακινήσει ως παράδειγμα προς μίμηση, αφετέρου να προκαλέσουν σκάνδαλο εναντίον της υπόληψης της οικογένειας του αυτοκτονήσαντος. (Μιχ. Κ. Κυριλλόπουλος, Πάπυρος Λάρους).

Η. ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η χριστιανική διδασκαλία θεωρεί την αυτοκτονία ως έγκλημα εναντίον της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και ως κλονισμό της πίστης των αυτοκτονούντων. Η συνείδηση της εκκλησίας κατέταξε την αυτοκτονία στα βαρύτερα πνευματικά παραπτώμα και καθιέρωσε αυστηρές πνευματικές ποινές για να τονίσει την ανάγκη σεβασμού της ιερότητας και της αξίας της ζωής. Έτσι, η εκκλησία αναγορεύει οποιαδήποτε εκκλησιαστική ακολουθία (κηδεία, ταφή, μνημόσυνο, τρισάγιο, λειτουργία) για τους αυτοκτονούντες γιατί με την πράξη τους προσέβαλαν τη θεία δωρεά και αποκόπηκαν από το σώμα της εκκλησίας.

Σύμφωνα με τον Η. Βουλγαράκη (Αθήνα, 1990) η άρνηση της εκκλησίας να συνοδεύει με εξόδιες ευχές τους αυτόχειρες πρέπει να αποτελούσε αρχαία παράδοση. Αν όμως η παράδοση αυτή έφτανε μέχρι τους αποστολικούς χρόνους δεν είναι εξακριβωμένο. Αντίθετα θα μπορούσε κανείς να υποθέσει, σύμφωνα με ορισμένες έμμεσες μαρτυρίες της Κ. Διαθήκης, ότι η πρώτη εκκλησία δεν πρέπει να ήταν αρνητική στην κήδευση των αυτοχειρών. Η αυτοκτονία θεωρείτο ότι αποτελούσε κακή πράξη γι' αυτόν που την τελούσε. Πέρα από το αυτονόητο του γεγονότος, βεβαιώνεται και από τη στάση του Απ. Παύλου, που, όταν είδε το δεσμοφύλακα Φιλίππων να σύρει το ξίφος του για να σκοτωθεί του είπε»...μηδέν πράξης σεαυτώ κακόν...» (προξ.16.22). Το ενδιαφέρον όμως είναι η αιτιολογία του αμαρτήματος της αυτοχειρίας. Ο Κλήμης Αλεξανδρείας το θεωρεί ως «απέχθειαν» προς το Δημιουργό. Ο αββας Πάχωμος φέροντας ως παράδειγμα αυτοχειρίες πολλών μοναχών, δίδασκε ότι δεν αρκεί για τη σωτηρία η άγνοια του σώματος», αλλά απαιτείται και η ασφάλεια των λογισμών. Διαφορετικά πειράζει τον καθένα ο διάβολος. Ο μοναχός «καν η αγαπών τον θεόν», «Μη νήψη, ων δεύ», ο διάβολος θα τον «απολέσει». Ως απώλεια δε θεωρεί την αυτοκτονία. Ο ιερός Χρυσόστομος διδάσκει με αφορμή τον Ιούδα: «...και την αμαρτίαν ειργάσατο και την ψυχὴν ἀπώλεσε την εαυτού». Ο Ισιδώρος Πηλουσιώτης τονίζει «Η ψυχή που κίνησε το χέρι ποια συγχώρηση θα έχει;». Από τις θέσεις αυτές επιτρέπεται να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ο αυτόχειρας δεν μπορεί να ελπίζει στο έλεος του θεού, εφόσον για την καταληκτική πράξη της ζωής του που συνιστούσε βαριά αμαρτία, δεν μετανόησε, γιατί από τα πράγματα δεν διέθετε τέτοια δυνατότητα. Ο λόγος που στερείται ο αυτόχειρας την εξόδια ακολουθία και τις λοιπές ευχές της εκκλησίας οφείλεται όπως φάνηκε από τα παραπάνω στην κρίση που διατυπώνεται ότι ήδη είναι καταδικασμένος στην άλλη ζωή.

Η αυστηρότητα της Εκκλησίας δεν είναι άσχετη και προς τον σκοπό της διδασκαλίας των επιζώντων για την ιερότητα του θείου αγαθού της ζωής, γι' αυτό και οι κανονικές κυρώσεις προϋποθέτουν την λήψη της απόφασης με σώες τις φρένες και με ελεύθερη βούληση, όπως χαρακτηριστικά τονίζεται στην, 14^η απόκριση του πατριάρχη Αλεξανδρείας Τιμόθεου «Υπέρ, αυτού διακρίναι οφείλει ο κληρικός, ει το αληθές εκφρενής ων πεποίηκε τούτο...» Η Εκκλησία της Ελλάδος για την διαπίστωση φρενοβλάβειας, ψυχικών διαταραχών και εκκλησιαστική κήδευση των αυτοκτονούντων απαιτεί πιστοποίηση από δύο ειδικούς επιστήμονες, σύμφωνα με την εγκύκλιο 196/1900. (Β. Φειδας, Πάπυρος Λάρους).

6. ΑΙΤΙΕΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

A. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

A1. Σχέση αυτοκτονίας και κληρονομηκότητας

Υπάρχουν αρκετοί επιστήμονες που θεωρούν άξια μελέτης τη θεωρία ότι η ροπή που υπάρχει σε μερικά άτομα για αυτοκτονία μεταδίδεται γενετικά, άρα ότι η τάση για αυτοκτονία εξαρτάται στενά από μια ορισμένη οργανική κατάσταση.

Αν διευκρινιστεί ο συσχετισμός αυτοκτονίας κληρονομικότητας, όταν κάποιος αναφέρει πως η αυτοκτονία είναι κληρονομική, σημαίνει πως τα παιδιά των αυτοχειρών, κληρονομώντας τη διάθεση των γονιών τους, έχουν την κλίση κάτω από παρόμοιες συνθήκες να συμπεριφερθούν όπως αυτοί. Με την έννοια αυτή όμως ο παραπάνω συλλογισμός δεν έχει ιδιαίτερη αξία, γιατί τότε δεν είναι η αυτοκτονία, κληρονομική, αλλά εκείνο που μεταβιβάζεται είναι μια ορισμένη γενική ιδιοσυγκρασία που δε κάποια περίσταση μπορεί να προδιαθέτει τους ανθρώπους στην πράξη, χωρίς όμως να τους αναγκάζει. Κατά συνέπεια δεν αποτελεί επαρκή ερμηνεία.

Οι ψυχολόγοι, όμως, μίλησαν συχνά για την κληρονομικότητα με μια διαφορετική έννοια. Σύμφωνα μ' αυτή είναι η αυτοκαταστροφή που περνά κατά τρόπο ευθύ και απόλυτο απ' τους γονείς στα παιδιά και που, αφού μεταβιβασθεί, γεννά με αληθινό αυτομαρισμό την αυτοκτονία. Πρόκειται, δηλαδή, για ένα ψυχολογικό μηχανισμό προικισμένο με κάποια αυτονομία, όχι πολύ διαφορετικό από κάποια μορφή ψυχικής ασθένειας.

Η παρατήρηση δείχνει την ύπαρξη μιας τέτοιας κληρονομικότητας και μάλιστα την ευνοεί αφού υπάρχουν αρκετά παραδείγματα διαδοχικών αυτοκτονιών μέσα στην ίδια οικογένεια που, μάλιστα, λαμβάνουν χώρο όχι μόνο στην ίδια ηλικιακή περίοδο αλλά και κατά τον ίδιο τρόπο. Όμως, για να αποδειχτεί ότι η φύση της αυτοκτονίας είναι κληρονομική δεν αρκεί η συχνότητα ή η επανάληψή τους μικρότερη ή μεγαλύτερη. Θα πρέπει κανείς να δείξει την αναλογία τους σχετικά με το σύνολο των εκουσίων θανάτων. Εάν οι κληρονομικές καταβολές θ' αποδεικνύονταν υπεύθυνες για ένα σχετικά μεγάλο κλάσμα του συνολικού αριθμού των αυτοκτονιών. Θα μπορούσε να γίνει δεκτή μια σχέση αιτιότητας μεταξύ των δύο γεγονότων, ότι δηλαδή η αυτοκτονία τείνει να μεταβιβάζεται κληρονομικά. Δεδομένου ότι η

απόδειξη αυτή λείπει και ότι οι περισσότερες παρατηρήσεις έχουν γίνει σε ψυχικά ασθενείς με μικρότερη ή μεγαλύτερη τάση για αυτοκτονία, όλος ο συλλογισμός για την κληρονομικότητα της αυτοκτονίας μπαίνει σε μια νέα βάση.

Απ' όλες τις ψυχικές ασθένειες η πλέον κληρονομική είναι η σχιζοφρένεια (Μάνος Ν. Θεσσαλονίκη 1988). Μπορεί, λοιπόν, κάποιος να υποθέσει ότι αυτό που είναι κληρονομικό δεν είναι η τάση για αυτοκτονία, αλλά η σχιζοφρένεια, της οποίας η αυτοκτονία αποτελεί ένα πολύ συχνό σύμπτωμα. Η υπόθεση αυτή δικαιολογείται περισσότερο από το γεγονός ότι οι παρατηρητές συμφωνούν πως σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό συντρέχουν περιπτώσεις ευνοϊκές για την υπόθεση της κληρονομικότητας μεταξύ των αυτοχειρών σχιζοφρενών. Έτσι, κάτω απ' αυτές τις συνθήκες η κληρονομικότητα παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο να μεταβιβάζει όχι την αυτοκτονία αλλά κάποιο είδος ψυχοπνευματικής προσβολής του οποίου η αυτοκτονία εμφανίζεται σαν ένα ενδεχόμενο αποτέλεσμα. Αν, λοιπόν, αυτοκτονήσει κάποιος που έχει στην οικογένεια του τόσο σχιζοφρενείς όσο και αυτόχειρες, δεν οφείλεται στο γεγονός ότι οι γονείς του π.χ είχαν κάνει το ίδιο, αλλά στο ότι ήταν σχιζοφρενείς.

A2. Σχέση αυτοκτονίας με το φύλο και την ηλικία.

Είναι γνωστό πως η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Είναι σπάνιο φαινόμενο σε παιδιά ηλικίας κάτω των δώδεκα ετών ενώ φτάνει στο υψηλότερο σημείο συχνότητας σε άτομα της τρίτης ηλικίας.

Κατά τα 10-15 τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται αυξητική τάση των αυτοκτονιών ανάμεσα σε νέους σε πολλές χώρες του κόσμου. Έτσι, ενώ σήμερα η αυτοκτονία αποτελεί την 9^η ή 10^η αιτία θανάτου για το σύνολο των ηλικιακών φασμάτων, στο ηλικιακό φάσμα 15-34 ετών η αυτοκτονία κατέχει τη 2^η ή 3^η θέση. Ο Platt μελετώντας τις διαχρονικές διακυμάνσεις αυτοκτονιών σε σχέση με την ηλικία και το φύλο σε 24 Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρεί μια σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών σε νεαρά άτομα της τάξης του 22,8% για άνδρες ηλικίας 15-24 χρ. Και 6% για γυναίκες της ίδιας ηλικίας.

Ο Durkheim αποδίδει την αύξηση της παιδικής αυτοκτονίας στους λόγους που είναι υπαίτιοι για την αύξηση των αυτοκτονιών και στις υπόλοιπες ηλικίες. Και οι έφηβοι είναι ευάλωτοι στις ίδιες κοινωνικές αιτίες που μπορούν να τους οδηγήσουν στην αυτοκτονία. Η επίδραση τους είναι εμφανής στις διακυμάνσεις της παιδικής αυτοκτονίας με αναφορά το κοινωνικό περιβάλλον. Είναι μεγαλύτερες στον αριθμό

στις μεγάλες πόλεις. Πουθενά αλλού η κοινωνική ζωή δεν αρχίζει νωρίτερα για τον έφηβο, όπως άλλωστε καταμαρτυρά η πρωιμότητα που διακρίνει τον μικρό κάτοικο της πόλης. Αφού έχει μνηθεί νωρίτερα και πληρέστερα από τους άλλους στα ρεύματα του πολιτισμού υποφέρει τα αποτελέσματα με μεγαλύτερη πληρότητα και νωρίτερα. Αυτό είναι το γεγονός που αναγκάζει τον αριθμό παιδικών αυτοκτονιών να μεγεθύνεται με μια θλιβερή τακτικότητα στις περισσότερες χώρες.

Β. Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΚΟΣΜΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως ακριβώς το υλικό περιβάλλον εκκολάπτει μερικές φορές ασθένειες που χωρίς αυτό θα παρέμεναν σε κατάσταση σπέρματος, μπορεί κάποιος εξωτερικοί παράγοντες να ενεργοποιούν τις δυνητικές τάσεις των ατόμων για αυτοκτονία. Μεταξύ τέτοιων παραγόντων με επίδραση στην αυτοκτονία συγκαταλέγονται το κλίμα, η θερμοκρασία και η αυξομείωση της μέρας και της νύχτας.

Όσον αφορά το κλίμα ο Durkheim αναφέρει πως στην περιοχή της Ευρώπης οι περισσότερες αυτοκτονίες διεξάγονται σε μια γεωγραφική ζώνη που συμπίπτει με την πιο εύκρατη περιοχή. Όμως, πέρα απ' το να οριστεί μια ορισμένη σχέση μεταξύ ενός συγκεκριμένου κλίματος και της αυτοκτονίας, είναι βέβαιο πως η αυτοκτονία άνθισε σ' όλα τα κλίματα.

Η ίδια η διαμόρφωση αυτής της ζώνης δείχνει ότι το κλίμα δεν είναι η αιτία των πολυάριθμων αυτοκτονιών που πραγματοποιήθηκαν εκεί. Η περιοχή αυτή συμπίπτει με τα δύο μεγάλα κέντρα του Ευρωπαϊκού Πολιτισμού (Γαλλία - Γερμανία) κι όχι με μια κλιματική περιοχή προσδιορισμένη με σαφήνεια. Θα πρέπει, λοιπόν, ν' αναζητηθεί η αιτία της άνισης κλίσης των λαών στην αυτοκτονία, όχι στην μυστηριώδη επίδραση του κλίματος, αλλά στη φύση του πολιτισμού και στον τρόπο κατανομής του μεταξύ των διαφόρων χωρών.

Εξάλλου, οι χώρες έξω απ' την κεντρική ζώνη, που έχουν περιοχές πολύ κοντά σ' αυτήν, είτε προς το Βορά είτε προς το Νότο, είναι εκείνες που δοκιμάζονται περισσότερο από την αυτοκτονία. Έτσι οι αυτοκτονίες είναι φαινόμενο συνηθέστερο στο Βορρά της Ιταλίας και στα Νότια της Αγγλίας και του Βελγίου. Βέβαια ούτε σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει λόγος να αποδοθούν αυτά τα περιστατικά στην εγγύτητα τους προς το εύκρατο κλίμα. Είναι πιθανότερο να δεχθεί κανείς ότι οι ιδέες, τα συναισθήματα, τα κοινωνικά ρεύματα που επηρεάζουν τόσο ισχυρά τους κατοίκους

της Βόρειας Γαλλίας και της Βόρειας Γερμανίας επανεμφανίζονται στις γειτονικές χώρες. Ένα, παράδειγμα που επιβεβαιώνει τη μεγάλη επίδραση των κοινωνικών αιτών στην κατανομή της αυτοκτονίας είναι η Ιταλία. Μέχρι το 1870 οι βόρειες επαρχίες της Ιταλίας έδειξαν τις πιο πολλές αυτοκτονίες, μετά το κέντρο και κατά τρίτον ο Νότος. Βαθμιαία η διαφορά του Βορρά απ' το κέντρο ελαττώθηκε και η αντίστοιχη τάξη τους τελικά αντιστράφηκε. Εν τούτοις το κλίμα των διαφόρων περιοχών παρέμεινε το ίδιο. Η αλλαγή αυτή συνίσταται στην μετακίνηση της πρωτεύουσας στην Ιταλία προς το κέντρο της χώρας σαν αποτέλεσμα της κατάκτησης της Ρώμης το 1870. Η επιστημονική, οικονομική και καλλιτεχνική δραστηριότητα μετακινήθηκε κατά τον ίδιο τρόπο και οι αυτοκτονίες ακολούθησαν.

Όσον αφορά την επίδραση της εποχιακής θερμοκρασίας αν δοκίμαζε κανείς να προβλέψει ποια εποχή θα ήταν ευνοϊκότερη για την αυτοκτονία θα μπορούσε εύκολα να υποθέσει την εποχή που ο ουρανός είναι σκοτεινότερος και η θερμοκρασία πιο χαμηλή και υγρή. Ίσως γιατί η εμφάνιση της φύσης τέτοιες ώρες προκαλεί στους ανθρώπους μια κλίση για ονειροπόληση, ξυπνά θλιμμένα πάθη και επιφέρει μελαγχολία. Επιπλέον, είναι η εποχή που η ζωή είναι δυσκολότερη, γιατί είναι αναγκαία πιο άφθονη τροφή για ν' αντικατασταθεί η έλλειψη φυσικής θερμότητας. Ο Μοντεσκιέ θεώρησε τις ψυχρές, ομιχλώδεις χώρες περισσότερο ευνοϊκές για την ανάπτυξη της αυτοκτονίας και το φθινόπωρο την εποχή που οι αυτοκτονίες βρίσκονται στο απόγειό τους.

Οι σημερινές στατιστικές έχουν απορρίψει αυτή τη θεωρία. Ούτε το χειμώνα, ούτε το καλοκαίρι η αυτοκτονία φτάνει στο ύψιστο σημείο της, αλλά στην «ωραία» εποχή, την Άνοιξη, που η θερμοκρασία είναι πιο ήπια. Αν ο χρόνος μπορεί να διαιρεθεί σε δύο μισά αντιπροσωπεύοντα κατ' αντιστοιχία τους έξι θερμότερους μήνες (απ' τον Μάρτιο ως και τον Αύγουστο) και τους έξι ψυχρότερους, οι πρώτοι θα περιλαμβάνουν πάντα τις περισσότερες αυτοκτονίες. Καμιά χώρα δεν αποτελεί εξαίρεση αυτού του νόμου. Από τις 1.000 ετήσιες αυτοκτονίες οι 600 πραγματοποιούνται την άνοιξη και μόνο 400 κατά τους υπόλοιπους μήνες.

Οι Ferrì και Morselli συμπέραναν ότι η θερμοκρασία έχει μια ευθεία επίδραση στην τάση της αυτοκτονίας, ότι η ζέστη με τη μηχανική της δράση στις εγκεφαλικές λειτουργίες παρασύρει ένα άτομο στην αυτοκτονία. Ο Ferrì προσπαθεί να εξηγήσει τον τρόπο που εξήγαγε το παραπάνω συμπέρασμα.

Η ζέστη, λειο ο Ferrì, αυξάνει την ερεθιστικότητα του νευρικού συστήματος. Αφού στις ζεστές περιόδους ο οργανισμός δεν χρειάζεται να καταναλώσει τόση πολύ

ύλη για να διατηρήσει τη θερμότητά του στον επιθυμητό βαθμό, προκύπτει μια συγκέντρωση διαθέσιμης ενέργειας που φυσικά τείνει να «ζητά» χρησιμοποίηση. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού υπάρχει, δηλαδή, ένα πλεόνασμα δράσης, μια πληθώρα ζωής που ζητά να δαπανηθεί και δεν μπορεί να εκδηλωθεί παρά με τη μορφή βίαιων πράξεων. Η αυτοκτονία είναι μια από τις εκδηλώσει αυτές, η ανθρωποκτονία μια άλλη, και έτσι οι θεληματικοί θάνατοι αυξάνονται κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής ταυτόχρονα με τα αιματηρά εγκλήματα.

Τέλος, όσον αφορά τη σχέση αυτοκτονίας και της αυξομείωσης της διάρκειας της μέρας ο Durkheim υποστηρίζει πως όταν οι ημέρες επιμηκύνονται γρήγορα οι αυτοκτονίες αυξάνονται πολύ (Ιανουάριος-Απρίλιος). Όταν η αύξηση των ημερών ανακόπτεται επιβραδύνεται και η αύξηση των αυτοκτονιών (Απρίλιος-Ιούνιος). Ακόμη και οι διάφοροι μήνες, όταν οι ημέρες τους έχουν την ίδια περίπου διάρκεια έχουν τον ίδιο σχεδόν αριθμό αυτοκτονιών. (Ιούλιος και Μάιος, Αύγουστος και Απρίλιος).

Πίνακας 4

Σύγκριση των μηνιαίων διακυμάνσεων των αυτοκτονιών με το μέσο μήκος των ημερών στην Γαλλία.

| | Μήκος της ημέρας Ωρα λεπτά | | Αύξηση και μείωση αύξηση | Αριθμός αυτοκτ. τον μήνα στις 1.000ετήσιες αυτοκτ. | Αύξηση και μείωση Αύξηση |
|-------------|-------------------------------|----|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Ιανουάριος | 9 | 19 | | 68 | |
| Φεβρουάριος | 10 | 56 | Από Ιανουάριο μέχρι | 80 | Από Ιανουάριο μέχρι |
| Μάρτιος | 12 | 47 | Απρίλιο, 55 στα εκατό | 86 | Απρίλιο 50% |
| Απρίλιος | 14 | 29 | | 102 | |
| Μάιος | 15 | 48 | Από Απρίλιο μέχρι | 105 | Από Απρίλιο μέχρι |
| Ιούνιος | 16 | 3 | Ιούνιο 10% ελάττωση | 107 | Ιούνιο 5% ελάττωση |
| Ιούλιος | 15 | 4 | Από Ιούνιο μέχρι | 100 | Από Ιούνιο μέχρι |

| | | | | | |
|-------------|----|----|-----------------------|----|-----------------------|
| Αύγουστος | 13 | 25 | Αύγουστο 17% | 82 | Αύγουστο 25% |
| Σεπτέμβριος | 11 | 39 | Από Αύγουστο μέχρι | 74 | Από Αύγουστο μέχρι |
| Οκτώβριος | 9 | 51 | Οκτώβριο, 27% | 70 | Οκτώβριο, 27% |
| Νοέμβριος | 8 | 31 | Από Οκτώβριο μέχρι | 66 | Από Οκτώβριο μέχρι |
| Δεκέμβριος | 8 | 11 | Δεκέμβριο 17% | 61 | Δεκέμβριο 13% |

Γ. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες ανάμεσα σ' αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων έξι μηνών, πριν την αυτοκτονία. (Ν. Μάνου, Θεσσαλονίκη, 1988).

Η ύπαρξη σωματικής ασθένειας είναι επιβαρυντικός παράγοντας για αυτοκτονική συμπεριφορά και συγκεκριμένες έχουν δείξει ότι σωματική ασθένεια μπορεί να υπάρχει σε 25-70% των αυτοκτονιών. Νοσήματα τα οποία έχουν συνδεθεί κατ' εξοχήν με αυτοκτονία είναι ο καρκίνος, η επιληψία, οι μυοσκελετικές διαταραχές και νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος και του πεπτικού συστήματος. Η συχνότητα αυτοκτονίας σε άτομα με επιληπτική διαταραχή είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερες απ' ότι σε φυσιολογικούς μάρτυρες. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με καρκίνο είναι μεγαλύτερος την περίοδο αμέσως μετά την διάγνωση, και σ' αυτούς που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με σωματικό νόσημα, τα οποία στη συνέχεια αυτοκτόνησαν, είχαν επισκεφτεί ψυχίατρο ή το γιατρό τους λίγο καιρό πριν την αυτοκτονία τους. Επομένως συμπεραίνεται, ότι ίσως δεν εκτιμήθηκε με επάρκεια ο κίνδυνος αυτοκτονίας. (Γ.Ν Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα 1994).

Η Ross εναποθέτει στον σωστό χειρισμό του αρρώστου από το προσωπικό του νοσοκομείου την θετική τοποθέτηση του ασθενούς απέναντι στην οποιαδήποτε ανίατη νόσο. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Πολλοί επαγγελματίες φοβούνται να πούνε στους αρρώστους πως πάσχουν από σοβαρή ασθένεια, κι αυτό με τη δικαιολογία πως

οι άρρωστοι, αν μάθαιναν την αλήθεια, θα μπορούσαν να οδηγηθούν σε αυτοκτονία. Δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί όμως αυτή η πεποίθηση. Άρρωστοι που θα τους λεχθεί με το σωστό τρόπο πως είναι σε σοβαρή κατάσταση και που την ίδια ώρα θα τους δοθούν ελπίδες, είναι σε θέση να σηκώσουν τα νέα με περισσότερο κουράγιο απ' ότι συνήθως τους αναγνωρίζουμε».

Η Ross διακρίνει σε τέσσερις ομάδες τους ασθενείς οι οποίοι σκέφτονται την αυτοκτονία.

α- Σ' εκείνους που αισθάνονται την ανάγκη να έχουν έλεγχο πάνω σε καθετί και στον καθένα,

β- σ' εκείνους που, τους έχει λεχθεί απότομα πως πάσχουν από κάτι πολύ κακό κι αγιάτρευτο και πως δεν υπάρχουν περιθώρια να γίνει τίποτε άλλο γι' αυτούς, γιατί ήρθαν πολύ αργά για ιατρική βοήθεια,

γ- στους αρρώστους ειδικών προγραμμάτων και / ή που πρόκειται να υποστούν κάποια μεταμόσχευση και στους οποίους δόθηκαν υπερβολικές ελπίδες και μια όχι ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασης τους – αυτοί έχουν την τάση ξαφνικά να απογοητεύονται, να ξεπέφτουν και συχνά να πεθαίνουν απ' ότι αποκαλείται «παθητική αυτοκτονία», και

δ- σ' αυτούς που παραμελούνται κι απομονώνονται, στους αρρώστους, δηλαδή, που εγκαταλείπονται χωρίς την εμπρέπουσα ιατρική περίθαλψη και δίχως τη συναισθηματική και πνευματική βοήθεια που χρειάζονται σχετικά με την κρίση που διέρχονται.

Η τελευταία ομάδα που, σύμφωνα με την Ross, μπορεί από μόνοι τους ν' αφαιρέσουν την ζωή τους είναι αυτοί που συμβατικά δεν ανήκουν σε καμιά θρησκεία, μα που έχουν αποδεχθεί το πεπερασμένο της ζωής κι αποφασίζουν να συντομεύσουν τη διαδικασία του θανάτου τους αντί να συνεχίσουν να τραβιούνται για μερικές ακόμα εβδομάδες ή μήνες σ' ότι θεωρούν σαν άσκοπη δοκιμασία.

Το βιβλίο της Ross είναι μια προσπάθεια ν' απαντήσει σε προβληματισμούς ανθρώπων που σχετίζονται με τη θεραπευτική αγωγή ή και την υγιεινή φροντίδα ετοιμοθάντων αρρώστων. Έχει την μορφή ερωτήσεων – απαντήσεων όπως αυτές διατυπώθηκαν σε εργαστήρια, μαθήματα και σεμινάρια που η Ross πήρε μέρος και είχαν θέματα σχετικά με τη φύση του ετοιμοθάτου ασθενούς. Έτσι, για την ευρύτερη προσέγγιση του θέματος ανίατη αρρώστια και αυτοκτονία, κρίνεται σκόπιμα η παράθεση σχετικών διαλόγων.

- Μήπως μερικοί άρρωστοι είναι απλώς «ατυχείς περιπτώσεις» (αυτοκτονίας) αντιμετώπισης της πραγματικότητας του θανάτου;

- Ασφαλώς, υπάρχουν άνθρωποι που ζούνε σά να υπάρχει πάντα αύριο, που ουδέποτε στη ζωή τους αντιμετώπισαν σοβαρές τραγωδίες ή απώλειες, που δεν σκέφτηκαν ποτέ τους το δικό τους θάνατο. Όταν τους βρει απότομα μια τραγωδία που απειλεί την ύπαρξή τους ή θα περιπέσουν σε σοβαρή και βαρέα κατάθλιψη ή θα προσπαθήσουν να βρουν καταφύγιο σε καμιά ομαδική άρνηση που κάνει εξαιρετικά δύσκολη οποιαδήποτε αγωγή, συζήτηση, προσέγγιση και πρόγνωση. Μερικοί τέτοιοι άρρωστοι πρέπει να έχουν την εντύπωση πως συνεχώς ελέγχουν τα πάντα, μα όταν βρεθούν αντιμέτωποι μιας ανιάτης αρρώστιας νοιώθουν πως χάνουν τον έλεγχο κι ένας τρόπος για να ξανακερδίσουν τον έλεγχο είναι ν' αρχίσουν να σκέπτονται την ιδέα της αυτοκτονίας. Υπάρχουν μερικά «τεχνάσματα» πολύ βοηθητικά για τον τύπο αυτόν του αρρώστου. Η νοσοκόμα ή ο γιατρός για οτιδήποτε έχει να κάνει μαζί του πρέπει να φροντίζει να το συζητά με τον ίδιο από πολύ πριν. Για παράδειγμα, θα μπορούσε ν' αφεθεί να επιλέξει, αν ήθελε να του δοθεί κάτι ή να τον γίνει κάποια παρέμβαση το πρωί ή το απόγευμα. Έτσι κάνει μια επιλογή τουλάχιστο ως προς το χρόνο μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής διαδικασίας. Οι δικοί του, επίσης, θα μπορούσαν από πριν να τον ρωτήσουν αν ήθελε να δεχτεί κάποιον επισκέπτη τώρα ή αργότερα. Έτσι έχει την αίσθηση ότι επιλέγει αν θα χει επισκέπτες ή όχι. Πολλές φορές οι άρρωστοι αναλαμβάνουν γρήγορα από ένα ασήμαντο, μα εύστοχο, χειρισμό του περιβάλλοντος που γίνεται συνειδητά για να δώσει στον άρρωστο την αίσθηση πως εξακολουθεί να υπολογίζεται σαν μια σημαντική προσωπικότητα. Θα πρέπει να αφήνεται να παίρνει όσο είναι τεχνικώς δυνατό περισσότερες αποφάσεις.

- Στις λίγες περιπτώσεις που ένας καρκινοπαθής αυτοκτονεί, τότε είναι που προχωρεί σ' αυτό το διάβημα – μήπως όταν πρωτοπληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο και πριν ακόμη η κατάσταση του αποβεί σοβαρή και επώδυνη;

- Δεν έχουμε ακούσει για πολλές περιπτώσεις καρκινοπαθών που αποπειράθηκαν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους ή που αυτοκτόνησαν στα πρώτα στάδια της αρρώστιας τους. Κάτι τέτοιο συμβαίνει συχνότερα στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας κι όταν ο άρρωστος δεν μπορεί πια να φροντίζει τον εαυτό του, όταν ο πόνος γίνεται αβάσταχτος και τα έξοδα ανεβαίνουν τόσο που αρχίζει να ανησυχεί για την οικογένειά του, τότε σκέφτεται την αυτοκτονία για να συντομέψει την αγωνία και να μειώσει τους λογαριασμούς που θα αφήσει στους δικούς του.

- Ο άρρωστος που προτίθεται ν' αυτοκτονήσει δίνει συνήθως συμβολικές νύξεις για τους σκοπούς του. Μήπως εκείνος απ' το προσωπικό που τον παραστέκει πρέπει να τον προσεγγίζει διαφορετικά απ' ότι έναν άρρωστο που έχει προαίσθηση πως θα πεθάνει ή που είναι ετοιμοθάνατος;
- Νομίζω πως ένας άρρωστος που δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο να πεθάνει μα που έχει πρόθεση ν' αυτοκτονήσει το αφήνει, πράγματι, να νοηθεί με συμβολικό τρόπο. Ζητάει βοήθεια που εσείς πρέπει να είστε έτοιμοι κι ειλικρινείς να την προσφέρετε με κάθε δυνατό τρόπο για να προλάβετε την αυτοκτονία.
- Τι θα λέγατε για την αυτοκτονία σε συσχετισμό με τους ανίατα αρρώστους;
- Στις οχτακόσιες περιπτώσεις ασθενών με ανίατη αρρώστια ήταν ελάχιστες οι απόπειρες αυτοκτονίας. Η ομάδα με τη μεγαλύτερη ποσότητα θνησιμότητας από αυτοκτονίες είναι οι άρρωστοι που πρόκειται να υποστούν σοβαρό ακρωτηριασμό ή που αναμένουν κάποια μεταμόσχευση. Έχουν περιορισμένη λειτουργικότητα κι ας είχαν αρχικά ελπίδες για την αναμενόμενη μεταμόσχευση. Όταν καθυστερεί η μεταμόσχευση ή εμπλέκεται σε δυσκολίες, πολύ συχνά οι άρρωστοι απογοητεύονται κι αναπτύσσουν τάσεις αυτοκτονίας. Και συχνά προσφεύγουν σ' αυτό που λέμε «παθητική αυτοκτονία», σπάνε τους κανόνες, πίνουν πολλά υγρά, αποφεύγουν να παίρνουν τα φάρμακά τους κι έτσι προωθούν μισοπαθητικά το θάνατό τους, χωρίς να προσφεύγουν στις υπερβολικές δόσεις φαρμάκων για να το επιτύχουν.
- Είχατε ασθενείς με ανίατη αρρώστια που θέλανε ν' αυτοκτονήσουν; Πως χειριζόσασταν την κατάσταση;
- Αν ένας τέτοιο άρρωστος λογαριάζει ν' αυτοκτονήσει και μου το λει, τον ρωτάω τι είναι κείνο απ' την τωρινή του κατάσταση που καθιστά ανυπόφορη την συνέχιση της ζωής του. Αν είναι οι πόνοι που τον βασανίζουν, αλλάζουμε την φαρμακολογία για να τον βοηθήσουμε. Αν αισθάνεται εγκατελειμένος από την οικογένειά του, φροντίζουμε να ξαναφέρουμε κοντά του τους δικούς του. Αν αυτό είναι αδύνατο, τον αναπτερώνουμε κάνοντας συχνότερες τις δικές μας επισκέψεις ή βρίσκουμε κάποιο εθελοντή εκπαιδευμένο ειδικά στη φροντίδα ετοιμοθάντων που αγαπά το είδος αυτό της δουλειάς του. Κάνουμε ότι ανθρωπίνως δυνατό για να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ζήσει τη ζωή του, ωσότου πεθάνει από φυσικά αίτια. Αν ένα τμήμα έχει πολλές αυτοκτονίες ανάμεσα στους αρρώστους, το προσωπικό θα πρέπει να προβεί σ' επανεκτίμηση των τρόπων εργασίας του.
- Τι λετε σ' έναν άρρωστο που ζητάει να τον σκοτώσετε από οίκτο και ου απειλεί πως, σ' αντίθετη περίπτωση, θ' αυτοκτονήσει με το μα μην παίρνει τα φάρμακά του;

- Δεν νομίζω πως μπορείτε να εξαναγκάσετε έναν άρρωστο να παίρνει τα φάρμακά του. Αν κάποιος αρνείται ακρωτηριασμό, περαιτέρω θεραπεία ή φάρμακα πιστεύω πως θα πρέπει να δεχτούμε πως έχει το δικαίωμα, αν είναι πνευματικώς στα καλά του, να διαθέσει το κορμί του όπως θέλει. Αν βρίσκεται σε ψυχωτική κατάθλιψη, θα το θεωρούσα χρέος μου να τον βοηθήσω να την ξεπεράσει. Κι αν, συνεχίσει ν' αρνείται θεραπεία και φάρμακα, θ' αποδεχτώ την απόφασή του. Αν ο άρρωστος παρακαλέσει για θανάτωσή του από οίκτο, θα προσπαθούσα να καταλάβω γιατί το ζητάει. Αν του παρασχεθεί ανακούφιση από τους πόνου, καλή φυσική, συναισθηματική και πνευματική βοήθεια, ο άρρωστος θα ζητούσε θανάτωση σ' εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις – αναλογία 1/1.000. Ρόλος μας δεν είναι να σκοτώσουμε μα να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να ζήσουν μέχρι να έρθει η ώρα τους. Αντιτίθεμαι έντονα σε κάθε είδους φόνου από οίκτο και προσωπικά δε θα μετείχα ποτέ μου σε τέτοια επιχείρηση.

- Πιστεύετε πως άρρωστοι που σχεδιάζουν αυτοκτονία περνούν σιωπηλά μέσ' από το στάδιο της αντίδρασης και της κατάθλιψης;

- Πιστεύω πως ασθενείς που λογαριάζουν ν' αυτοκτονήσουν περνούν σιγά και συνειδητά μέσ' από την ίδια προπαρασκευαστική θλίψη. Υπάρχουν φυσικά κι αυτοκτονίες που οι άρρωστοι δεν περνούν τα επιθανάτια στάδια. Πρόκειται για αρρώστους που βρίσκονται υπό την επήρεια φαρμάκων ή οινοπνευματωδών και που δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά ή και για ψυχωτικούς που αυτοκτονούν για λόγους διάφορους από τους λόγους που οδηγούν στην αυτοκτονία μη ψυχωτικά άτομα.

- Μπορεί ποτέ η αυτοκτονία να είναι το φυσικό τέρμα του τελευταίου σταδίου προς το θάνατο, δηλαδή, μετά την πλήρη αποδοχή και με σκοπό ίσως την αποφυγή περαιτέρω δοκιμασίας ή κι ευθύνης, ή μήπως η αυτοκτονία συνιστά πάντοτε αφύσικη συμπεριφορά;

Όχι, δε νομίζω η αυτοκτονία να συνιστά πάντα αφύσικη συμπεριφορά. Έχουμε ακούσει γι' αρρώστους που τακτοποίησαν τις υποθέσεις τους, που έχουν φτάσει σε κάποιο στάδιο ηρεμίας κι αποδοχής και στη συνέχεια τερμάτισαν τη ζωή τους, ίσως για ν' αφήσουν ένα σπίτι και λίγα λεφτά στη σύζυγο και στα παιδιά, ή γιατί δεν βλέπουν κανένα νόημα στην παράταση της διαδικασίας του θανάτου, όταν ήδη αισθάνονται έτοιμοι να πεθάνουν.

- Θα πρέπει η αυτοκτονία να ναι δικαίωμα του καθενός; Αν ναι, τι περιορισμοί ή κατάλληλα μέτρα χρειάζονται για το χρόνο, τον τρόπο και τον τόπο.

- Δεν νομίζω πως μπορούμε να διαφημίσουμε την αυτοκτονία σαν δικαίωμα του καθενός. Υπήρξε εποχή στην ιστορία της Γαλλίας που η αυτοκτονία λογίζονταν ως κανόνας. Και υπήρχαν βέβαια ορισμένοι «σταθμοί υγείας» που προμήθευαν δηλητήριο σ' όσους επιθυμούσαν ν' αυτοκτονήσουν. Προσωπικά δεν πιστεύω στη θανάτωση από οίκτο ή σε δημόσιες διευκολύνσεις για αυτοκτονία. Νομίζω πως ρόλος μας πάντα είναι να μακραινουμε τη ζωή, με νόημα και λειτουργικότητα κι ότι οι άνθρωποι πρέπει να παίρνουν από μας κάθε δυνατή βοήθεια που χρειάζονται για να μπορούν να ζουν μια ζωή με κάποιο περιεχόμενο και να χρησιμοποιούν το χρόνο τους ή την ενεργητικότητά τους για να ζουν κι όχι για να σχεδιάζουν αυτοκτονία. Αν ένας καταδικασμένος άρρωστος που δεν μπορεί πια να βοηθήσει ιατρικώς ενδιαφέρεται να τερματίσει τη ζωή του είτε με το να σταματήσει να παίρνει τα φάρμακά του είτε με τον αν αρνείται να δεχτεί περαιτέρω ιατρική βοήθεια, τούτο νομίζω είναι δικαίωμά του. Έχω πλήρη συναίσθηση πως τούτο εμπεριέχει προσωπική μου κρίση και δικό μου διαχωρισμό ανάμεσα στο δικαίωμα ενός αρρώστου να πεθάνει το δικό του θάνατο, εμποδίζοντας την τεχνητή παράταση της ζωής του από τη μια και, από την άλλη την οικειοθελή αφαίρεση της ζωής του.

- Μήπως οι άρρωστοι που σχεδιάζουν ν' αυτοκτονήσουν περνάνε από τα ίδια προπαρασκευαστικά επθανάτια στάδια, όπως όλοι οι ανίατοι άρρωστοι που πρόκειται να πεθάνουν;

- Νομίζω πως μερικοί απ' αυτούς περνάνε, πράγματι, από τα ίδια στάδια. Ειδικά οι νευρωτικοί, που βρίσκονται σε χρόνια κατάθλιψη και που έχουν καιρό να σχεδιάσουν σιγά και συνειδητά τον τερματισμό της ζωής τους. Τούτο, φυσικά, δεν ισχύει για τους ψυχοπαθείς, που η ώθησή τους στην πράξη της αυτοκτονίας είναι της στιγμής ούτε και για τους αρρώστους που βρίσκονται κάτω από την επήρεια φαρμάκων. (E. Kudler Ross, M.D).

Δ. Η ΜΙΜΗΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ο E. Durkheim στο βιβλίου του «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας» αναφέρεται στην μίμηση ως παράγοντα κινδύνου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Το γεγονός ότι η μίμηση είναι ένα καθαρά ψυχολογικό φαινόμενο φαίνεται ξεκάθαρα από το γεγονός ότι συντρέχει μεταξύ ατόμων που δεν συνδέονται με κανένα κοινωνικό δεσμό. Ένας άνθρωπος μπορεί να μιμείται έναν άλλο χωρίς να έχει κανένα μεταξύ τους δεσμό ούτε με την κοινωνική ομάδα απ' όπου και οι δύο εξαρτώνται εξ'

ίσου, ενώ η μιμητική διάδοση όταν ασκείται δεν έχει καθεαυτή την δύναμη να σχηματίσει δεσμό μεταξύ τους. Ένα βήξιμο, μια κίνηση χορού, μια παρόρμηση για ανθρωποκτονία μπορούν να μεταφερθούν από το ένα πρόσωπο στο άλλο αν και υπάρχει μόνο μια τυχαία και εφήμερη επαφή μαζί τους. Δεν χρειάζονται να έχουν μεταξύ τους πνευματική ή ηθική κοινότητα, ούτε ν' ανταλλάσσουν υπηρεσίες, ούτε ακόμη να μιλούν την ίδια γλώσσα και χωρίς να σχετίζονται περισσότερο από πριν μετά την μεταφορά.

Ένας ορισμός για την μίμηση ως επίδραση στην αναλογία της αυτοκτονίας είναι ο εξής: η μίμηση υπάρχει όταν η άμεση προκαταβολή μιας πράξης είναι η παράσταση μιας παρόμοιας πράξης άλλο χωρίς καμιά σαφή ή άδηλη διανοητική λειτουργία να παρεμβαίνει μεταξύ παράστασης και εκτέλεσης φέρουσα τους εσωτερικούς χαρακτήρες της πράξης που αναπαράγεται.

Μόνο με τον όρο ότι, προσδιορίζεται έτσι η μίμηση μπορεί να θεωρηθεί σαν ένας ψυχολογικός παράγοντας της αυτοκτονίας. Η αμοιβαία μίμηση, είναι ένα εξαιρετικό κοινωνικό φαινόμενο αφού είναι η κοινή επεξεργασία ενός κοινού αισθήματος. Κατά συνέπεια, κατά το μέτρο που μπορεί κανείς να δεχθεί ότι η αυτοκτονία διασπείρεται κατά τον ένα ή τον άλλο αυτό τρόπο, η διασπορά αυτή θα βρεθεί να εξαρτάται από κοινωνικές και όχι από ατομικές συνθήκες.

Η ιδέα της αυτοκτονίας μπορεί να μεταδοθεί αναμφίβολα από μεταδοτικότητα. Ίσως κανένα άλλο φαινόμενο δεν είναι περισσότερο μεταδοτικό. Ούτε ακόμη και η ορμή για ανθρωποκτονία είναι τόσο πρόσφορο να εξαπλώσει. Είναι λιγότερο συχνές οι περιπτώσεις που η ορμή αυτή διαδίδεται αυτόματα και ο ρόλος της μίμησης ιδιαίτερα είναι γενικά λιγότερο εμφανής, αντίθετα από την κοινή γνώμη το ένστικτο της αυτοσυντήρησης θα φαινόταν λιγότερο ισχυρό, ριζωμένο στη συνείδηση από τα θεμελιακά ηθικά συναισθήματα καθώς αντιστέκεται λιγότερο στις ίδιες αιτίες. Δεν ακολουθεί Α ριγορί από το γεγονός ότι η αυτοκτονία μπορεί να μεταδοθεί από πρόσωπο σε πρόσωπο ώστε η μεταδοτικότητα αυτή να παράγει κοινωνικά αποτελέσματα δηλαδή να επηρεάζει την κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας. Αναντίρρητο όπως είναι, μπορεί να έχει μόνο ατομικές, σποραδικές συνέπειες. Εάν η μίμηση είναι μια πρωτότυπη και ιδιαίτερη γόνιμη πηγή κοινωνικών φαινομένων, θα έπρεπε να δείξει την επιρροή της κυρίως στην αυτοκτονία καθώς δεν υπάρχει χώρος που να έχει μεγαλύτερη επιρροή. Έτσι αυτοκτονία προσφέρει ένα μέσο να επαληθευτεί η πραγματικότητα της θαυμάσιας αυτής δύναμης που

αποδίδεται στην μίμηση, από μια προσωπική εμπειρία ενός εφήβου ανοιχτού λόγω της ηλικίας του, σε ερεθίσματα και πρότυπα, σωστά ή λανθασμένα.

Εάν είναι βέβαιο ότι η μετάδοση της αυτοκτονίας γίνεται από άτομο σε άτομο, η μίμηση δεν φαίνεται ποτέ να την διασπείρει κατά τρόπο που να επηρεάζει την κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας. Η μίμηση μπορεί να προκαλέσει λίγο ή πολύ πολυάριθμες ατομικές περιπτώσεις, αλλά δεν συμβάλλει στην άνιση τάση σε διάφορες κοινωνικές για την αυτοκαταστροφή, ή σε εκείνη μικρότερων κοινωνικών ομάδων σε κάθε κοινωνία. Η επίδραση που ακτινοβολεί είναι πάντα πολύ περιορισμένη είναι το πολύ διαλλειπτική. Όταν επιτυγχάνει ένα ορισμένο βαθμό έντασης είναι πάντα για βραχύχρονο.

Αλλά, ένας πολύ γενικός λόγος εξηγεί γιατί τα αποτελέσματα της μίμησης είναι ανεπαίσθητα στους αριθμούς των στατιστικών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μίμηση περιορισμένη στις δυνάμεις της, δεν έχει επίδραση στην αυτοκτονία. Εκτός από τις πολύ σπάνιες περιπτώσεις μιας λίγο ή πολύ απόλυτα σταθερής ιδέας η σκέψη μιας πράξης δεν είναι αρκετή για να παράγει μια παρόμοια πράξη σ' ένα ώριμο, εκτός εάν είναι ένα πρόσωπο που το ίδιο έχει ιδιαίτερη κλίση σ' αυτήν. Ο Mogenel γράφει «παρατήρησα πάντα ότι, παντοδύναμη καθώς είναι η επίδραση της μίμησης, ούτε αυτή ούτε η εντύπωση που αφήνει η εξιστόρηση αποδείχθηκε αρκετά ισχυρή για να προκαλέσει παρόμοιες πράξεις μεταξύ προσώπων με τέλεια υγιές μυαλό.

Με πολύ σπάνιες εξαιρέσεις μπορεί να πει κανείς ότι η μίμηση δεν είναι ένας πρωτογενής παράγοντας της αυτοκτονίας. Αποκαλύπτει μόνο μια κατάσταση που είναι η αληθινή γενεσιουργή αιτία της πράξης και που πιθανόν να είχε παράγει τα φυσικά της αποτελέσματα ακόμη και αν η μίμηση δεν είχε παρέμβει γιατί η προδιάθεση πρέπει να είναι πολύ ισχυρή για να διευκολύνει ένα τόσο μικρό πράγμα να καταστεί πράξη. Δεν είναι εκπληκτικό κατά συνέπεια ότι οι πράξεις αποτυγχάνουν να δείξουν την σφραγίδα της μίμησης αφού δεν έχει επίδραση καθεαυτή, ενώ αυτή που ασκεί είναι περιορισμένη.

Ε. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ε.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Κατάθλιψη στην εφηβεία

Η αστάθεια της διάθεσης είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εφηβείας. Μέσα σ' ένα σύντομο χρονικό διάστημα ο έφηβος, συχνά χωρίς φανερή αιτία, μπορεί να πέσει από τον ενθουσιασμό στην μελαγχολία, από την χαρά και την έξαρση στην θλίψη και την απόσυρση, από την φιλική διάθεση στην εχθρότητα κ.τ.λ. Η παρουσία καταθλιπτικών συναισθημάτων, με βαθιά ριζωμένο το αίσθημα της απελπισίας, είναι κάτι συνηθισμένο στην εφηβεία. Πολύ συχνά η κεντρική καταθλιπτική ιδέα, που κυριαρχεί σ' αυτήν, την ομάδα ηλικίας, συνδέεται μ' ένα αίσθημα ανέκκλητου και ηττοπάθειας – «τίποτα ποτέ δε θ' αλλάξει», είμαι για πάντα καταδικασμένος», «ποτέ δε θα συνέλθω από αυτήν την αποτυχία» κ.τ.λ. Αυτή η συγκεκριμένη πλευρά της εφηβικής κατάθλιψης αντανακλά το γεγονός ότι ο έφηβος σε αντίθεση με το παιδί, μπορεί να προβάλλει τη σκέψη του στο μέλλον και ταυτόχρονα, σε αντίθεση με τον ενήλικα, να μην μπορεί να χρησιμοποιήσει την πείρα και κάποια μετριοπάθεια στη σκέψη του για να μετριάσει την απαισιοδοξία του. Εκτός από αυτές τις μεταβολές στη διάθεση, συναντάμε συχνά στον έφηβο, καταθλιπτικά επεισόδια με κλινικά συμπτώματα ή διάχυτες και σχετικά μακροχρόνιες καταθλιπτικές καταστάσεις που διακόπτονται κατά καιρούς από σύντομες περιόδους φυσιολογικής ή χαρούμενης διάθεσης. (Ι. Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος, Αθήνα 1988).

Τα σπουδαιότερα αίτια της κατάθλιψης του εφήβου είναι τα εξής: α) Υπερβολική ενοχή και ψυχολογική καταπίεση του εαυτού του εξαιτίας της μη πραγματοποίησης των δικών του και γονεϊκών του προσδοκιών ήδη από την παιδική του ηλικία. Η συνέπεια να έχει μειωμένη απόδοση στις προσπάθειές του, β) έλλειψη ή μειωμένη αποδοχή του εαυτού του και ιδιαίτερα συνεχής συμβιβαστική αποδοχή της στάσης των άλλων απέναντι του με αποτέλεσμα την κατάπνιξη και τη μη εκδήλωση των δικών του συναισθημάτων και την εγκατάλειψη των προσπαθειών του για την πραγματοποίηση των σκοπών του. γ) Έλλειψη ζεστασιάς και συναισθηματικής συμπαράστασης προς αυτόν κυρίως από την οικογένειά του, αλλά και από τους άλλους.

Ο έφηβος εκδηλώνει την κατάθλιψη του με μια γενική διαβάθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς του και με μια τροποποίηση της προσωπικότητάς του. Η όλη του αυτή κατάσταση εκδηλώνεται συχνά με ευερεθιστότητα, υπερευαισθησία, ανασφάλεια, φόβο, πανικό, απομόνωση, μελαγχολία, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής του στην εφηβική ομάδα του και στην οικογένειά του, σεξουαλική αγωνία και ακόμη και με διαταραχές της συμπεριφοράς (αλητεία, φυγή από το σπίτι, κατάχρηση ναρκωτικών, τάση για ατυχήματα, αντικοινωνικές δραστηριότητες). Η τάση του για αυτοκτονία ευνοείται και από την δυσκολία του ή την αδυναμία του να μεταδώσει τα συναισθήματά του στα πρόσωπα, που υπολογίζει, και από την απομόνωση του από το περιβάλλον, άσχετα αν αυτή οφείλεται σε δική του ή μη δική του ανικανότητα για επικοινωνία. Εδώ η οικογένεια, το σχολείο και η παρέα του μπορούν να παίξουν αποφασιστικό ρόλο και είναι απαραίτητη η συνεργασία τους και η βοήθειά τους προς αυτόν.

Ένας έφηβος με κατάθλιψη επηρεάζεται εύκολα από τις άσχημες πιέσεις των φίλων του και γι' αυτό εύκολα μπορεί να πέσει θύμα στα ναρκωτικά, στο αλκοόλ, σε ανώμαλες σεξουαλικές εμπειρίες, σε εγκληματικές δραστηριότητες και σε διάφορες άλλες αντικοινωνικές εκδηλώσεις. Έρευνες απέδειξαν ότι το 60% των καταθλιπτικών εφήβων με παρανομίες καταφεύγουν στα ναρκωτικά και στο αλκοόλ και ένα 35% σε επικίνδυνες και παράνομες ασχολίες, για να διώξουν την κατάθλιψή τους. Γι' αυτό θα πρέπει να υπενθυμίζουμε συνεχώς στους εφήβους τους κινδύνους, που ελλοχεύουν, όταν πίνουν και τρώνε οτιδήποτε τους προσφέρει κάποιος, ιδιαίτερα σε πάρτι και δημόσιους χώρους διασκέδασης, αν πρωτύτερα δεν βεβαιωθούν για την ποιότητα του. Δεν αποκλείεται κάποιος να τους έχει βάλει στο ποτό τους ή στην τροφή τους ακόμη και ναρκωτικό. (Αναστασιάδης Βασ. Κ. Αθήνα 1993).

Συχνότητα της κατάθλιψης στην εφηβεία

Η συχνότητα της κατάθλιψης στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας έχει εκτιμηθεί ποικιλοτρόπως. Σε καμιά από τις τέσσερις μελέτες που αναφέρονται από τον Haim (1969), δεν έγινε η διάγνωση κατάθλιψης. Μεταξύ 100 εφήβων που έχουν διαπράξει μια απόπειρα αυτοκτονίας ο Marks (1979) συναντάει 6 περιπτώσεις χρόνιας κατάθλιψης. Ο Otto (1980) στην μελέτη 581 παιδιών και εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας ανακαλύπτει ότι το 38% μεταξύ αυτών, ήταν καταθλιπτικοί. Στην

μελέτη του ο Heiberg (1981) στο 60% ατόμων από 16-24 ετών, οι ιδέες αυτοκαταστροφής συνοδεύονται από μια σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι άλλοι συγγραφείς όπως ο Haim (1969) και ο Moron(1975), υποστηρίζουν τη σταθερότητα της καταθλιπτικής κατάστασης στις τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου. Αυτή τη θέση επιβεβαιώνει, ο Stork (1977) ο οποίος επαναδιαπιστώνει το προφίλ της καταθλιπτικής προσωπικότητας μέσα από την ανάλυση διαφόρων μορφών τάσεων αυτοκτονίας 3.086 ατόμων. Ο Tishler (1981) διαπιστώνει σ' όλους σχεδόν τους 108 εφήβους του, σημάδια κατάθλιψης από το φυτικό νευρικό σύστημα. Ο Ladame (1981) υπερασπίζεται επίσης την καθολικότητα μιας καταθλιπτικής κατάστασης, στον έφηβο που αυτοκτονεί. Είναι άχρηστο να εξακολουθήσουμε τη θεώρηση των μελετών και των απόψεων γιατί δεν κάνουμε τίποτα άλλο από το να επιβεβαιώνεται η διάσταση των αντιλήψεων σχετικά με την παρέμβαση της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου. Είναι φανερό ότι οι συγγραφείς δεν χρησιμοποιούν ενιαία αντίληψη για την κατάθλιψη του εφήβου και ότι οι παραλλαγές της συχνότητας αντανακλούν την ετερογένεια των κριτηρίων και των χρησιμοποιούμενων μέσων διάγνωσης. Μια τέτοια ασυμφωνία είναι πρώτα απ' όλα ενδεικτική της ανεπάρκειας της ποιοτικής προσέγγισης των ψυχικών ασθενειών. Αποκαλύπτει το αυθαίρετο της εκλογής, καθορίζοντας ένα τεχνητό όριο ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό, σε μιας διεργασία την οποία εννοήσαμε ως ποσοτικός αυξανόμενη. (Henry Chabrol, μεταφ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Φαινομενολογία και ψυχοδυναμική της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος όπου κατ' εξοχήν συμβαίνουν αλλαγές. Ο έφηβος πράγματι μερικές φορές αισθάνεται ή είναι ένα πραγματικό ηφαίστειο και η εφηβεία θεωρείται η κατ' εξοχήν ηλικία όπου συμβαίνουν εξελικτικές διαταραχές. Μια από αυτές τις διαταραχές είναι και η κατάθλιψη και μπορούμε να πούμε ότι αυτή η κατάθλιψη μέχρις ένα σημείο είναι φυσιολογική στην εφηβεία. Πολλές φορές βέβαια αυτό δεν διακρίνεται, γιατί συνήθως ο έφηβος στην περίοδο αυτή είναι πιο ανεκτικός από την οικογένειά του και το περιβάλλον του. Συνήθως ακούμε γονείς να λένε για τον έφηβο με κατάθλιψη: «Από την άλλη μεριά ο ίδιος ο έφηβος το βρίσκει δύσκολο να το παραδεχτεί, γιατί αισθάνεται ότι μπορεί οι άλλοι να το θεωρήσουν αδυναμία. Από την στιγμή όμως που ο ίδιος το παραδεχτεί και το εμπιστευτεί στους

άλλους, αυτό και μόνο μπορεί να είναι αρκετό μερικές φορές, αν υπάρχει κατανόηση από το περιβάλλον του, να βοηθήσει σε μια «αυτόματη» θεραπεία της κατάθλιψης.

Ποιες όμως είναι οι πηγές αυτής της φυσιολογικής λεγόμενης κατάθλιψης; Η κυριότερη νομίζω είναι ότι ο έφηβος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις σημαντικές και ψυχολογικές αλλαγές που του συμβαίνουν και αν και αρχίζει σιγά-σιγά να προχωράει σε νέες καταστάσεις, να αποκτάει νέες γνώσεις, να κάνει νέες σχέσεις παρ' όλα αυτά δεν μπορεί παρά να βλέπει με κάποια λύπη και συνάμα να θρηνεί τις χαμένες παλιότερες σχέσεις του και εμπειρίες μαζί με τις χαρές της παιδικής του ηλικίας. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι, κατά την εφηβεία, η χαλάρωση των δεσμών και η αποδέσμευση του εφήβου από τις γονεϊκές μορφές έχει αποτέλεσμα να δημιουργηθούν πολύ επώδυνες συγκρούσεις στον έφηβο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι η ανεξαρτησία του γίνεται μια δυνατότητα που συνοδεύεται όμως από μια αυξημένη ικανότητα να βλέπει την πραγματικότητα τον οδηγεί στο να αρχίσει να αντιλαμβάνεται ότι οι γονείς του δεν είναι αυτά τα θεϊκά όντα που πίστευε ότι ήταν στην βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία. Αυτό μπορεί να προκαλέσει επώδυνες απογοητεύσεις στον έφηβο, η οποία συχνά να τον οδηγήσει σε μια καταθλιπτική αντίδραση. Ο βαθμός της απογοήτευσης και μέχρι ένα σημείο της καταθλιπτικής αντίδρασης εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες. Υψηλότερος, δηλαδή, βαθμός εξιδανίκευσης στο παρελθόν οδηγεί σε μεγαλύτερη και πιο επώδυνη και πικρή απογοήτευση, η οποία οδηγεί σε κατάθλιψη. Είναι ευνόητο βέβαια ότι όλη αυτή η απογοήτευση δεν είναι συνειδητή. Μεγάλο ρόλο παίζει εδώ ο βαθμός στον οποίο οι γονείς είχαν επιτρέψει ή είχαν ενθαρρύνει το παιδί τους να τους εξιδανικεύσει. Μερικές φορές ο έφηβος προσπαθεί να αποφύγει την επώδυνη αυτή σύγκρουση είτε με το να ταυτιστεί τελείως με τους γονείς και να γίνει ο έφηβος ο οποίος είναι παθολογικός κονφορμιστής, ή αντίθετα η σύγκρουση του όσον αφορά στους γονείς μεταξύ της εξιδανικευμένης εικόνας του και του πως είναι στην πραγματικότητα να επιλυθεί με το να απορρίψει τελείως όλες τις αξίες των γονέων του – τέλεια απόρριψη της εξιδανίκευσης – και η συμπεριφορά του να είναι τελείως αντικορφομιστική. Στην πραγματικότητα, δηλαδή, στην εφηβεία υπάρχουν αρκετές από τις αιτίες που κάνουν ένα άτομο να εμφανίζει κατάθλιψη. Δηλαδή, επισυμβαίνουν απώλειες αντικειμένων, οι οποίες και πολλές είναι και ταυτόχρονες. Απώλεια των γονεϊκών εικόνων με όλη την ασφάλεια και προστασία που παρέχουν, απώλεια εικόνων μιας γνωστής μέχρι τώρα πραγματικότητας. Αυτή, δηλαδή, η επώδυνη ψυχική κατάκτησή του εφήβου, η απομάκρυνση από την επιρροή της γονεϊκής εξουσίας και η δε βιώνεται από τον

έφηβο σαν απελευθέρωση αλλά σαν εγκατάλειψη από αυτά τα αντικείμενα στα οποία μέχρι τώρα βασιζόταν για συμβουλές και υποστηρίζει. Αποτέλεσμα είναι ότι υπάρχει μια απροθυμία, να απελευθερωθεί, να αποδεσμευτεί, και αυτό συνοδεύεται από αισθήματα μοναξιάς, αδυναμίας και κενού, και ταυτόχρονα φαίνεται να αγανακτεί με την ιδέα ότι θα εγκαταλείψει το παρελθόν. Ο έφηβος, δηλαδή, βιώνει καταστάσεις που θεωρητικά μπορεί να προκαλέσουν στον ενήλικο μια κατάθλιψη αντιδραστική. Στην πραγματικότητα όμως φαίνεται ότι η διεργασία αυτή είναι όμοια με του θρήνου. Είναι όμως μόνο θρήνος; Γιατί, όπως ξέρουμε στον θρήνο δεν υπάρχει μείωση της αυτοεκτίμησης, ενώ αντίθετα στην κατάθλιψη υπάρχει. Η απάντηση είναι στη φυσιολογική κατάθλιψη της εφηβείας τα δυναμικά είναι όμοια με αυτά του θρήνου. Γίνεται, δηλαδή, σιγά σιγά μια χαλάρωση των δεσμών με τους γονείς και τις εικόνες τους ενώ παράλληλα ο έφηβος αγωνίζεται να δημιουργήσει νέες σχέσεις με νέα αντικείμενα και, επομένως με νέες πηγές για συναισθηματική παροχή. Αντίθετα, δηλαδή, με το καταθλιπτικό άτομο, που είναι προσηλωμένο στην απώλεια του χαμένου αντικειμένου, ο έφηβος είναι γεμάτος δυναμικό και ενεργητικότητα για ζωή. Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ μιας εικόνας κατάθλιψης και της εφηβείας είναι δυναμική. Τίποτα στην εφηβεία δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό αν σταθούμε στην επιφάνεια. Βεβαίως ο έφηβος πρέπει να εγκαταλείψει τα οιδιποδειακά και προοιδιποδειακά αντικείμενα αγάπης το «χαμένο παράδεισο» της παιδικής ηλικίας. Βεβαίως μπορεί να έχει το αίσθημα ότι βρίσκεται σ' ένα κενό, ότι οι εξιδανικευμένες γονεϊκές εικόνες δεν υπάρχουν και ότι έχει να υποφέρει πολλά πλήγματα στο ναρκισσισμό του. Αλλά στον έφηβο, όπως και στο άτομο που έχασε κάποιον, η πραγματικότητα διδάσκει ότι το αντικείμενο δεν υπάρχει πια και το εγώ του πείθεται από τις ναρκισσιστικές ικανοποιήσεις που παίρνει να κόψει τους δεσμούς του με αυτό το αντικείμενο. Παράλληλα όμως αρχίζει να ανακαλύπτει νέα αντικείμενα, νέες εμπειρίες νέες ικανοποιήσεις. Σημαντικά πρόσωπα έξω από την οικογένεια, όπως φίλοι κ.α μπορεί να υποστηρίξουν το εγώ του. Στο στάδιο αυτό λοιπόν η χαλάρωση των δεσμών του εφήβου με την οικογένειά του, η αίσθηση ότι δεν έχει ταυτότητα τον περνά σιγά σιγά σ' ένα άλλο στάδιο, όπου και αρχίζει να κάνει την δική του ταυτότητα και το δικό του εγώ, για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις και για μια τέτοια ανάπτυξη βασική προϋπόθεση είναι η καλή πρωταρχική γονεϊκή φροντίδα και η απαραίτητη απουσία μιας οργανικής βλάβης που επιτρέπει την ανάπτυξη του εγώ. Αυτή η κρίσιμη περίοδος της χαλάρωσης των δεσμών και της αποδέσμευσης και η αβεβαιότητα που συνυπάρχει για να βρεθούν

άλλες πηγές συναισθηματικής παροχής προδιαθέτει τον έφηβο σε ταχείες αλλαγές της διάθεσης με λίγη διαθέσιμη ενέργεια για να ανταποκριθεί. Τα συναισθήματα που βιώνει τότε ο έφηβος είναι τόσο έντονα, ώστε φτάνει να υποφέρει πολύ να εύχεται να μην είχε γεννηθεί, ακόμα και να πεθάνει. Οι έφηβοι που βίωσαν απώλεια ενός γονέα ή εμπειρίες διάλυσης της οικογένειας τους ή άλλες, εμπειρίες στέρησης μπορεί να μην είναι δυνατόν να αφομοιώσουν αυτό το αίσθημα της κατάθλιψης και να περάσουν βαθιά σε μια καταθλιπτική φάση με επιθυμίες θανάτου. Επομένως, είναι χρήσιμο, να μπορούμε να διακρίνουμε τους έφηβους που είχαν καλές προηγούμενες εμπειρίες απ' αυτούς που είχαν συναισθηματική αποστέρηση. Οι τελευταίοι θα έχουν μεγάλες δυσκολίες να κάνουν επαφή, οι σχέσεις τους θα είναι επιφανειακές και μπορεί να καταλήξουν στο να καταπολεμήσουν αυτό το συναίσθημα αναζητώντας μια προσωρινή διέγερση ή ανακούφιση που σκοπό θα έχει να τους ελαφρύνει από τα έντονα συναισθήματα άγχους, πανικού και λύσσας που τους κατακλύζουν. Λήψη ναρκωτικών, αχαλίνωτη σεξουαλική εκδραμάτιση ή ακόμα και αυτοτραυματισμούς ή απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να είναι η κατάληξη. Οι έφηβοι, δηλαδή, που δεν είχαν ικανοποιητικές εμπειρίες στη ζωή τους, όπως μπορεί να τους δώσει μια ικανοποιητικά οργανωμένη οικογενειακή ζωή, φτάνουν να μην μπορούν να δημιουργήσουν καλά εσωτερικά αντικείμενα. Αυτοί οι έφηβοι κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν κατάθλιψη ή άλλες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο όταν ο έφηβος ζει σε μια κοινωνία της οποίας οι θεσμοί είναι ανεπαρκείς ή προβληματικοί με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατό να βρει βοήθεια και ανταπόκριση στις ανάγκες του.

Όπως ειπώθηκε η κατάθλιψη στην εφηβεία συνήθως δεν παίρνει την μορφή της τυπικής εικόνας της κατάθλιψης όπως τη βλέπουμε στους ενήλικες με τα κλασικά συμπτώματα. Αντίθετα, μπορεί να έχουμε καταθλιπτικά ισοδύναμα που εκδηλώνονται με διαταραχές στην συμπεριφορά. Σε άλλες περιπτώσεις, η κατάθλιψη και η ενοχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα συγκρούσεων γύρω από τον αυνανισμό. Αρκετά συχνά σ' αυτές τις περιπτώσεις η σύγκρουση γύρω από τον αυνανισμό συσχετίζεται με οιδιποδειακές συγκρούσεις και οφείλεται στο ότι δεν έχουν περατωθεί στον έφηβο οι διεργασίες του περάσματος σε μη οιδιποδειακά αντικείμενα. Είναι ευνόητο ότι στις περιπτώσεις αυτές η οργάνωση του εγώ είναι ανεπαρκείς και επομένως, οι μηχανισμοί άμυνας σαθροί. (Τσιάντης Ι, Αθήνα 1993).

Εφηβική κατάθλιψη και αυτοκτονία

Καθώς οι νέες ευθύνες της ενηλικίωσης που πλησιάζει και οι δυσκολίες της σεξουαλικής προσαρμογής γίνονται ολοφάνερες, τα αισθήματα της δυστυχίας και της εσωτερικής αναστάτωσης εξελίσσονται για μερικούς έφηβους σε πιο σοβαρές καταθλιπτικές διαθέσεις – μια αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας απέναντι σε γεγονότα, που είναι έξω, πάνω ή πέρα από τον έλεγχο τους. Μερικοί έφηβοι μάλιστα επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

Σύμφωνα με τον Βασ. Αναστασιάδη (Αθήνα, 1993) ο S. Freud υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη και η αυτοκτονία οφείλονται σε επιθετικότητα, που στρέφεται εναντίον του ίδιου του ατόμου. Πηγάζουν όμως από ένα σύνολο εσφαλμένων σκέψεων και παράλογων πεποιθήσεων, που τον δημιουργούν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, τον κόσμο και για το μέλλον. Πιστεύει ότι οι δυσκολίες θα συνεχιστούν και περιμένει την αποτυχία των προσπαθειών του. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η άμεση θεραπεία της κατάθλιψης ή διόρθωση των εσφαλμένων σκέψεων ή παροχέτευση της επιθετικότητας αλλού.

Η ηπιότερη μορφή της κατάθλιψης μπορεί να φανεί ως μια έλλειψη ψυχικής ενέργειας και ευεξίας. Στις πιο σοβαρές εκδηλώσεις της, οι έφηβοι τείνουν να είναι ευέξαπτοι και κακοδιάθετοι όταν αυτή βρίσκεται στην χειρότερη μορφή της, κοιμούνται λίγο, χάνουν την όρεξή τους και είναι συνέχεια κατηφείς, απαθείς και χωρίς ζωντάνια. Οι έφηβοι που (για οποιονδήποτε λόγο) έχουν κατάθλιψη, νιώθουν αβοήθητοι, θλιμμένοι και άχρηστοι, μερικές δε φορές το βρίσκουν αδύνατο να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής.

Η απάθεια των εφήβων με αδύνατη υγεία εκλαμβάνεται, συχνά λανθασμένα, ως τεμπελιά. Αν ένα παιδί πρέπει να έχει επιτυχίες στο σχολείο, ή καλή υγεία δημιουργεί τη βάση για την απαιτούμενη αντοχή ώστε να μπορέσει να συγκεντρωθεί με τις ώρες στην τάξη. Η κανονική παρακολούθηση στο σχολείο εξαρτάται απ' αυτό και η πρόοδος στα μαθήματα, με τη σειρά της, εξαρτάται λογικά από τη συνεπή παρουσία στα μαθήματα.

Φαίνεται παράδοξο το ότι οι υψηλοί στόχοι τους οποίους οι προ-έφηβοι και οι έφηβοι θέτουν στους εαυτούς τους, ταυτόχρονα τους δημιουργούν και προβλήματα. Όλα δείχνουν ότι οι νέοι άνθρωποι, που κάνουν πολύ αυστηρή αυτοκριτική, που νιώθουν μεγάλη διαφορά ανάμεσα στη ιδεώδη και στην πραγματική εικόνα του εαυτού τους, τείνουν να είναι αγχώδεις, ανασφαλείς, καταθλιπτικοί και σε κάποιο

βαθμό κυνικοί. Μερικές φορές καταλήγουν σε συναισθήματα απελπισίας. Η κατάθλιψη είναι ένα συχνό συνοδευτικό φαινόμενο τάσεως αυτοκτονίας, η οποία συνδέεται συνήθως με συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και αντίστοιχη σωματική και κοινωνική πίεση. Ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνει έντονα κατά τη διάρκεια της εφηβείας, έτσι ώστε να γίνεται η πιο συχνή ανάμεσα στους έξι πιο συνηθισμένες αιτίες θανάτου στους εφήβους.

Οι έφηβοι έχουν μερικές φορές φαντασιώσεις σχετικά με το θάνατό τους, διότι θέλουν να δώσουν ένα τέλος σε όλα αυτά που τους βαραίνουν. Ταυτόχρονα όμως, θέλουν να επιζήσουν και να είναι παρόντες στην δική τους κηδεία ώστε να μπορούν να απολαύσουν τη στεναχώρια και την ενοχή των γονέων και φίλων που τα έχουν χαμένα. Αυτές οι φαντασιώσεις δείχνουν ότι μερικοί έφηβοι δεν μπορούν να εκτιμήσουν σωστά την «οριστικότητα» του θανάτου, ή τουλάχιστον όχι κατά τη διάρκεια μιας καταθλιπτικής ή υστερικής κατάστασης και επίσης όχι στο χρόνο που σχεδιάζεται η θεατρική κίνηση μιας απόπειρας αυτοκτονίας (και συχνά είναι κάτι περισσότερο από μια «κίνηση»). Αν και είναι μια κοινότυπη άποψη, είναι φανερό ότι η αυτοκτονία είναι συχνά μια κραυγή για βοήθεια, ακόμη και για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. (Martin Heibert Αθήνα, 1994, β' έκδοση)

Πρωτογενής και Δευτερογενής κατάθλιψη

Σύμφωνα με τους Τσιάντη, και Μανωλόπουλο (Αθήνα 1988) οι Carlson και Strober που μελέτησαν πολλές περιπτώσεις εφήβων από 12 έως 18 χρονών κατέληξαν σε δύο χαρακτηριστικούς τύπους εφηβικής κατάθλιψης:

1. Η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων

Εδώ το σύνδρομο παρουσιάζεται ξαφνικά και συχνά χωρίς να υπάρχει καμιά προηγούμενη ψυχιατρική παθολογία. Μολονότι η δυσφορική διάθεση μπορεί να μην είναι το κύριο χαρακτηριστικό, συνήθως συνυπάρχει με τα περισσότερα συμπτώματα που αναφέρονται στο DSM III, δηλαδή διαταραχές ύπνου, όρεξης και συγκέντρωσης στο σχολείο από την κοινωνική ζωή, περιορισμός των αθλητικών και άλλων δραστηριοτήτων κ.τ.λ. Παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν την κατάσταση είτε απουσιάζουν εντελώς είτε είναι δυσανάλογοι με το βάθος της κατάθλιψης. Η

πρωτογενής κατάθλιψη είναι, συνήθως, η πρώτη εκδήλωση μιας μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας ή μιας κατάθλιψης μονοπολικού τύπου. (Monopolar Type)

2. Η δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων

Αυτή είναι μια πιο χρόνια και πιο συγκεχυμένη μορφή δυσφορίας. Συνηθισμένα συμπτώματα είναι η κοινωνική απόσυρση και η απάθεια, η παρουσία διαταραχής του νευροφυτικού συστήματος δεν είναι πάντα σίγουρη. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης μπορεί να παρουσιαστεί σαν συνέπεια κάποιας απώλειας ή τραυματικής κατάστασης ή ύστερα από σοβαρή αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή του εφήβου. Τις περισσότερες φορές, πάντως, ο τύπος αυτός συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η ψυχογενής ανορεξία, κατάχρηση οινόπνευματος ή ναρκωτικών, ψυχοπαθητική συμπεριφορά, φοβικά ή ιδεοληπτικά ψυχαναγκαστικά σύνδρομα και σοβαρή ανικανότητα στη μάθηση, συνοδευόμενη από χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Συμπτώματα κατάθλιψης

Συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης είναι η μειωμένη διάρκεια προσοχής και η ονειροπόληση. Στην α' περίπτωση ο έφηβος δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του για πολλή ώρα σ' ένα αντικείμενο, ιδιαίτερα στα σχολικά του μαθήματα, με αποτέλεσμα να απογοητεύεται, να μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και να θεωρεί τον εαυτό του βλάκα ή κουτό. Στη β' περίπτωση κυριεύεται εύκολα από ονειροπολήσεις κατά την διάρκεια της σχολικής του εργασίας, που μπορούν να τον οδηγήσουν στην πλήξη και στην αδιαφορία όχι μόνο για το σχολείο, αλλά ακόμη και για πράγματα, που άλλοτε τον συγκινούσαν, όπως είναι ο αθλητισμός, χόμπι, ραντεβού, οργανώσεις θρησκευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Άλλο ιδιαίτερο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η απομόνωση. Κόβει δηλαδή ο έφηβος κάθε δεσμό με τις παρέες του και απομονώνεται εντελώς από αυτές. Από την άλλη όμως φτάνει στο σημείο να κάνει παρέα ακόμη και με τους πιο κακούς, που μπορεί να δημιουργούν φασαρίες ή να παίρνουν και ναρκωτικά. Η κατάθλιψη δημιουργεί ακόμη εκτός από τον ψυχικό πόνο και σωματικό, ιδίως στο κεφάλι ή στο κάτω μέρος του στήθους. Ο πόνος μπορεί να είναι βασανιστικός και κάποτε αβάσταχτος, που οδηγεί τον έφηβο στην απελπισία και τον κάνει δυστυχισμένο και τραγικό πρόσωπο.

Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί και με σκασιαρχείο από το σχολείο, με κλέψιμο, ψέματα, λήψη ναρκωτικών και στους μεγαλύτερους έφηβους ως ανία και απογοήτευση με καθετί, που έχει σχέση με τη ζωή, και με αίσθηση ότι δεν υπάρχει τίποτε σ' αυτήν που να αξίζει. Από ψυχοδυναμική άποψη η κατάθλιψη στον έφηβο ως αρνητική συμπεριφορά ερμηνεύεται όπως ακριβώς και στους ώριμους. Δηλαδή, επειδή δεν μπορούν να εκτονώσουν την επιθετικότητά τους στο εξωτερικό περιβάλλον, αναγκάζονται να τη στρέψουν στον ίδιο τους τον εαυτό. Η κατάθλιψη χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, γιατί μπορεί να πάρει τη μορφή της φυσιολογικής κατάθλιψης ή και της ψυχωσικής. Αυτή η β' μορφή της αν δεν προσεχτεί από το οικογενειακό περιβάλλον, είναι δυνατόν να τον παρασύρει σε ναρκομανία και σε καταστρεπτικές ενέργειες, προς την εξωτερική πραγματικότητα ή και προς τον ίδιο τον εαυτό του με απόπειρες αυτοκτονίας ή ακόμη και με αυτοκτονία.

Ως προς την λήξη, που κυριεύει τον έφηβο, διευκρινίζουμε ότι η σύντομη, που διαρκεί μερικές ώρες ως και δύο μέρες, είναι κάτι το φυσιολογικό. Όταν όμως παραταθεί περισσότερο, μένοντας επί ώρες ξαπλωμένος στο κρεβάτι, όπου ονειροπολεί και ακούει μουσική, τότε θα πρέπει οι γονείς του να ανησυχήσουν γι' αυτήν και να σπεύσουν για βοήθεια. Άμεσο αποτέλεσμα της όλης αυτής κατάστασης του είναι να παίρνει βαθμιαία άσχημους βαθμούς στο σχολείο και να εκδηλώνει αρνητική και αντικοινωνική συμπεριφορά (φιλονικία, ψέμα, κλοπή, διάρρηξη, γρήγορη οδήγηση), ακόμη και αυτοκτονία με χάπια τα κορίτσια και με πιστόλι τα αγόρια. Τα κορίτσια επί πλέον εξωτερικεύουν την κατάθλιψη τους και με σεξουαλική ασυδοσία. (Αναστασιάδης Βασ. Κ. Αθήνα 1993)

Σύμφωνα με τον Martin Herbert (1994) μια λύση συμπτωμάτων που βοηθάει στην ανακάλυψη σημαδιών κατάθλιψης στους εφήβους είναι η εξής:

- 1) Μια συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από έλλειψη χαράς και συναισθηματική φτώχεια (περισσότερο επίμονη και έντονη) από τις «μαύρες» που όλοι έχουμε κατά καιρούς.
- 2) Μια ευδιάκριτη αλλαγή στις συνήθειες φαγητού ή και ύπνου.
- 3) Ένα αίσθημα αδυναμίας, απελπισίας και απέχθειας για τον εαυτό του.
- 4) Μια ανικανότητα συγκέντρωσης και επιτυχημένης δημιουργίας.
- 5) Τα πάντα (ακόμα και η ομιλία ή το ντύσιμο) φαίνεται ότι τον κουράζουν.
- 6) Εκνευριστική ή επιθετική συμπεριφορά.
- 7) Μια ξαφνική αλλαγή επίδοσης στα διαγωνίσματα του σχολείου.

- 8) Μια συνεχής αναζήτηση για διασκεδάσεις και νέες δραστηριότητες.
- 9) Επικίνδυνες – παρακινδυνευμένες συμπεριφορές (π.χ με ναρκωτικά / αλκοόλ, επικίνδυνη οδήγηση, παραπτωματικές πράξεις)
- 10) Ήδη υπάρχουσες φιλίες απορρίπτονται ή αγνοούνται.

Η κατάθλιψη μπορεί να καλύπτεται στην εφηβεία και έτσι να μην την πάρουμε είδηση εύκολα. Ένα άλλο πρόβλημα, για τον γονέα που «επαγρυπνεί» είναι το ότι κάθε σύμπτωμα από τον παραπάνω κατάλογο μπορεί να εμφανιστεί φυσιολογικά στην εφηβεία, χωρίς με κανένα τρόπο να υποδηλώνει μια καταθλιπτική διαταραχή. Λοιπόν, τι πρέπει να κάνουμε; Οι παρακάτω ερωτήσεις βοηθούν να κρίνει κανείς πότε πρέπει να αναζητείται βοήθεια ειδικού, αν οι απαντήσεις τείνουν να είναι καταφατικές:

- 1) Εμφανίζονται τα περισσότερα από τα συμπτώματα του παραπάνω καταλόγου συμπτωμάτων στον έφηβο;
- 2) Εμφανίζονται συχνά;
- 3) Παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα;
- 4) Υποφέρει από αυτά πάρα πολύ;
- 5) Δυσχεραίνεται η εξέλιξη προς την ωριμότητα;
- 6) Εμποδίζουν τις σχέσεις του με α) τους συνομήλικους β) τους ενήλικους; και
- 7) Έχουν αρνητικές επιπτώσεις και στους άλλους;

Ο Henry Chabrol (1987) αναφέρει ότι υπάρχουν δύο αντιλήψεις σχετικές με την κατάθλιψη του εφήβου. Αυτές βρίσκονται σε αντιπαράθεση: η μια, ιστορικά η πρώτη, θεωρεί ότι το μεγαλύτερο μέρος των καταθλιπτικών εφήβων, αντίθετα από ότι οι ενήλικες, δεν εκδηλώνουν άμεσα αυτή τη διαταραχή και παρουσιάζουν μια άτυπη συμπτωματολογία στην εξέταση. Η άλλη υπερασπίζεται την ταυτότητα, της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης στον έφηβο και στον ενήλικα. Μια τρίτη θέση, πιο πρόσφατη, επιχειρεί την συμφιλίωση των δύο προηγούμενων.

Η πρώτη προοπτική οδήγησε στην αντίληψη της «καλυμμένης κατάθλιψης» και των «καταθλιπτικών ισοδυνάμων». Διάφορες διαταραχές, συμπεριλαμβάνονται σ' αυτές τις κατηγορίες και όταν έχουμε τέτοια συμπτώματα, μεταβάλλονται τα απαραίτητα στοιχεία για να συμπεράνουμε την ύπαρξη μιας υποκείμενης κατάθλιψης πάντως η πιο διαδεδομένη αντίληψη της καλυμμένης κατάθλιψης την παρουσιάζει ως

«μια καταθλιπτική διαταραχή χωρίς καταθλιπτική τροποποίηση του θυμικού». Το κύρος της έννοιας της καλυμμένης κατάθλιψης, ενισχύθηκε με έμμεσα επιχειρήματα : η σχέση μεταξύ αντικοινωνικής συμπεριφοράς και πένθους, από τη μια, και αυτοκτονίας από την άλλη, υπέβαλε την άποψη ότι η κατάθλιψη μπορούσε να εκφραστεί αποτελεσματικά και για άλλα συμπτώματα εκτός από μια απλή τροποποίηση του θυμικού.

Η αντίληψη της «καλυμμένης κατάθλιψης» αντιμετώπισε κριτικές που ήταν γι' αυτήν αποφασιστικής σημασίας: αρχικά έγινε η παρατήρηση ότι τα συμπτώματα τα οποία περιελάμβανε η καλυμμένη κατάθλιψη αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο αριθμό των λόγων για τους οποίους παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ή εσωτερικοί ασθενείς τα παιδιά και οι έφηβοι και ότι η κατάθλιψη, που ήταν τόσο συχνή, έτεινε μαζί με τα ισοδύναμα της να θεωρηθεί ως εμπεριέχουσα ολόκληρη την ψυχική σκληρότητα. Στη συνέχεια διαπίστωσαν ότι ποτέ μια τέτοια αντίληψη δεν είχε δεχτεί επιβεβαίωση από ένα τυπικό θεραπευτικό πλαίσιο. Αν σ' αυτά προσθέσουμε την απουσία κατάλληλων διαγνωστικών κριτηρίων, αντιλαμβανόμαστε γιατί από το 1977 η χρήση του όρου «καλυμμένη κατάθλιψη ως γεγονός και όχι ως υπόθεση, είναι απατηλή και ακατάλληλη.

Η δεύτερη θέση συνιστάται, στο ν' αναγνωρίσει κανείς, στην κατάθλιψη μια σημειολογία ταυτόσημη μ' αυτήν του ενήλικα. Ωστόσο είναι σπάνιες οι συστηματικές κλινικές μελέτες της κατάθλιψης του εφήβου.

Η αντίληψη η οποία φαίνεται ότι υπερισχύει σήμερα είναι μια σύνθεση των δύο προηγούμενων. Σ' αυτό το ρεύμα Ομοσπονδίας Ψυχιατρικής όπως εκτίθεται στο DSM III. Στην περιγραφή των βωρείων καταθλίψεων, «το ουσιαστικό χαρακτηριστικό είναι μια δυσφορική διάθεση, συνήθως με τη μορφή κατάθλιψης είτε η απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ή συνηθισμένες διασκεδάσεις». Το καταθλιπτικό νόσημα, αποδέχεται, δεν αποτελεί πλέον υποχρεωτικό κριτήριο. Η διάγνωση μιας σημαντικής κατάθλιψης μπορεί να γίνει και απουσία του, το DSM III αποδέχεται την ύπαρξη κατάθλιψης χωρίς κατάλληλη διάθεση. Επί πλέον το DSM III διατυπώνει ότι «Τα ουσιαστικά χαρακτηριστικά μιας βαριάς κατάθλιψης είναι παρόμοια στον έφηβο και τον ενήλικα, αλλά επίσης παραδέχεται ότι «υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συσχετιζόμενων χαρακτηριστικών»: «στον έφηβο θα εμφανιστούν τάσεις αντίθεσης ή αντικοινωνικότητας.

Με λίγα λόγια αν και η κατάθλιψη της εφηβικής ηλικίας μπορεί να πάρει την μορφή της κατάθλιψης του ενήλικα, δεν πρέπει να αγνοήσουμε την ύπαρξη ορισμένων ιδιαιτεροτήτων: ο διαλείπων χαρακτήρας των καταθλιπτικών συμπεριφορών των οποίων η ενεργοποίηση εξαρτάται από το περιβάλλον οι καταθλιπτικές συγκινήσεις κυριαρχούνται από συναισθήματα κενού, πλήξης και απομόνωσης, ο έφηβος έχει την εντύπωση ότι είναι παραπεταμένος και ότι οι άλλοι δεν τον καταλαβαίνουν, δεν αντέχει την μοναξιά αισθάνεται έχθρα, είναι συχνές οι συμπεριφορές αποφυγής της κατάθλιψης (άρνηση, διαδραμάτιση στην πράξη, παρανομία, αλκοόλ, ναρκωτικά, παρορμητική αναζήτηση κοινωνικής επαφής, η οποία ορισμένες φορές φτάνει μέχρι την άκοσμη σεξουαλική παρόρμηση των ανθρώπων.

Ε 2. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αποπειρών, αυτοκτονίας αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα υπολογισθεί ότι αυξάνει 64 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό. (Ν.Μάνου, Θεσσαλονίκη, 1988)

Σύμφωνα με τους Β. Π. Κονταξάκη και (Ν. Χριστοδούλου Αθήνα, 1994) η σχέση των αυτοκτονιών με τις απόπειρες αυτοκτονίας δεν φαίνεται να είναι μόνον «εξ ορισμού». Ο Kreitman συγκρίνοντας (σε κοινωνικές και ψυχοπαθολογικές παραμέτρους) αποπειραθέντες αυτοκτονία και άτομα που αυτοκτόνησαν εντοπίζει πολλές διαφορές σε σχέση με το φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνική τάξη, εποχιακή διακύμανση, σωματική νοσηρότητα, ψυχιατρική νοσηρότητα) αλλά και κάποιες ομοιότητες (αστική διαμονή, ανεργία, διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία). Είναι γνωστό πως ένα σημαντικό μέρος των ατόμων που αυτοκτονούν (20-30%) έχει πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο παρελθόν ενώ ένα ποσοστό 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιεί επιτυχή αυτοκτονία ένα χρόνο μετά την απόπειρα. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται και 1% περίπου για κάθε ένα από τα επόμενα χρόνια φθάνοντας σε ποσοστό 10-15% δέκα χρόνια αργότερα. Είναι φανερό πως υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στις δύο αυτές υποκατηγορίες της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Ε3. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών (εγκληματικότητα, βίαιες αντικοινωνικές συμπεριφορές, σωματική νοσηρότητα των χρηστών κ.τ.λ.) απασχολούν όλο και περισσότερο τον επιστημονικά αλλά και τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο με δεδομένη την αλματώδη αύξηση των χρηστών στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Ανάλογες αυξητικές τάσεις παρατηρούνται και σε σχέση με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που αφορούν ιδιαίτερα τους νέους (15-20). Μεταξύ των ομάδων υψηλού κινδύνου αυτοκαταστροφής περιλαμβάνονται και άτομα με κατάχρηση ουσιών.

Άτομα με κατάχρηση ουσιών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Οι αποπειραθέντες με κατάχρηση ουσιών είναι συνήθως νέοι, άγαμοι, άνεργοι με μικρότερης διάρκειας εξάρτηση και συχνότερα με «υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων». Οι τρόποι απόπειρας αυτοκτονίας είναι οι εξής (σύμφωνα με έρευνα ψυχιατρικών περιπτώσεων στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για διάστημα 3 ετών):

- υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων 74%
- «Χαράκωμα» 5%
- Πτώση από ύψος 5%
- Άλλοι τρόποι 16%
- (Πνιγμός και απαγχονισμός 0%

Οι κλινικές παράμετροι σύμφωνα με την έρευνα είναι οι εξής:

Διάρκεια διαταραχής:

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Μέχρι 1 χρόνο | 22% |
| 1-3 χρόνια | 52% |
| Προηγούμενη ψυχιατρική νοσηλεία | 43% |
| Πρόσφατη ψυχιατρική παρακολούθηση | 4% |
| Προηγούμενη απόπειρα | 35% |
| Συνύπαρξη σωματικής νόσου | 4% |
| Χειρισμός: | |
| Σύσταση για ψυχιατρική νοσηλεία | 87% |

Η «κατάχρηση ουσιών» συσχετίζεται πολύ τόσο με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όσο και με την κατάθλιψη. Αφορά κυρίως νέους και συνήθως εφήβους (άρα κατά κανόνα άγαμους) με εργασιακά προβλήματα που απορρέουν από την ψυχοκοινωνική έκπτωση των χρηστών σαν αποτέλεσμα της κατάχρησης και της εξάρτησης. Το γεγονός ότι συχνότερα άτομα με «κατάχρηση ουσιών» αποπειρώνται με «χάπια» θα μπορούσε ίσως να ερμηνευθεί από το γεγονός πως τα ίδια αυτά – ενδεχομένως – «χάπια» αποτελούν μέρος της εξάρτησης του ατόμου και επομένως είναι ευκόλως διαθέσιμα γι' αυτούς. Είναι γνωστό ότι η διαθεσιμότητα των «μέσων» επηρεάζει αποφασιστικά τον τρόπο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. (Γ. Χριστοδούλου – Β. Π Κονταξάκης, Αθήνα)

Ο Δ. Μαδιανός (Αθήνα, 1989) δίνει το 1994 στοιχεία μιας έρευνας για ιδεασμούς αυτοκαταστροφής και απόπειρες αυτοκτονίας σε χρήστες ουσιών.

Συγκεκριμένα οι χρήστες παράνομων ουσιών εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδεών αυτοκαταστροφής στην ομάδα των εφήβων 12-17 ετών: Ποσοστό 45,9%. Τα ποσοστά αυτά μειώνονται σταδιακά όσο ανεβαίνουν οι ηλικίες. Οι χρήστες παρανόμων ουσιών, εκτός από τα ποσοστά ιδεασμού αυτοκαταστροφής και αποπειρών αυτοκτονίας στην διάρκεια της ζωής, που είναι μεγαλύτερα στην ομάδα των εφήβων, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες ηλικιών, εμφανίζουν και μεγαλύτερα ποσοστά πρόσφατης απόπειρας αυτοκτονίας (τους τελευταίους 12 μήνες) στην ίδια ηλικιακή ομάδα. Πιο αναλυτικά, από τους εφήβους που ανέφεραν έστω και μια απόπειρα αυτοκτονίας, το 57,1% των χρηστών είχαν κάνει απόπειρα τους τελευταίους 12 μήνες. Στην ομάδα των εφήβων 12-17 ετών ο μέσος αριθμός αποπειρών αυτοκτονίας στους χρήστες είναι μεγαλύτερος απ' ότι στους χρήστες των άλλων ηλικιακών ομάδων.

Σκόπιμο είναι να παρατεθούν συνοπτικά οι ουσίες για τις οποίες έγινε λόγος παραπάνω. Πρόκειται για τα υπνωτικά από τα οποία τα πιο επικίνδυνα είναι τα βαρβιτουρικά. Προκαλούν σωματική εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο είναι πολύ σοβαρό και συνήθως περιλαμβάνει σπασμούς. Τα παραισθησιογόνα όπως το χασις και η μαριχουάνα όπου προκαλούν ψυχολογικό εθισμό, τα ψευδαισθησιογόνα όπως το LSD που σε άτομα με εύθραυστο εγώ παίρνει το χαρακτήρα ενός αγχώδους ψυχωτικού επεισοδίου, τα οπιούχα, όπως η ηρωίνη και η μορφίνη που προκαλούν και σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Τα διεγερτικά, όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες όπου προκαλούν ψυχολογικό εθισμό αλλά συχνά οδηγούν σε ψυχωτικές αντιδράσεις και παρανοϊκές ψυχώσεις. Τέλος το αλκοόλ είναι σπανιότατο φαινόμενο

η εξάρτηση και ο εθισμός σε εφήβους επομένως δεν υπολογίζεται ως ουσία που επιδρά ως παράγοντας κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας γι' αυτούς αυτό δεν σημαίνει ότι δεν ισχύει για μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Η κατάχρηση αλκοόλ όμως ευθύνεται ως το «μέσο» για τις απόπειρες αυτοκτονίας αφού «βοηθούν» τον έφηβο να προβεί σε αυτή την εκδήλωση της πράξης. Πολλοί ερευνητές ανέφεραν την κατάχρηση του αλκοόλ ως παράγοντα βοηθητικού για την εκδήλωση μια απόπειρας και όχι ως αιτία αυτοκτονίας όπως συμβαίνει σε ενήλικες αλκοολικούς όπου είναι συχνότατο φαινόμενο τόσο κατά την κατάχρηση όσο και καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Π.Χαρτοκόλλης, Αθήνα, 1989).

Ε.4. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη, η μανιοκαταθλιπτική νόσος (διπολική διαταραχή της διάθεσης) η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Ο σχιζοφρενής μπορεί ν' αυτοκτονήσει είτε κάτω από την επίρεια ακουστικών ή παραληρητικών ιδεών είτε όμως και λόγω της κατάθλιψης που πολλές φορές συνοδεύει τη σχιζοφρένεια. Συνήθως αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας γίνονται από σχιζοφρενικούς ασθενείς είτε σαν αποτέλεσμα της χαοτικής τρομακτικής εμπειρίας της ψύχωσης κυρίως στην έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου που στα περισσότερα άτομα γίνεται ή αναπτύσσεται στην όψιμη εφηβεία κυρίως στα αγόρια. Επίσης η δυσθυμία συνήθως αρχίζει στην εφηβεία και το πρώτο μανιακό επεισόδιο στην διπολική διαταραχή στα 19-20 χρόνια. (Ν. Μάνου, Θεσσαλονίκη).

Σύμφωνα με την Μπεράτη Σ. (Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β.Π Κονταξάκη, Αθήνα, 1994) η παρουσία κατάθλιψης (σαν σύμπτωμα) άλλοτε άλλης έκφρασης και βαρύτητας, σημειώνεται στην πλειονότητα των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτοκαταστροφικού τύπου συμπεριφορές.

Από την άλλη μεριά, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η επικράτηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Αντίθετα στις μέρες μας καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα σε έφηβους ή νεαρούς ενήλικες και ακόμη η ηλικία έναρξης μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων μετακινείται σε νεώτερα ηλικιακά φάσματα.

Συγκεντρωτικές μελέτες εντοπίζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80%- 95%) σε άτομα που αυτοκτόνησαν, με προεξάρχουσα την καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία (30-45%).

Υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αναφέρονται σε μια σειρά από ψυχιατρικές διαταραχές όπως: μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, εκτιμάται ότι περίπου 15% των ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές και 10% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα καταλήξουν αυτοκτονώντας.

Όσον αφορά στη σχέση των αποπειρών αυτοκτονίας με την ψυχιατρική νοσηρότητα, πρέπει να τονισθεί πως σε αντίθεση με τα άτομα που αυτοκτονούν οι αποπειραθέντες εμφανίζουν συνήθως ελάσσονα ψυχοπαθολογία: αντιδραστική κατάθλιψη, νευρωσικές εκδηλώσεις, διαταραχή προσωπικότητας (κυρίως αντικοινωνικού τύπου).

Από τους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία καθώς και αυτοί που παρουσιάζουν εναλλαγές καταθλίψεων και μανίας. Επίσης ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη έχουν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από ασθενείς με μη ψυχωτική κατάθλιψη.

Παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε άτομα με σχιζοφρενική διαταραχή είναι το να είναι κανείς άνδρας, νέος, μόνος, να έχει στο παρόν καταθλιπτική διάθεση, να έχει μπει στο νοσοκομείο με συναισθήματα ανεπάρκειας, απαισιοδοξίας και ιδέες αυτοκτονίας, να έχει ιστορικό προηγούμενων αποπειρών.

Ακόμη ασθενείς που συνδυάζουν συναισθηματική διαταραχή και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι διαταραχές της προσωπικότητας οι οποίες κατ' εξοχήν συνδέονται με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η αντικοινωνική και η οριακή. Επίσης η συνύπαρξη αυτών των διαταραχών και κατάθλιψης αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη ορισμένα στοιχεία του χαρακτήρα όπως παρορμητικότητα, επιθετικότητα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική απόσυρση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσπιστία, αρνητισμός, απαισιοδοξία και αναμονή δυσάρεστων γεγονότων, εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, συνδυάζονται με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά.

Η εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λάρους παραθέτει στοιχεία για την παθολογική συμπεριφορά του ψυχικά πάσχοντος αυτόχειρα. Είναι από τις περιπτώσεις κατά τις

οποίες η αυτοκτονία φανερώνει μια έκδηλη ψυχική πάθηση, μια ψύχωση, ή μια νεύρωση.

Οι ψυχωσικές καταστάσεις ευθύνονται για το ένα πέμπτο περίπου των αποπειρών αυτοκτονίας. Ανάμεσα στις καταστάσεις αυτές ξεχωρίζει: η μελαγχολία, κατά την οποία η επιθυμία και η ιδέα του θανάτου έχουν υπέρμετρα εξαφθεί από το ηθικό άλγος, το αίσθημα ενοχής και το αίσθημα αναξιοτήτας που βυθίζουν τον άρρωστο στην πιο μαύρη απελπισία. Μπορεί να πρόκειται ακόμη και για σχιζοφρένεια με μια αυτοκτονία από παρόρμηση και ανεξήγητη ή αντίθετα καλά μελετημένη και επί μήνες προετοιμαζόμενη. Οι πάσχοντες από χρόνια παραλήρημα μπορεί να επιχειρήσουν απόπειρα αυτοκτονίας για να ξεφύγουν από φανταστικούς διώκτες, υπό το κράτος ψευδαισθήσεων ή για να εκδικηθούν κάποιον δικό τους, που τους εχθρεύεται τάχα ή τους προδίδει. Είναι πολύ συχνό το φαινόμενο, άρρωστοι που έχουν πέσει σε βαθιά διανοητική σύγχυση, που κυνηγιούνται από τα τρομακτικά οράματα του ονειρισμού ή έχουν χάσει κάθε συναίσθηση επειδή βρίσκονται σε κατάσταση μιας παθολογικής μέθης μια κρίση επιληψίας να επιδιώκουν την αυτοκαταστροφή: τότε κατά την τέλεση της πράξης υπάρχει πλήρης έλλειψη πνευματικής διαύγειας. Οι ψυχικά άρρωστοι, αντίθετα, σπάνια, επιχειρούν να αυτοκτονήσουν ή, όταν το κάνουν, το κάνουν «αδέξια» εκτός αν βρίσκονται στην περίοδο της πνευματικής εξασθένησης, κατά την οποία μερικοί από αυτούς αποκτούν συνείδηση της προϊούσας φθοράς τους.

Στις νευρωσικές καταστάσεις φοβίες, υστερίες, ιδεοληψίες, άγχη και ψυχασθένειες, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι σπάνιο φαινόμενο επειδή «η έμμονη ιδέα είναι επικρατέστερη από την επιθυμία του θανάτου». Ωστόσο, οι μη μελαγχολικές (νευρωσικές) καταθλιπτικές καταστάσεις οι οποίες παρατηρούνται σε αρρώστους που έχουν προβληθεί από νεύρωση ή που απλώς έχουν προσωπικότητα ή χαρακτήρα νευρωσικό, μπορεί να συντελέσουν σε απόπειρες αυτοκαταστροφής. Ορισμένες τέτοιες καταθλιπτικές διαταραχές ενδέχεται να προσβάλλουν φυσιολογικά άτομα τα οποία έχουν υποστεί σοβαρό ψυχικό κλονισμό, που έχουν βρεθεί για πολύ καιρό σε βιοτικές συνθήκες αντικειμενικά αφόρητες σε μια έντονη καταπόνηση, σ' ένα παραφόρτωμα, με ευθύνες. Κάποτε αυτές οι νευρωσικές καταθλίψεις επιδεινώνονται από μια υπερβολικά αυστηρή δίαιτα αδυνατίσματος, ιδιαίτερα όταν αυτή συνοδεύεται από λήψη ανορεξιογόνων, διουρητικών φαρμάκων ή θυρεοειδικών εκχυλισμάτων. Ομοίως, τα τύπου αμφεταμίνης διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος και όλα τα βαριά ναρκωτικά, ή ορισμένα αντιβιοτικά κατά της

φυματίωσης, προκαλούν διαταραχές ψυχικής διάθεσης και δευτερογενών, απόπειρες αυτοκτονίας.

Στους υστερικούς, η αυτοκτονία παίρνει μια ειδική μορφή κάτι ανάμεσα στην εκδίκηση και την θεατρική επίδειξη: εκφράζει τη νοσηρή επιθυμία του υποκειμένου να τραβήξει πάνω του την προσοχή και να αποσπάσει από το περιβάλλον του μεγαλύτερη συμπάθεια, περισσότερες φροντίδες, περισσότερη αφοσίωση. Το σφάλμα θα ήταν να ερμηνευθεί η χειρονομία του υστερικού ως καθαρή προσποίηση. Μετέχουν πάντα σ' αυτήν κατά ένα μέρος η ειλικρίνεια και το ασυνείδητο. Το υποκείμενο, σαν τον ηθοποιό στη σκηνή, παρασύρεται από τον ίδιο τον ρόλο του και μπορεί να επιτύχει καμιά φορά την αυτοκτονία του, παρά τη φαινομενική «κωμωδία» που προγραμματίσε.

Ο Durkheim στο βιβλίο του «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας» θέλοντας να εξετάσει οποιαδήποτε σχέση της αυτοκτονίας με ψυχοπαθητικές καταστάσεις, αρχίζει, με τα ερωτήματα: Η αυτοκτονία είναι η ίδια μια ψυχική ασθένεια; Η αυτοκτονία μπορεί να συμβεί μόνο σε μια κατάσταση φρενοβλάβειας;

Στο Πρώτο ερώτημα απαντά:

«Η τάση για αυτοκτονία, εάν αποτελεί μια μορφή ψυχοπαθητικής κατάστασης, σίγουρα αφορά μια μερική φρενοβλάβεια, περιορισμένη σε μια μόνο πράξη. Είναι ένα παραλήρημα περιορισμένο σ' ένα μόνο αντικείμενο. Στην παραδοσιακή ορολογία της πνευματικής παθολογίας τα περιορισμένα αυτά παραληρήματα αποκαλούνται μονομανίες. Ο μονομανής είναι ένας άρρωστος με πνεύμα εντελώς υγιές απ' όλες τις απόψεις εκτός από μια, έχει ένα ελάττωμα που προσδιορίζεται στο χώρο με σαφήνεια. Μερικές φορές έχει μια παράλογη και άτοπη επιθυμία π.χ να πίνει ή να κλέβει ή να χρησιμοποιεί απρεπή γλώσσα. Όλες οι υπόλοιπες πράξεις του και όλες οι άλλες σκέψεις του είναι αυστηρά ορθές. Γι' αυτό εάν υπάρχει μια μανία γι' αυτοκτονία δεν μπορεί παρά να είναι μόνο μια μονομανία».

Γίνεται ευνόητο γιατί η αυτοκτονία συμπεριλαμβάνεται στην ποικιλία των ασθενειών που αποκαλούνται μονομανίες.

«Εκείνο που χαρακτηρίζει αυτά τα είδη πάθησης είναι ότι δεν υπαινίσσονται ουσιαστική διαταραχή των πνευματικών λειτουργιών. Το θεμέλιο της πνευματικής ζωής είναι το ίδιο και στον μονομανή και στον υγιή άνθρωπο, όμως στον πρώτο μια ειδική ψυχική κατάσταση αποσπάται κατ' εξαίρεση απ' την κοινή αυτή βάση. Πράγματι, η μονομανία αποτελεί μια ακραία συγκίνηση στην τάξη των ορμών, μια σφαλερή ιδέα στην τάξη των παραστάσεων, αλλά τέτοιας έντασης, ώστε να δεσμεύει

το πνεύμα και να καθυποδουλώνει κάθε ελευθερία. Για παράδειγμα, η φιλοδοξία, αντί να είναι φυσιολογική, γίνεται νοσηρή και μια μονομανία μεγαλείου, όταν παίρνει τέτοιες αναλογίες, όλες οι άλλες εγκεφαλικές λειτουργίες φαίνεται να παραλύουν. Ένας κάπως βίαιος συγκινησιακός παροξυσμός που διαταράσσει την πνευματική ισορροπία είναι κατά συνέπεια αρκετός για να προκαλέσει την εμφάνιση της μονομανίας. Οι αυτοκτονίες φαίνονται γενικά να επηρεάζονται από κάποιο έκρυθμο πάθος, είτε η ενέργειά του αναπτύσσεται ξαφνικά είτε βαθμιαία. Έτσι, μπορεί κανείς να πιστέψει σαν λογικοφανές ότι πάντοτε χρειάζεται μια τέτοια δύναμη για να ουδετεροποιήσει το θεμελιακό ένστικτο της αυτοσυντήρησης. Αυτός είναι και ο λόγος που η αυτοκτονία, με την προσωνομία της αυτοκτονίας, θεωρήθηκε σαν εκδήλωση φρενοβλάβειας».

«Αλλά υπάρχουν μονομανίες; Για πολύ καιρό η ύπαρξή τους ήταν αδιαμφισβήτητη. Οι οπαδοί της θεωρίας της αποξένωσης δεχόταν ομόφωνα και χωρίς συζήτηση τη θεωρία των μερικών παραληρημάτων. Σήμερα, όμως, η θεωρία αυτή έχει παγκοσμίως εγκαταλειφθεί. Ασφαλώς δεν μπορεί να αποδειχτεί από ευθεία παρατήρηση ότι δεν υπάρχουν μονομανίες, αλλά ούτε κι ένα απλό, αδιαφιλονίκητο παράδειγμα της ύπαρξής τους μπορεί να αναφερθεί. Η κλινική εμπειρία δε στάθηκε ποτέ να παρατηρήσει μια αρρωστημένη ορμή του πνεύματος σε κατάσταση αληθινής απομόνωσης. Δεν μπορεί σήμερα να δεχθεί πως σε περίπτωση που τραυματίζεται μια ψυχική λειτουργία δεν βλάπτονται και οι υπόλοιπες».

Κατά συνέπεια, εάν δεν υπάρχουν μονομανίες δεν μπορεί να υπάρξει επίσης κάποια μονομανία που να οδηγεί στην αυτοκτονία, και η αυτοκτονία, επομένως, δεν είναι κάποια ξεχωριστή μορφή ψυχασθένειας.

Παραμένει τώρα το ερώτημα αν η αυτοκτονία μπορεί να συμβεί μόνο σε μια κατάσταση φρενοβλάβειας. Εφόσον δεν είναι καθεαυτή μια ειδική μορφή φρενοβλάβειας, θα πρέπει τώρα να εξετασθεί το ενδεχόμενο οι αυτοκτονίες να είναι ένα σύμπτωμα των ψυχικών ασθενειών, δηλαδή καμιά αυτοκτονία να μην συντρέχει ποτέ σε κατάσταση πνευματικής υγείας, αλλά ότι υποδηλώνει με βεβαιότητα πνευματική αποξένωση.

Για να διαλευκανθεί το παραπάνω η πιο σωστή μεθοδολογική διαδικασία συνίσταται so να ταξινομηθούν, σύμφωνα με τα ουσιαστικά τους χαρακτηριστικά, οι αυτοκτονίες που επιτελούνται από φρενοβλαβείς, σχηματίζοντας έτσι τους κύριους τύπους της φρενοβλαβούς αυτοκτονίας, και μετά να διαπιστώσουμε αν όλες οι περιπτώσεις αυτοκτονιών μπορούν να συμπεριληφθούν σε κάποια κατηγορία των

νοσολογικών αυτών πλαισίων. Για να μάθουμε δηλαδή αν η αυτοκτονία είναι πράξη που εκτελείται ειδικώς από φρενοβλαβείς, θα πρέπει να προσδιορίσουμε τις μορφές που παίρνει στα πλαίσιο ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και μετά να εξετάσουμε αν αυτές είναι οι μόνες μορφές που η αυτοκτονίας προσλαμβάνει.

Οι Jousset και Morean de Tours στο άρθρο τους Suicide (Diction - naire De Medicine Et Be Chirurgie Pratique) ταξινόμησαν τέσσερις τύπους αυτοκτονιών σε φρενοβλαβή άτομα:

I. Μανιακή αυτοκτονία: οφείλεται σε παραισθήσεις ή σε παραληρηματικές συλλήψεις. Ο άρρωστος αυτοκτονεί για να δραπετεύσει από ένα φανταστικό κίνδυνο ή μια ντροπή ή για να πειθαρχήσει σε μια μυστηριώδη τάξη που του επιβάλλεται από «αλλού» κ.τ.λ. Αλλά τα κίνητρα μιας τέτοιας αυτοκτονίας και ο τρόπος της εξέλιξής της αντανακλούν τα γενικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας απ' όπου προέρχεται, δηλαδή την μανία. Αυτό που διακρίνει αυτή την κατάσταση είναι η ακραία ευκινησία. Οι πιο ποικίλες και συγκρουόμενες ιδέες και συναισθήματα διαδέχονται το ένα το άλλο με έντονη σπουδή στη συνείδηση του μανιακού. Μια συνειδησιακή κατάσταση αντικαθίσταται στιγμιαία από μια άλλη. Τέτοια, επίσης, είναι και τα κίνητρα της μανιακής αυτοκτονίας, γεννώνται, αφανίζονται ή μεταβάλλονται με μια συναρπαστική ταχύτητα. Η παραισθήση ή το παραλήρημα που υποδεικνύει την αυτοκτονία συμβαίνει ξαφνικά ακολουθεί η απόπειρα, τότε μεταβάλλεται στιγμιαία η σκηνή και αν η απόπειρα αποτύχει δεν επαναλαμβάνεται τουλάχιστον για τη στιγμή. Εάν επαναληφθεί αργότερα, θα οφείλεται σ' ένα άλλο κίνητρο. Το πιο ασήμαντο περιστατικό μπορεί να οδηγήσει στις απόπειρες αυτές μεταμορφώσεις.

II. Μελαγχολική αυτοκτονία: συνδέεται με μια γενική κατάσταση ακραίας καταπίεσης και υπερτροφικής θλίψης που κάνει τον άνθρωπο να μην αντιλαμβάνεται πια με πνευματική υγεία τους δεσμούς που τον συνδέουν με τους ανθρώπους και τα πράγματα που τον περιβάλλουν. Οι ηδονές δεν τον ελκύουν πια. Η ζωή του φαίνεται βαρετή ή οδυνηρή. Όπως οι διαθέσεις του είναι διαρκείς τόσο έμμονες είναι και οι ιδέες του για αυτοκτονία. Οι παραισθήσεις και οι παραληρηματικές σκέψεις διαπλέκονται συχνά από τη γενική αυτή απελπισία και οδηγούν στην αυτοκτονία κατά τρόπο ευθύ. Όμως δεν είναι τόσο ευκίνητες όσο εκείνες μεταξύ των μανιακών. Είναι αντίθετα σταθεροποιημένες όπως η γενική κατάσταση απ' όπου προήλθαν. Ο φόβος που κυριεύει τον άρρωστο, οι αυτομορφές του, η θλίψη που νοιώθει είναι πάντοτε οι ίδιοι. Η μορφή αυτής της αυτοκτονίας προσδιορίζεται και από φανταστικές αιτίες, διακρίνεται όμως από τον χρόνιο χαρακτήρα της. Οι άρρωστοι

της κατηγορίας αυτής προετοιμάζουν τα μέσα της αυτοκαταστροφής ήσυχα. Επιδεικνύουν ακόμη απίστευτη επιμονή στην επιδίωξη των σκοπών τους και κατά καιρούς εξυπνάδα. Τίποτε λιγότερο δεν παραβάλλεται με την επίμονη αυτή κατάσταση του πνεύματος από την διαρκή αστάθεια του μανιακού. Στην τελευταία περίπτωση, υπάρχουν περαστικές ορμές χωρίς διαρκείς αιτίες, ενώ στην άλλη μια επίμονη κατάσταση συνδεδεμένη με το γενικό χαρακτήρα του ασθενούς.

III. Έμμομη αυτοκτονία: Στην περίπτωση αυτή η αυτοκτονία δεν προκαλείται από κανένα κίνητρο, ούτε πραγματικό ούτε φανταστικό, αλλά μόνο από την έμμομη ιδέα του θανάτου, που χωρίς αντιπροσωπευτική αιτία, κυριαρχεί απόλυτα στο πνεύμα του αρρώστου. Κατέχεται από την επιθυμία να σκοτώθει, αν και γνωρίζει τέλεια ότι δεν έχει λογικά κίνητρα για να το πράξει. Είναι μια ενστικτώδης ανάγκη πάνω από τον έλεγχο της σκέψης και της λογικής, ανάλογη με την ανάγκη να κλέψει, να σκοτώσει, να προκαλέσει εμπρησμό. Καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον άτοπο χαρακτήρα της επιθυμίας του, δοκιμάζει στην αρχή ν' αντισταθεί. Όσο διαρκεί αυτή η αντίσταση είναι λυπημένος, αισθάνεται καταπίεση και μια διαρκώς εντεινόμενη αγωνία. Αν, όμως, τελικά αποπειραθεί να αυτοκτονήσει και οι απόπειρες του αποτύχουν, έστω και προσωρινά οι νοσηρές του επιθυμίες καταστέλλονται.

IV. Αυθόρμητη ή αυτόματη αυτοκτονία: Ο τύπος αυτός στερείται από κίνητρα. Δεν έχει αιτία ούτε στην πραγματικότητα ούτε στη φαντασία του ασθενούς. Όμως αντί να παράγεται από μια έμμομη ιδέα που καταδιώκει το πνεύμα για μια βραχεία ή μακρά περίοδο και που επηρεάζει τη θέληση βαθμιαία, προκύπτει από μια απότομη και άμεσα ακατανίκητη ορμή. Σε ριπή οφθαλμού φαίνεται σε πλήρη ισχύ και κεντρίζει την πράξη ή τουλάχιστο την έναρξή της. Η ροπή αυτή για αυτοκτονία εμφανίζεται και παράγει τα αποτελέσματά της μ' έναν αληθινά αυτόματο τρόπο χωρίς να έχει προηγηθεί κανένα άλλο περιστατικό. Η θέα ενός μαχαιριού, ένας περίπατος κοντά σε γκρεμό κ.τ.λ γεννούν στιγμιαία την ιδέα της αυτοκτονίας και η επιτέλεσή της ακολουθεί τόσο γρήγορα, ώστε οι άρρωστοι δεν έχουν συχνά ιδέα για ότι έγινε.

Περίληπτικά, όλες οι αυτοκτονίες των φρενοβλαβών είτε στερούνται οπουδήποτε κινήτρου είτε προσδιορίζονται από καθαρά φανταστικά κίνητρα. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών δεν ανήκουν ούτε στη μια, ούτε στην άλλη κατηγορία, η πλειονότητά τους έχει κίνητρα όχι αστήρικτα στην πραγματικότητα. Κατά συνέπεια δεν πρέπει να θεωρούμε κάθε αυτοκτονία σαν συνέπεια κάποιου ψυχωσικού συνδρόμου. Απ' όλους τους παραπάνω τύπους αυτοκτονίας, εκείνος που μπορεί να εμφανισθεί σαν δυσκολότερο ευδιάκριτος από τις αυτοκτονίες στο σύνολό

τους είναι ο τύπος της μελαγχολικής αυτοκτονίας, γιατί πολύ συχνά και τα «υγιή» άτομα που αυτοκτονούν βρίσκονται επίσης σε κατάσταση μελαγχολίας και κατάθλιψης όπως ασθενής που πάσχουν από π.χ. μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Υπάρχει βέβαια μια ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους που οφείλεται στο γεγονός ότι η κατάσταση του «υγιούς» και η πράξη του, όπως προκύπτει, δεν είναι χωρίς αντικειμενική αιτία, ενώ στην περίπτωση του ασθενούς είναι απόλυτα άσχετες από τις εξωτερικές συνθήκες. Με λίγα λόγια, οι αυτοκτονίες των φρενοβλαβών διαφέρουν από τις άλλες, όπως οι αυταπάτες και οι παραισθήσεις διαφοροποιούνται από τις φυσιολογικές αντιλήψεις και οι αυθόρμητες παρορμήσεις από τις σφύρονες πράξεις. Υπάρχουν, λοιπόν, αυτοκτονίες και μάλιστα πολυάριθμες που δε συνδέονται με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Γίνονται απλά πιστοποιήσιμες καθώς είναι εσκεμμένες, ενώ οι παραστάσεις που υπεισέρχονται σ' αυτή τη σκοπιμότητα δεν είναι παραισθησιακές.

ΣΤ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

ΣΤ 1. ΣΧΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Σύμφωνα με τον Ν. Μάνου (Θεσσαλονίκη, 1988) οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας απ' ό,τι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι. Το παραπάνω σε σχέση με τους δείκτες ανεργίας στην Ελλάδα συνηγορούν σε μια θετική σχέση των εφήβων και της αυτοκτονίας λόγω έλλειψης εργασίας.

ΣΤ 2. ΣΧΟΛΕΙΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Σχολικά προβλήματα ανακύπτουν συχνά από ψυχολογικές αιτίες. Σ' ορισμένες φάσεις ο έφηβος δείχνει μια παροδική αμέλεια ή οκνηρία, όταν ονειροπολεί στην τάξη ή οι αντιθέσεις προς ορισμένο καθηγητή παίρνουν οξύτητα. Τα εκπαιδευτικά προβλήματα είναι συνυφασμένα με την εκλογή επαγγέλματος. Τα βάρη που επωμίζονται οι έφηβοι των γυμνασίων στην προετοιμασία τους για το

Πανεπιστήμιο δημιουργούν πρόσθετους εκνευρισμούς τουλάχιστον οι γονείς οφείλουν να καθοδηγούν το παιδί τους σ' ένα επάγγελμα, όπου επιδεικνύει ικανότητα και ελκύεται το ενδιαφέρον του, και όχι να το πιέζουν για να ικανοποιήσουν δικές τους φιλοδοξίες. (Χ.Σ. Ιεροδιακόνου, Θεσσαλονίκη, 1991)

Η Μ. Νιτσοπούλου (Αθήνα, 1986) αναφέρεται στις πολύ αρνητικές συνέπειες της σχολικής φοίτησης για τους εφήβους και στο σχολικό άγχος και την αντιπαλότητα των συμμαθητών καθώς και σε αυτοκτονίες μαθητών.

Το σχολείο από χώρος γνωριμίας με τη γνώση καταντά μερικές φορές τόπος καθημερινών βασάνων. Συγκεκριμένα στο μαθητή γεννιέται ή ενισχύεται το αίσθημα κατωτερότητας βλέποντας ότι η οικογένεια του αλλά και πολλοί συμμαθητές του που έχουν δεχτεί ως σωστό το σύστημα διαλογής «καλών» (επιτυχημένων) από «κακούς» (αποτυχημένους) μαθητές, να τον περιφρονούν ή να μην τον παίρνουν στα σοβαρά. Ο μαθητής αισθάνεται μόνος, αβοήθητος, απομονωμένος, αβέβαιος στον εαυτό του, ανασφαλής μια και ο πρώτος παράγοντας κοινωνικοποίησης – η οικογένεια – ταυτίζεται με την εξουσία του δεύτερου παράγοντα – σχολείο – συμπιέζοντας και συνθλίβοντας την προσωπικότητα του νέου ανθρώπου. Ο μαθητής μπορεί να στραφεί σε επικίνδυνες εξωσχολικές δραστηριότητες και συναναστροφές αναζητώντας το αίσθημα παραδοχής και αναγνώρισης που τόσο χρειάζεται για την ψυχική του ισορροπία.

Άλλοι μαθητές συμπεριφέρονται στο σχολείο ως κλόουν, τσαρλατάνοι, μίμοι κ.τ.λ. προσπαθώντας με κάθε τρόπο να ελκύσουν το ενδιαφέρον των συμμαθητών και των δασκάλων γελοιοποιώντας τον εαυτό τους. Αυτά τα παιδιά καταφεύγουν σε κάθε είδους απαγορευμένη πράξη που θα τους φέρει έστω και την αρνητική αναγνώριση, ότι κάτι αξίζουν.

Δημιουργείται ή αυξάνεται ο φόβος του σχολείου (περιλαμβάνει το οικοδόμημα, τους συμμαθητές, τους δασκάλους, τα βιβλία και ότι σχετίζεται με το σχολείο) που εκδηλώνεται με αδιαφορία και απάθεια για τα μαθήματα, απουσίες και απειθαρχία, μειωμένη απόδοση, έλλειψη συγκέντρωσης στην τάξη και στο σπίτι.

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές βασανίζουν και καταδυναστεύουν μεγάλες ομάδες μαθητών, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου η εντατικοποίηση των σπουδών έχει μετατρέψει το σχολείο με τη συνεργασία των γονιών (συνειδητή ή ασυνειδητή) σε τόπο καθημερινού μαρτυρίου. Ανορεξία, έμετος μετά το πρωινό φαγητό, συχνοί πονοκέφαλοι, ζαλάδες, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, υπερδιέγερση, νευρικήτητα, φοβίες, νευρώσεις, γενικά τα χαρακτηριστικά

συμπτώματα του άγχους (σχολικό) δεν ξαφνιάζουν γονείς εκπαιδευτικούς και θεράποντες ιατρούς, που έχουν εξοικειωθεί πια με την αντιμετώπιση τέτοιων ασυνήθιστων καταστάσεων.

Ο σκληρός ανταγωνισμός για τις πρώτες βαθμολογικές θέσεις μετατρέπει το σχολικό περιβάλλον σε στίβο συγκρούσεων βάζοντας σε δοκιμασία τις ανθρώπινες σχέσεις. Οι μαθητές κρύβουν τα τετράδια τους για να μη βοηθηθεί ο συμμαθητής τους, δίνονται συνειδητά λανθασμένα αποτελέσματα σε εξετάσεις για να δημιουργηθεί σύγχυση, ψεύδονται ότι δεν ξέρουν το μάθημα ή ότι δεν έλυσα τις ασκήσεις, δημιουργούνται κλειστές ομάδες (κλίκες) από τους «καλούς» μαθητές μόνο για να διαφυλάξουν τα προνόμια τους. Γενικά παρατηρείται η τάση των μαθητών να βλέπουν στο πρόσωπο του συμμαθητή τους το συναγωνιστή – εχθρό. Οι εξετάσεις έχουν πάρει το χαρακτήρα αγώνα για κοινωνική και (βιολογική επιβίωση, όπου ο συμμαθητής κατεβαίνει στο επίπεδο του αντιπάλου που πρέπει με κάθε τρόπο και με όλα τα μέσα ν' αντιμετωπιστεί.

Οι επιπτώσεις στη ψυχοσωματική υγεία του νέου ανθρώπου από το συνεχή αγώνα για τις «καλύτερες» θέσει στο σχολείο (κοινωνία) δεν είναι αμελητέες, άσχετα αν εμφανίζονται με μεγαλύτερη ένταση στη δεύτερη (γυμνάσιο – λύκειο) και στην τρίτη (πανεπιστήμιο – σχολές) εκπαιδευτική βαθμίδα στους μαθητές καλλιεργείται μόνιμο αίσθημα φόβου, καχυποψίας, ανασφάλειας. Δεν μπορούν να δημιουργηθούν σωστές φιλίες, ο αυθορμητισμός και η ειλικρίνεια σπανίζουν. Το αίσθημα και η πίεση να είναι καθημερινά οι «πρώτοι» δεν αφήνει περιθώρια για ψυχική και σωματική ηρεμία και χαλάρωση.

Τα παραπάνω εξηγούν ένα εντελώς νέο φαινόμενο (από την δεκαετία 80) στην ελληνική εκπαίδευση πραγματικότητα – γνωστό στις οικονομικά αναπτυγμένες δυτικό-ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες – οι αυτοκτονίες μαθητών, ως αποτέλεσμα της μεγάλης πίεσης που δέχονται οι σχετικά ευαίσθητοι και ευάλωτοι έφηβοι. Το φαινόμενο των αυτοκτονιών συναντιέται συχνότερα σε απόφοιτους Λυκείου και σε φοιτητές, επειδή γι' αυτές-τις ομάδες η «αποτυχία»-έχει καθοριστικό χαρακτήρα για την υπόλοιπη ζωή τους. Αλλά και ο (ακόμη) περιορισμένος, υπαρκτός όμως, βαθμός αυτοκτονιών μαθητών, του Δημοτικού και Γυμνασίου αποτελεί ενδεικτικότερο σήμα κινδύνου για τη λαθεμένη πορεία του εκπαιδευτικού συστήματος και της αψυχολόγητης αντιμετώπισης των εφήβων – μαθητών από τις οικογένειες τους και τους εκπαιδευτικούς.

ΣΤ. 3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ο Durkheim διαπιστώνει μια αρνητική σχέση μεταξύ της θρησκείας και της αυτοκτονίας. Το προστατευτικό αποτέλεσμα της θρησκείας έναντι των αυτοκτονιών δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός πως καταδικάζει περισσότερο κι από τη λαϊκή ηθική την αυτοκτονία, ούτε μόνο στην προοπτική μιας μελλοντικής ζωής με τις τρομερές ποινές που επιβάλλονται στον ένοχο εκεί και προσδίδουν στις επικηρύξεις της κυρώσεις μεγαλύτερες απ' την ανθρώπινη νομοθεσία.

Η ευνοϊκή επίδραση που ασκεί η θρησκεία στην αυτοκτονία οφείλεται στο γεγονός ότι η ίδια αποτελεί ένα είδος κοινωνίας. Εκείνο που συνθέτει αυτή την κοινωνία είναι η ύπαρξη ορισμένου αριθμού πιστών και συνηθειών κοινών, σ' όλους τους πιστούς, συνηθειών που προκύπτουν και μέσα από την παράδοση, γεγονός που τις καθιστά υποχρεωτικές.

Όσο πολυαριθμότερες και ισχυρές είναι αυτές οι συλλογικές καταστάσεις τόσο μεγαλύτερη είναι η ολοκλήρωση της θρησκευτικής κοινότητας και τόσο μεγαλύτερη είναι η προστατευτική της αξία. Οι λεπτομέρειες των δογμάτων και των ιεροτελεσπιών είναι δευτερεύουσες. Το ουσιαστικό είναι πως είναι ικανές να τροφοδοτήσουν μια αρκετά έντονη συλλογική ζωή (E. Durkheim, μετ. Μ. Μαρκάκη, Αθήνα).

ΣΤ. 4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Στην βιβλιογραφία βρίσκει κανείς, την άποψη πως οι μεγάλες πολιτικές εξάρσεις πολλαπλασιάζουν τον αριθμό των αυτοκτονιών. Ο Durkheim, όμως δείχνει συμπερασματικά πως τα γεγονότα αντιστρατεύονται σ' αυτή την άποψη. Όλες οι επαναστάσεις που συνέβησαν στη Γαλλία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα συμπέσαν τον αριθμό των αυτοκτονιών τη στιγμή της πραγματοποίησής τους. Κατά τη διάρκεια των ετών 1848 - 49 η κρίση που συγκλόνισε τη Γαλλία εξαπλώθηκε σ' όλη την Ευρώπη. Παντού οι αυτοκτονίες μειώθηκαν. Οι μεγάλοι Εθνικοί πόλεμοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα όπως και οι πολιτικές διαταραχές.

Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως εξής: οι μεγάλες Κοινωνικές διαταραχές και οι μεγάλοι λαϊκοί πόλεμοι εξάπτουν τα συλλογικά αισθήματα, παροτρύνουν το αγωνιστικό πνεύμα και τον πατριωτισμό, την πολιτική και εθνική πίστη κατά το ίδιο μέτρο, και, συγκεντρώνοντας τη δραστηριότητα προς ένα μόνο σκοπό, προκαλούν τουλάχιστον πρόσκαιρα μια ισχυρότερη ολοκλήρωση της κοινωνίας. Η επίδραση αυτή οφείλεται όχι στην κρίση αλλά στον αγώνα, που αυτή δημιουργεί. Όπως τα άτομα αναγκάζονται να πλησιάζουν μεταξύ τους για ν' αντιμετωπίσουν τον κοινό κίνδυνο, το κάθε ένα απ' αυτά σκέπτεται λιγότερο τον εαυτό του και περισσότερο την κοινή υπόθεση.

Πέρα απ' αυτό, είναι κατανοητό ότι όλη η ολοκλήρωση αυτή μπορεί να μην είναι καθαρά πρόσκαιρη αλλά μερικές φορές μπορεί να επιζήσει από τις άμεσες αιτίες που την υποκίνησαν, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη. (F. Duckheim, μετ. Μ. Μαρκάκη, Αθήνα)

Z. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η οικογένεια συγκαταλέγεται στους ισχυρούς παράγοντες κινδύνου στην αυτοκτονία. Γι' αυτό το λόγο θα ακολουθήσει μια ανάλυση της εφηβείας ως οικογενειακή κρίση του ρόλου της οικογένειας σ' αυτήν την ηλικιακή περίοδο και των οικογενειακών παραγόντων που συντελούν στην εκδήλωση της αυτοκτονίας.

Z 1. Η ΕΦΗΒΕΙΑ ΣΑΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η Ανθή Δοξικίδη – Τριπ αναφέρεται στην περίοδο της εφηβείας και στο πως αυτή εξελίσσεται σε οικογενειακή κρίση. Έχουν πει ότι «η ήβη είναι φτιαγμένη από τη φύση, ενώ η εφηβεία είναι παρασκευασμα ανθρώπινο». Η άποψη αυτή εκφράζει περιληπτικά το γεγονός ότι η ήβη είναι βιολογικά προσδιορισμένη, και συμβαίνει είτε Έλληνας είσαι είτε Κινέζος, είτε «ζεις στην πόλη ή μόνος στην έρημο» ενώ η εφηβεία είναι επιπλέον κι ένα φαινόμενο καθορισμένο ψυχολογικά και κοινωνικά. Αυτό επίσης εξηγεί γιατί ξέρουμε πιο πολλά και είμαστε πιο σίγουροι για το πότε αρχίζει η εφηβεία, ενώ είμαστε λιγότερο βέβαιοι για το πότε τελειώνει. Το τέρμα της εφηβείας συνήθως καθορίζεται από τη λύση ή επίτευξη διαφόρων ψυχολογικών και

κοινωνικών στόχων ή καθηκόντων πολυπροσδιορισμένων και επηρεασμένων από τον πολιτισμό, μέσα στον οποίο μεγαλώνει ο έφηβος, από την γενετική και ψυχολογική του ιδιοσυγκρασία και από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει. Έτσι μπορεί να ειπωθεί με σιγουριά ότι εξ ορισμού η εφηβεία αποτελεί οικογενειακή κρίση. Όμως ομαλή οικογενειακή κρίση. Μπορεί να ειπωθεί ότι δεν υπάρχει μόνη της η έννοια έφηβος, όπου υπάρχει κάποιος έφηβος πρέπει να υπάρχει και μια οικογένεια. Επειδή ζουν μέσα σε οικογένειες και εξαρτώνται απ' αυτές, οι νεαροί άνθρωποι κάποια στιγμή, μετά την λανθάνουσα περίοδο (11 για τα κορίτσια, 13 για τα αγόρια) αναγκάζονται να αναδιαρθρώσουν την όλη ψυχική τους δομή και να διαφοροποιηθούν, εξωθούμενοι πάντα από τις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό τους. Η τάση αυτή για διαφοροποίηση εμφανίζεται στον έφηβο επιτακτική, καθώς και η γενετική πια σεξουαλικότητα του, που καθώς εκδηλώνεται μέσα στον υπάρχοντα οικογενειακό περίγυρο, κινδυνεύει να «παραστρατήσει» και να συνδεθεί με ακατάλληλα προγεννητικά αντικείμενα. Ένας έφηβος, που ζει μόνο με συνομήλικους του, ας πούμε όχι μέσα σε μια οικογένεια, δεν έχει την ανάγκη να απομακρυνθεί από πουθενά. Ούτε ενδοψυχικά, ούτε εξωτερικά, γιατί το ταμπού της αιμομιξίας δεν υπάρχει, μιας και ο γονιός δεν είναι εκεί.

«Επανελημμένα έπρεπε να επαναλάβουμε ότι το εγώ οφείλει την καταγωγή του καθώς και τα πιο σημαντικά από τα επίκτητα του χαρακτηριστικά στην σχέση του με τον έξω κόσμο. «Ο Φρόιντ αναφέρεται στους ανθρώπους γονείς, αδέρφια κ.λ.π., όταν λει έξω κόσμος. Αλλά λει και κάτι ακόμη πιο σχετικό: «Με την ψυχική ζωή του ατόμου πάντα είναι συνδεδεμένος κάποιος άλλος, σαν μοντέλο, σαν αντικείμενο, σαν βοηθός, σαν αντίπαλος. Έτσι από την αρχή της η ατομική ψυχολογία μ' αυτόν τον κάπως ίσως τραβηγμένο, αλλά εντελώς δικαιολογημένο τρόπο, είναι συγχρόνως και κοινωνική ψυχολογία».

Κάποιος άλλος λοιπόν, πάντα είναι συνυφασμένος με την εσωτερική αλλά και την εξωτερική έκφραση ζωής του ατόμου, καμιά φορά μάλιστα παίζοντας συγχρόνως ή διαδοχικά όλους αυτούς τους ρόλους που ειπώθηκαν, δηλαδή σαν μοντέλο, αντικείμενο, βοηθός και αντίπαλος. Πάνω σ' αυτό αξίζει να τονισθούν δύο σημεία. Πρώτα η αμοιβαιότητα που υπάρχει στη σχέση γονιών και παιδιών. Το μοντέλο, το αντικείμενο, ο βοηθός και ο αντίπαλος, ασκούν επιρροή πάνω στο παιδί, το παραδεχόμαστε όλοι, αλλά ότι και το παιδί ασκεί εξίσου μεγάλη επίδραση πάνω σ' αυτούς, τείνουμε να το παραγνωρίσουμε. Δεύτερον, ότι κυρίως στις έμφυτες δυσκολίες που υπάρχουν στο να είσαι για κάποιον μοντέλο, αντικείμενο, το πρόσωπο

που αγαπάει δηλαδή, ο βοηθός (οι γονείς συνήθως συνδυάζουν όλους αυτούς τους ρόλους μαζί για τα παιδιά τους) και ξαφνικά κάποιαν ώρα (στην εφηβεία) να γίνεσαι ο «αντίπαλος».

Παρόλο που δεν υπάρχει καμιά αντίρρηση για την αμοιβαιότητα που υπάρχει στις σχέσεις γονέων – παιδιών, υπάρχει εντούτοις μια τάση στη βιβλιογραφία να αντιμετωπίζεται η αναπτυξιακή εξέλιξη κυρίως όσον αφορά το παιδί. Η μεγάλη προσοχή συγκεντρώνεται κυρίως πάνω στο παιδί, ενώ οι γονείς αντιμετωπίζονται σαν αναλλοίωτα όντα. Ο Erikson λέει: «είναι της μόδας να τονίζεται δραματικά η εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς τους κι αυτό συχνά μας τυφλώνει τόσο, ώστε να μη βλέπουμε και την εξάρτηση της παλιάς γενιάς από την καινούργια. «Αυτή η άποψη θα βοηθήσει να καταλάβουμε, γιατί η εφηβεία δεν είναι κάτι που παθαίνουν οι νέοι μόνον και που οι γονείς τους και η οικογένεια τους πρέπει να υποστούν, σαν να είναι παθητικοί απλά δέκτες των μεταβολών των παιδιών τους. Καλό είναι να αντιμετωπισθεί ως οικογενειακή κρίση.

Αν οριστεί κάθε κρίση σαν μια αλλαγή ισορροπίας μέσα σ' ένα υπάρχον σύστημα, πρέπει να προσεχθεί πως η αλλαγή της εφηβείας επηρεάζει και τους γονείς και πως συμβάλλουν και αυτοί στην αλλαγή. Πιο απλά η εφηβεία βέβαια αλλάζει την ισορροπία σε μια οικογένεια, συγχρόνως όμως και οι γονείς αλλάζουν και ανεξάρτητα προς την ανθρώπινη τους ιδιότητα.

Η ενηλικίωση του παιδιού καθώς και οι μητρικές και πατρικές λειτουργίες είναι αναπτυξιακές φάσεις και κρίσεις που συμπορεύονται και οι γονείς πρέπει να τις αντιμετωπίσουν συγχρόνως με: 1) τις παραδόσεις και τους μύθους για το φαινόμενο που λέγεται εφηβεία 2) με τη συγκεκριμένη «έκδοση» του δικού τους εφήβου 3) με τον έφηβο σαν ναρκισσιστική επέκταση του εαυτού τους και 4) συγχρόνως με το ότι μέσω του παιδιού τους ξαναζούμε τα δικά τους εφηβικά χρόνια.

Για να εξεταστούν οι οικογενειακές συναρτήσεις, απλά τις δεχόμαστε σαν ένα υπάρχον οργανωτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εξηγείται καλύτερα η ψυχαναλυτική θεωρία. Είναι γνωστό βέβαια ότι κάθε σύστημα είναι ένας οργανισμός που συνίσταται από διαφορετικά μέρη, που αμοιβαία επηρεάζουν το ένα το άλλο. Ότι τα άτομα είναι συστήματα ενός μεγαλύτερου συστήματος που λέγεται οικογένεια. Ότι οι οικογένειες έχουν όλα τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος και κυβερνούνται από τους νόμους που διέπουν τα συστήματα. Ότι κάθε μέρος επηρεάζει το σύνολο και ότι το σύνολο με τη σειρά του επηρεάζει το κάθε μέρος. Ότι κάθε σύστημα είναι ανοιχτό ή κλειστό. Ότι όλα τα ζωντανά συστήματα είναι ανοιχτά, με ημιδιαπεράστα όρια, που

επιτρέπουν ανταλλαγή ενέργειας και πληροφοριών με το περιβάλλον. Ότι τα όρια στην αρχή της ζωής είναι χαλαρά, στερεοποιούνται όμως καθώς ο άνθρωπος ωριμάζει (το «εγώ» και το μη «εγώ» δεν είναι τόσο ξεκάθαρο στο μωρό όσο είναι στο μεγάλο) και ότι οι έφηβοι αγωνίζονται με τον ορισμό και τη σταθεροποίηση των ορίων τους. Είναι γνωστό επίσης ότι σκοπός του συστήματος είναι να κρατήσει ισορροπία που επιτρέπει στο σύστημα να προσαρμοστεί, να διαφοροποιηθεί και να μεγαλώσει. Ότι όλα τα συστήματα είναι φτιαγμένα από υποσυστήματα (παιδιά, γονείς) και συγχρόνως είναι τμήματα ενός υπερσυστήματος (γειτονιά, συνοικία, πόλη, χώρα). Τέλος είναι γνωστό ότι όλα αυτά τα συστήματα έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους.

Με την εφηβεία αλλάζει η υπάρχουσα ισορροπία και ιεραρχία. Αυτό επηρεάζει όλους και δεν είναι καθόλου εύκολο. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι οικογένειες, όπως και όλα τα άλλα συστήματα αντιστέκονται στην αλλαγή και τι παθολογικές καταστάσεις και πόσα υποφέρουν οι άνθρωποι, ίσα ίσα για να μην αλλάξουν μια υπάρχουσα, συχνά δυσλειτουργική, ισορροπία.

Λοιπόν, είτε η εφηβεία οριστεί σαν ένα χαλάρωμα παιδικών δεσμών του λιβιδό και εξασθένηση παιδικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων (Αννα Φρόιντ), είτε ορισθεί όπως την ορίζει ο Erikson σαν εποχή που σχηματίζεται η ταυτότητα του ανθρώπου, η εφηβεία έχει σαν αποτέλεσμα της τη δημιουργία μιας φυσιολογικής σύγκρουσης και συμβάλλει σε μια φυσιολογική μεταβολή της υπάρχουσας ισορροπίας. Αυτό ακριβώς την καθιστά κρίση και πρέπει βέβαια να θεωρηθεί κρίση ή σύγκρουση, εφ' όσον πρόκειται παιδιά και γονείς να μετακινηθούν από μια συμβιωτική σχέση σε κάποιο διαχωρισμό, που τελικά θα πάρει τη μορφή αποχωρισμού. Από πού επίσης την κάνει κρίση είναι οι αναπτυξιακές συγκρούσεις που περνάνε οι δύο γενιές συγχρόνως, οι οποίες είναι συχνά σαν το θετικό και το αρνητικό της ίδιας φωτογραφίας, του ίδιου στόχου.

Είναι ενδιαφέρουσα σύμπτωση ότι καθώς τα παιδιά μπαίνουν στην εφηβεία, πολλοί γονείς μπαίνουν ή ετοιμάζονται να μπουν στη μέση φάση της ενήλικης ζωής τους. Έτσι έχουμε δύο διαμετρικά αντίθετες φάσεις της ζωής, φορτωμένες και οι δύο με δύσκολους πόθους και δύσκολες πραγματικότητες που αφορούν σε βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές. Έχουν να αντιμετωπίσουν, γονείς και παιδιά, αντίστοιχες κρίσεις τις οποίες ή μπορεί να συμπληρώσουν αμοιβαία, οπότε θετικά ωριμάζουν και οι δύο ή να έρθουν σε σύγκρουση, που καταλήγει σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και για τους δύο.

Αρχικά με τους γονείς σαν άτομα καθώς οι γονείς αρχίζουν να συμβιβάζονται με τις πραγματικότητες της ζωής τους, η εφηβική φαντασία αντίθετα οργιάζει. Καθώς οι γονείς αισθάνονται ότι ανεβαίνουν στην κορυφή του βουνού οι έφηβοι έχουν μόλις αρχίσει να ονειρεύονται το ανέβασμα. Ότι και αν αισθάνονται οι γονείς για τη ζωή τους, οπωσδήποτε η μισή έχει κιάλας ξοδευτεί, ενώ οι έφηβοι την έχουν όλη μπροστά τους. Κύριο άλλωστε χαρακτηριστικό αυτής της εποχής είναι ότι τα μεν παιδιά έχουν κυρίως μέλλον και λίγο παρελθόν, ενώ οι γονείς έχουν κυρίως παρελθόν και ίσο, αν όχι λιγότερο, μέλλον. Από το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι γονείς με τη δική τους ζωή, θα κριθεί, αν θα υπερνικήσει η ζήλια ή το καμάρι και πως θα αισθάνονται και πως θα είναι οι σχέσεις τους με τα παιδιά τους. Ακόμη και αυτοί που είναι σχετικά ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους, δύσκολα μπορούν να αποφύγουν την σύγκριση όσον αφορά ας πούμε, τη σωματική εμφάνιση. Παρόλο που οι περισσότεροι έφηβοι δεν το νιώθουν, η ίδια η ηλικία τους προκαλεί. Οι γονείς το βλέπουν και πρέπει να έχουν πολλή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, για να μη βρίσκουν τη σύγκριση δυσάρεστη.

Λέμε συνήθως πως οι νέοι μιμούνται τους μεγάλους ενώ δεν προσέχουμε το παράλληλο φαινόμενο, πόσο δηλ. οι μεγάλοι προσπαθούν να μιμηθούν τους νέους. Οι έφηβοι παρόλο που δεν το δείχνουν με συνέπεια, χρειάζονται μοντέλα. Μεγαλίστικα μοντέλα. Τι γίνεται όταν οι γονείς τους προσπαθούν να τους μιμηθούν; Στο ένα άκρο βλέπουμε παθολογικές αντιδράσεις όταν ο συναγωνισμός είναι ναρκισσιστικός. Επίσης είναι πολύ δύσκολο να μεγαλώσεις φυσιολογικά, όταν σου επιβάλλουν έμμεσα να μείνεις παιδί. Η άλλη περίπτωση είναι να σπρώχνουν πρόωρα τον έφηβο στον κόσμο των ενήλικων, γιατί δεν αντέχουν να τον βλέπουν νέο. Ο «καλός έφηβος» είναι συχνά αυτός που έχει υποχρεωθεί, προτρεπτικά ή αποτρεπτικά να μπει σε μια από αυτές τις δύο κατηγορίες (παιδιών ή μεγάλων). Αλλά τότε ο έφηβος νοθεύεται, δεν μένει ξεκάθαρος αυτός που είναι. Βέβαια αν συμβεί αυτό ανησυχούμε περισσότερο, αλλά είναι δύσκολο να πείσεις και τους πιο καλούς γονείς ότι αυτό μπορεί να ναι επικίνδυνο. Όλα αυτά βέβαια δε σημαίνουν ότι δεν υπάρχουν έφηβοι που περνάνε ήρεμα αυτή την εποχή.

Εκτός από την σωματική εμφάνιση υπάρχει και η σωματική ρώμη που ξαφνικά αλλάζει. Ενώ στην παιδική ηλικία ήταν ξεκάθαρο ποιος ήταν ο πιο δυνατός μέσα στην οικογένεια και τους είχαν συνηθίσει αυτούς τους ρόλους γιος και πατέρας, ξαφνικά τώρα αλλάζουν τα πράγματα. Σαν να εμφανίζεται κάποιος που αμφισβητεί απ' τον πατέρα την εξουσία της οικογένειας.

Σ' ένα άλλο επίπεδο, καθώς ο πατέρας αρχίζει ν' ανησυχεί για τη σεξουαλική του ισχύ, ο νεαρός γιος εκδηλώνει την πρώτη του εκπερμάτωση. Και οι δύο ανησυχούν, αλλά ο ένας αποδίδει στον άλλον μαγικές δυνάμεις, τις οποίες δεν έχουν αναγκαστικά. Ανάλογη και ίσως πιο, έντονη κατάσταση συμβαίνει στη μάνα και στην κόρη με την αρχή και το τέλος της έμμηνης ρύσης. Η έμμηνη ρύση, συμβολικά και πραγματικά σημαίνει για την κόρη την αρχή της μεγαλίστικης σεξουαλικότητας και θηλυκότητας. Από κει και πέρα η κοπέλα μπορεί να αναπαράγει. Η μητέρα αντίθετα, βλέπει την εμμηνόπαυση, σαν το τέρμα της αναπαραγωγικής της ισχύος, και ακόμη πιο εξουθενωτικά σαν υποχώρηση της θηλυκότητάς της.

Περιττό να πούμε ότι όλες αυτές οι προλήψεις, οι δεισιδαιμονίες, τα ταμπού και οι φαντασιώσεις γενικά μαζί με ορισμένες απόκρυφες ιεροτελεστίες που απομονώνουν το νεαρό κορίτσι κατά την πρώτη εμφάνιση της έμμηνης ρύσης, τονίζουν πόσο οι νεαρές κοπέλες θεωρούνται επικίνδυνες σ' αυτή τη φάση της ζωής τους και ότι επομένως χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Το λιγότερο που μπορεί να πει κανείς είναι ότι με δυσπιστία και αρκετή ανησυχία γίνεται δεκτή από την οικογένεια της η νέα κοπέλα, που μπαίνει στην καθαυτό γυναικεία φάση της ζωής της. Αυτά δείχνουν με πόσο αμφιταλαντευόμενα συναισθήματα καλοδεχόμαστε στους έφηβους στην ενηλικίωση σαν κοινωνία και την αρχή της μεγαλίστικης ζωής τους.

Ανάλογα με τις ψυχονευρωτικές προϋποθέσεις της η μητέρα εκδηλώνει κάποια ζήλια για τα καινούργια πρωτοφανέρωτα χαρακτηριστικά της κόρης της και απελπισία και απόγνωση γι' αυτά που προσδοκά να χάσει η ίδια. Κάπου στην μέση του φάσματος, ψυχοπαθολογίας - υγείας, βρίσκονται οι περισσότερες μάνες και κόρες. Η αιφνίδια έκρηξη του σεξουαλικού ενστίκτου στους έφηβους αναζωογονεί γενικά το θέμα μέσα στην οικογένεια, στην οποία υπήρχε είτε σε λανθάνουσα κατάσταση ή έλειπε προς μεγάλη απογοήτευση όλων. Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν το δίλημμα αρνητικά, φεύγοντας δηλαδή και αναζητώντας καινούργιες αγάπες. Οι γονείς όμως δεν μπορούν να φύγουν τόσο εύκολα και έτσι χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους που δεν είναι τίποτε άλλο παρά μηχανισμοί άμυνας ώστε να αποφευχθεί η αιμομιξία. Το βέβαιο είναι δηλαδή ότι και οι γονείς έχουν σεξουαλικά συναισθήματα για τα παιδιά τους. Αυτό είναι βιολογικά αναπόφευκτο. Οι περισσότεροι γονείς των οποίων οι μηχανισμοί δουλεύουν πιο καλά, άλλοτε τα καταπιέζουν τα συναισθήματα αυτά, άλλοτε τα μετουσιώνουν και άλλοτε τα ξανακατευθύνουν προς κάποιον πιο κατάλληλο σύντροφο. Το αποτέλεσμα έχει σαν αντίκτυπο μια κάποια απομάκρυνση από τα παιδιά τους, που φτάνει ως την τέλεια αποχώρηση. Και έτσι την αισθάνονται

τόσο οι γονείς όσο και τα παιδιά. Αυτή είναι η γνωστή «αποξένωση» αυτής της εποχής. Εκφράζεται και από τους δύο συχνά με θυμό και ακαμψία και μεταφράζεται εσφαλμένα σαν έλλειψη αγάπης.

Μπορεί κανείς να πει ότι η «εφηβεία» μοιάζει με τη βρεφική φάση της «προσέγγισης». Αρχίζει στους 18 μήνες. Το μικρό παιδί σ' αυτή τη φάση, ενώ μοιάζει να φεύγει και να ανεξαρτητοποιείται, κάθε λίγο και λιγάκι επιστρέφει στη μαμά του για να ναι σίγουρο ότι είναι εκεί όποτε τη θελήσει έτσι κάνει και ο έφηβος. Πραγματικά μπορεί να παρατηρηθεί σε πολλές οικογένειες που περνούν την εφηβική δοκιμασία, αναταραχή και όλες τις φάσεις όμοιες μ' αυτές που περνάνε οι άνθρωποι όταν πενθούν, την άρνηση, τα παζάρια και τελικά την παραδοχή του μοιραίου. Όσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι γονείς με τον γάμο τους και τον εαυτό τους, τόσο πιο εύκολα θα επιτρέψουν στους έφηβους να φύγουν και να αντιμετωπίσουν οι ίδιοι την «άδεια φωλιά».

Την εποχή της εφηβείας οι γονείς αισθάνονται ότι έχουν σπίτι τους ένα μάλλον ακατάστατο οικότροφο. Βέβαια και πάλι, αν όλα αυτά ήταν τόσο ξεκάθαρα, δεν θα ήταν τόσο δύσκολα. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της φάσης όμως είναι η δυσκολοπρόβλεπτη εναλλαγή των αναγκών, των πράξεων και της διάθεσης των εφήβων σε μια εποχή όπου τα συναισθηματικά ότι των γονιών (σύμφωνα με την Συστηρική θεωρία) ή οι μηχανισμοί άμυνας τους (σύμφωνα με την ψυχανάλυση) γίνονται όλο και πιο συμπαγή, λιγότερο εύκαμπτα και πιο μόνιμα.

Το πιο δύσκολο ίσως γεγονός της εφηβείας που συμβάλλει κατά πολύ στο να την κάνει οικογενειακή κρίση είναι η «αποεξιδανίκευση» όπως το ονομάζει ο Blos. Μ' αυτό εννοεί ότι οι έφηβοι παύουν πια να βλέπουν τους γονείς τους σαν εξιδανικευμένους και τους αντιμετωπίζουν όπως είναι στην πραγματικότητα. Αυτό είναι δύσκολο και για τους δύο, αλλά αναγκαίο, αν πρόκειται οι έφηβοι να αποκτήσουν δική τους ταυτότητα. Ανάλογα συναισθήματα είχε δημιουργήσει στο παρελθόν και το παιδικό Οιδιπόδειο σύμπλεγμα. Η λύση του παιδικού Οιδιπόδειου συμπλέγματος έχει δύο ωφέλιμα αποτελέσματα. Το ένα είναι ότι το παιδί αποφασίζει να ταυτιστεί με το γονιό του ίδιου φύλου, ώστε κάποια μέρα να βρει κάποιον σαν το γονιό του αντιθέτου φύλου και για τους δύο γονείς όλα αυτά είναι κολακευτικά. Το παιδί θέλει να τους μοιάσει. Η μίμηση και η ταύτιση είναι ευχάριστες και ικανοποιούν τις ναρκισσιστικές επιθυμίες των γονιών και εντείνουν την αίσθηση της συνέχειας του εαυτού τους μέσω του παιδιού τους. Το άλλο είναι ότι η λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος σημαίνει την αρχή της λανθάνουσα επιλογής, η οποία

επίσης κακομαθαίνει τους γονείς με την ηρεμία που φέρνει και έτσι η εφηβεία μοιάζει ακόμη πιο δύσκολη. Έτσι πάει και η μίμηση και η ταύτιση, αντικαθίστανται με τα ακριβώς αντίθετα τους. Τόσο αντίθετα καμιά φορά που θα ήταν άξια υποψίας σαν προσπάθειες άμυνας.

Το γεγονός ότι οι έφηβοι ανακαλύπτουν με την επανάσταση τους ότι οι γονείς τους είναι κοινοί άνθρωποι με αδυναμίες και ελαττώματα είναι βέβαια οδυνηρό, γιατί διαλύει αυταπάτες, όμως συμβάλλει στην ωρίμανση, με το να παρουσιάζει την πραγματικότητα όπως είναι. Οι αληθινές, οι πραγματικές μεγάλες απογοητεύσεις αντιμετωπίζονται πιο δύσκολα σ' αυτή ακριβώς την ηλικία επειδή είναι μεταξύ άλλων και τόσο ιδεαλιστική. Αλλά αυτό που καμιά φορά δημιουργεί ιδιαίτερα μεγάλη κρίση κατά την εφηβεία είναι όταν οι έφηβοι ανακαλύπτουν στους γονείς τους τα μεγάλα και βαριά τους ελαττώματα. Και από την άλλη μεριά οι γονείς διαπιστώνουν στα παιδιά τους δικά τους χαρακτηριστικά, τα οποία όμως του είναι απαράδεκτα. Στον εαυτό τους τα συγχωρούν όχι όμως και στα παιδιά τους.

Z. 2 . Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ο Henry Chabrol αναφέρεται στον ρόλο της οικογένειας στην εφηβεία και τονίζει ότι σύμφωνα με τον Erikson το κύριο έργο της εφηβείας είναι η διαμόρφωση μιας προσωπικής ταυτότητας. Το επίτευγμα αυτό είναι εφικτό, μόνο μετά από μια τροποποίηση των σχέσεων του εφήβου με την οικογένειά του. Ο Blos πρότεινε να εξομοιωθεί η εφηβεία με μια δεύτερη φάση απομάκρυνσης – εξατομίκευσης, κατά την οποία το μικρό παιδί απελευθερώνεται προοδευτικά από την συμβιωτική ενότητα που συγκροτούσε με την μητέρα του. Η δεύτερη φάση, κατά την οποία ενδιαφέρει η διαφοροποίηση του ατόμου μέσα στην οικογένειά του, θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρη την ισορροπία της οικογένειας. Η διαδικασία του χωρισμού και της εξατομίκευσης δεν αφορά μόνο το ίδιο το παιδί, αυτή η εξέλιξη, στην οποία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας, πρέπει να καταλήξει σ' ένα νέο ορισμό σχέσεων και καταστάσεων. Προκειμένου να επιλυθεί αυτή η φάση, οι πρωταγωνιστές οφείλουν να αποδεχθούν μια αμοιβαία κίνηση, με την οποία ο έφηβος απομακρύνεται από τους γονείς του και οι γονείς από τον έφηβο. Οι εσωτερικές αλλαγές καθορίζουν την τροποποίηση των εξωτερικών αλληλεπιδράσεων: τόσο ο έφηβος όσο και οι γονείς του, οφείλουν να παραιτηθούν από άχρηστους ρόλους και καταστάσεις από

ξεπερασμένους τύπους σχέσεων όπου αισθάνονταν σιγουριά. Αυτή η αναδιοργάνωση, υποχρεωτικά υποκινεί πολλά αρνητικά συναισθήματα, ανησυχία, έχθρα και θλίψη, τόσο στον έφηβο όσο και στους γονείς του. Οι αναπόφευκτες αντιστάσεις και συγκρούσεις, που σταδιακά απορρέουν απ' αυτούς, θα δραστηριοποιήσουν τις ικανότητες προσαρμογής της οικογένειας.

Η οικογένεια συνιστά ένα ανοιχτό σύστημα σχέσεων και οι κανόνες λειτουργίας της οφείλουν να τροποποιούνται, έτσι ώστε να προσαρμόζονται στην εξέλιξη της. Με την προσχώρηση ενός από τα μέλη της στην εφηβεία, η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με την αντιπαράθεση δύο αντίθετων τάσεων που ο Wertheim χαρακτήρισε ως μορφοστάση και μορφογένεση, την πρώτη ως περιγράφουσα τις δυνάμεις που αντιτίθενται στην αλλαγή και διαιωνίζουν παλιά μοντέλα επικοινωνίας, δημιουργίας, και εξέλιξης του συστήματος. Η αρμονία, ανάμεσα σ' αυτά τα δύο δυναμικά καθορίζει τη φυσιολογική λειτουργία της οικογένειας. Το σύστημα επικοινωνίας, μέσα στην οικογένεια, πρέπει ταυτόχρονα να επιτρέπει και να διατηρεί την αναγκαία συνοχή για την επαβίωση της ενότητας της και να ενσωματώνει τις απαραίτητες αλλαγές που επιτρέπουν την εξέλιξη της οικογένειας και των μελών της. Αν οι δυνάμεις της αλλαγής υπερισχύουν σε υπερβολικό ρυθμό υπάρχει η πιθανότητα να διασπασθεί το σύνολο. Αν υπερισχύουν οι τάσεις ομοιόστασης, η ζωή του συνόλου παγιώνεται. Στη μια περίπτωση ο έφηβος αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της ρήξης και στην άλλη της στάσης της ανάπτυξης. Ένα εξισορροπημένο διαλεκτικό παιχνίδι, ανάμεσα στις τάσεις που ωθούν στην διατήρηση και σ' αυτή της αλλαγής της κατάστασης, πρέπει να επιτρέψει «την ανάδυση ενός εγώ, στο κέντρο του εμείς», δηλαδή την απόκτηση ανεξαρτησίας και αυτονομίας διατηρώντας ταυτόχρονα ένα αίσθημα ένταξης και αποδοχής στην ιστορική του συνέχεια. Ο έφηβος αντιδρά αντιφατικά όταν παρεμβαίνουν οι αντίθετες δυνάμεις της ομοιόστασης και της αλλαγής: ο διεκδικήσεις της ανεξαρτησίας εκδηλώνονται συχνά με κάποιο δισταγμό. Ενώ απαιτεί την αυτονομία του, έχει ανάγκη τους γονείς του, για να τον υποστηρίξουν στους πειραματισμούς του με νέους τρόπους συμπεριφοράς και νέους ρόλους. Στην εφηβεία, οι γονείς διατηρούν το ρόλο της βάσης ασφάλειας ο οποίος τους αποδόθηκε κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας: στον έφηβο, ξαναβρίσκουμε την προέκταση των δύο κινητήριων προγραμμάτων. Οι γονείς οφείλουν να καθοδηγήσουν τους εφήβους, να τους παρέχουν τον απαραίτητο έλεγχο και στήριγμα, αλλά οφείλουν επίσης να τους αφήνουν αρκετή αυτονομία. Για να πραγματοποιηθεί το γονικό έργο είναι απαραίτητο να υπάρχει η δυνατότητα να περιληφθούν, να

αμβλυνθούν και να εναρμονισθούν, οι αντιφατικές ταλαντεύσεις του εφήβου μέσα στο υποσύστημα των γονέων. Αυτό το ρόλο του «περιέχοντος» εξασφαλίζει και η ομάδα των εφήβων, η οποία αντιπροσωπεύει ένα ενδιάμεσο, διάστημα μεταξύ της οικογένειας και της κοινωνίας. Η ενσωμάτωση στην ομάδα αποτελεί ένα στάδιο στην απόκτηση μιας ατομικής ταυτότητας μέσω μιας συλλογικής ταυτότητας. Το γεγονός ότι ανήκει σε ομάδα του επιτρέπει να ελέγξει την αγωνία που του προκαλεί ο χωρισμός από την οικογένειά του. Δεν υπάρχει υποχρεωτική άμιλλα μεταξύ της συμμετοχής στην ομάδα και στην οικογένεια: αυτοί οι δύο τύποι αλληλεπίδρασης δεν είναι αποκλειστικοί αλλά οφείλουν να ενδυναμώνονται αμοιβαία. Η ενσωμάτωση στην ομάδα δεν γίνεται απαραίτητα σε βάρος της ενότητας της οικογένειας. Στον φυσιολογικό έφηβο διατηρούνται, ταυτόχρονα, ο ισχυρός δεσμός με την ομάδα και την οικογένεια. Η έννοια της ταυτότητας δεν αποκτάται στην απομόνωση, έστω και αν αυτή ευνοεί την ικανότητα να είναι κανείς μόνος: ο ορισμός του εαυτού του απορρέει από την οικογενειακή και κοινωνική επικοινωνία.

Z.3. ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Με μια θεώρηση πρωταρχικά άξιο είναι να εκτιμηθεί η σημασία που έχει ο χωρισμός στην ανάπτυξη τάσεων αυτοκτονίας. Οι περισσότερες από τις εργασίες που ανατρέχουν στο ιστορικό των αυτοκτονούντων, αναφέρουν ότι η απώλεια του ενός γονέα είναι πιο συχνή, στους αυτοχειριζόμενους, απ' ό,τι μια ομάδα μάρτυρα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δίστανται, όταν πρόκειται να εκτιμήσουμε το είδος της πιο ολέθριας απώλειας, τις πιο κρίσιμες περιόδους που διατηρούν, επιδεινώνουν ή μετριάζουν τις συνέπειες. Ορισμένες εργασίες περιορίζονται στην απώλεια λόγω θανάτου, η πλειοψηφία επεκτείνεται και στο διαζύγιο, στην απομάκρυνση από την οικογένεια, ή ακόμη στην απομάκρυνση ενός από τα αδέλφια στην νομική υπόσταση της οικογένειας και του παιδιού (παράνομο ζευγάρι, παιδί νόθο), ή τέλος στην οικογενειακή ασυμφωνία. Οι ανωμαλίες αυτές εμφανίζουν σημαντική συχνότητα σε πολλές μελέτες. Έτσι σε 400 απόπειρες αυτοκτονίας σε άτομα κάτω των 20 ετών, σημειώνεται φυσική απουσία του πατέρα στο 40% των περιπτώσεων (1965). Σε 115 απόπειρες αυτοκτονίας παιδιών κι εφήβων σημειώνεται οικογενειακή διάσταση στο 50% των περιπτώσεων (1970). Μόνο το 49% από 108 εφήβους ζούσαν με τους δύο

γονείς τους τη στιγμή της απόπειρας της αυτοκτονίας (1981). Σ' ένα δεύτερο στάδιο, δόθηκε έμφαση στην συσχέτιση της οικογενειακής διάστασης με την απώλεια: υπογραμμίζεται ότι ένας αποχωρισμός ασκεί επίδραση, μόνο εάν συνοδεύεται και από άλλες ενδείξεις δυσλειτουργίας⁴⁹. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελέτης⁵⁰, η πλειοψηφία των αποπειρών αυτοκτονίας πραγματοποιείται σε χρόνια αστάθεια και χαοτικό περιβάλλον ανεξάρτητο από το αν υπήρξε η εμπειρία ενός αποχωρισμού: συμπεραίνουν ότι η οικογενειακή αστάθεια θα μπορούσε να είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας, ενώ η απώλεια δεν θα αποτελούσε παρά έναν δευτερεύοντα παράγοντα. Οι εργασίες σχετικά με το διαζύγιο ενισχύουν τη θέση αυτή: οι συγκρούσεις που προηγούνται και ακολουθούν το διαζύγιο καθορίζουν τις συνέπειες που θα έχει το γεγονός: συχνά το παιδί ανέχεται πιο άσχημα την ηθελημένη εγκατάλειψη που συνεπάγεται το διαζύγιο από ένα θάνατο. Τα ποσοστά εγκληματικότητας είναι μεγαλύτερα σε περίπτωση διαζυγίου, απ' ό,τι σε οικογένειες στις οποίες είχε πεθάνει ο ένας από τους δύο γονείς. Η συνεχής ύπαρξη συγκρούσεων θα μπορούσε να εξηγήσει τη νοσηρότητα του διαζυγίου η οποία είναι η κατάληξη μιας ενεργητικής αποδιοργανωτικής διεργασίας που διαρκεί αρκετά χρόνια και εξακολουθεί και μετά από τον χωρισμό. Συχνά οι συγκρούσεις δεν καταργούνται με το διαζύγιο, αλλά μετατοπίζονται στο δικαίωμα κηδεμονίας, στις επισκέψεις και στις οικονομικές συνδιαλλαγές. Τέλος οι πιέσεις που προηγούνται και ακολουθούν τον χωρισμό, ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τις διαταραχές του εφήβου. Ορισμένες ανωμαλίες προσφέρονται για μια προσέγγιση που στηρίζεται στη συμπεριφορά και άλλες για ισοδυναμική προσέγγιση. Οι πιο εμφανείς διαταραχές αφορούν την λειτουργία της οικογένειας ως περιβάλλοντος υποστηρικτικού πλαισίου: ο Angle (1973), συναντά αντιτιθέμενες ακραίες παιδαγωγικές θέσεις στο 60% των οικογενειών εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, βασικό χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών είναι ότι ο γονικός στόχος και οι προσδοκίες, αναφορικά με τον έφηβο, είναι είτε πολύ υψηλές είτε αντίθετα πολύ χαμηλές. Ο υπερβολικό έλεγχος αντιστοιχεί σε ορθολογική επικράτηση των δυνάμεων για διατήρηση της ομοιοστασίας. Αντανακλά την άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί μεγαλώνει και να παραιτηθούν από τον κυρίαρχο ως προς το παιδί, ρόλο.

Οι γονείς μένουν σε μια ξεπερασμένη ιεραρχική συμπεριφορά, ανίκανοι να συμπέσουν σε πιο ισότιμες και πιο δημοκρατικές αλλαγές, οι οποίες φυσιολογικά πρέπει να αποκαθίστανται προοδευτικά στην εφηβεία. Η επιτυχία περιορίζεται και οι έφηβοι δεν μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να προβάλλουν την αξία των θέσεών τους. Με λίγα λόγια οι γονείς τους δεν αναγνωρίζουν τις επιθυμίες για τη συγκινησιακή τους ζωή. Οι συγκρούσεις δεν μπορούν να λυθούν δημιουργικά αν λείπουν οι προτάσεις που έρχονται από διαπραγματεύσεις οι οποίες λαμβάνουν υπ' όψη τις ατομικές γνώμες και ανάγκες. Σ' αυτές τις οικογένειες οι συγκρούσεις, δεν μπορούν να παίξουν τον θετικό ρόλο μιας εποικοδομητικής μάχης, όπου ο έφηβος πρέπει να καταλάβει ότι πρέπει να καταβάλει προσπάθεια για να επιβεβαιώσει τον εαυτό του και να δυναμώσει τη έννοια της ταυτότητας του. Σύμφωνα με την μελέτη των Melutire και Angle αυτός ο υπερβολικός έλεγχος δημιουργεί περισσότερο κατάθλιψη παρά έχθρα. Η υπερβολική χρήση τιμωριών και απαγορεύσεων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εισαγωγή της αναστολής των δημιουργικών κινήτρων και στην συνέχεια την παθητικότητα και την έλλειψη βούλησης, κατάσταση η οποία ονομάζεται⁵¹ «επίκτητη θλίψη» (learned helplessness). Στις οικογένειες που ασκείται υπερβολικός έλεγχος, όλες οι βασικές εκδηλώσεις της εφηβείας υφίστανται διαταραχή στον τομέα των ενθαρρύνσεων. Οι τάσεις ανεξαρτησίας όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά αντίθετα, αναστέλλονται. Πιθανότατα το βαθύτερο νόημα αυτής της συμπεριφοράς βρίσκεται στην άρνηση του δικαιώματος της ζωής στον έφηβο, του οποίου, τελικά, αποδοκιμάζονται όλες οι εκδηλώσεις. Η ύπαρξη μη ρεαλιστικών προσδοκιών, τις οποίες ο έφηβος δεν δύναται να πραγματοποιήσει, μπορεί να συνδυασθεί με τον υπέρμετρο έλεγχο προκειμένου να επηρεάσουν ευνοϊκά την κατάθλιψη: ο έφηβος αδυνατεί ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των γονέων του και οδηγείται στην απώλεια της εκτίμησης που τρέφει για τον εαυτό του, απώλεια η οποία αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα στον καθορισμό των καταθλίψεων. Τοποθετημένος σ' ένα, περιβάλλον που δεν τον αναγνωρίζει, τον καταπιέζει και το οποίο δεν μπορεί να τροποποιήσει, ο έφηβος είναι εκτεθειμένος, στην αντίδραση μέσα από την αυτοκτονία, αντίδραση την οποία κάνει επιτρεπτή η κατάθλιψη και της οποίας την εκδήλωση ευκολύνει η αύξηση της επίθεσης που δέχεται.

Αντίστροφα μια άλλη ομάδα οικογενειών εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, χαρακτηρίζεται από την απουσία ελέγχου, από ασυνάρτητες και

ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις και από έλλειψη κάθε προσδοκίας από τον έφηβο. Αυτές οι θέσεις πιθανώς εκφράζουν την αδιαφορία των γονέων και τα επακόλουθα της (αμέλεια, συναισθηματική και παιδαγωγική ένδεια) τα οποία εμφανίζονται συχνά στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου⁵². Έκδηλη είναι επίσης η απουσία επιδοκιμασίας με καταθλιπτικές συνέπειες. Η ανεκτική στάση των γονέων μπορεί να εμφανίζεται ως φωτισμένος φιλελευθερισμός, του οποίου όμως οι αξιώσεις για μοντερνισμό καλύπτουν τις διαστάσεις και τα πραγματικά κίνητρα. Αυτή η στάση υπακούει σε κοινωνικές και ψυχολογικές αιτιολογίες. Πρώτα – πρώτα, οι αναταραχές του σύγχρονου τρόπου ζωής έχουν μεταβάλλει την οργάνωση της οικογένειας. Η ανάπτυξη της «πυρηνικής οικογένειας» στα αστικά κέντρα απομονώνει τους γονείς όσο και τα παιδιά. Η ενότητα της οικογένειας διαρκώς περιορίζεται από εξωτερικές επιδράσεις, ορισμένες από τις οποίες μπορούν να αποδειχθούν (όπως η υπερβολική απασχόληση στην τηλεόραση) ενώ άλλες μπορούν δυσκολότερα να ελεγχθούν (όπως οι απαιτήσεις του χρόνου εργασίας των γονέων). Τα παιδιά δεν εξαρτώνται πλέον από τους γονείς όμως για να αποκτήσουν ορισμένες τεχνικές και κοινωνικές επιδεξιότητες. Η συχνά ανώνυμη συμμετοχή σε μια τεχνική κοινωνία περιορίζει την εντόπιση ταυτοτήτων των γονέων, η οποία δεν είναι πλέον το ολοκλήρωμα ενός συνεπούς συστήματος αξιών στο οποίο θα μπορούσαν ν' αναγνωρισθούν. Όλα αυτά τα στοιχεία συνεργούν ώστε να καταστήσουν τους γονείς αβέβαιους για το ρόλο τους απέναντι στα παιδιά. Όταν οι σύγχρονοι γονείς χάνουν την εμπιστοσύνη τους στους στόχους που πρέπει να επιδιώξουν μπορούν να καταλήξουν στο ν' αποφεύγουν τις συγκρούσεις με τους εφήβους αντί να τις διεκπεραιώνουν. Αυτή η τάση μπορεί να οξυνθεί περισσότερο αν οι γονείς δεν έχουν ξεπεράσει σωστά τη δική τους εφηβεία. Η εφηβική διεργασία⁵³ μπορεί να μην τελειώσει ποτέ οριστικά. Αν οι γονείς εξακολουθούν να είναι δεσμευμένοι με τη δική τους εφηβεία, μπορεί να έχουν την τάση να συνταυτιστούν, με τα παιδιά τους. Με διεργασίες πραγματικής αντιταύτισης ο Deutch βλέπει την αναζήτηση μιας νίκης, στα δικά τους γονικά πρότυπα, υιοθετούν τους στόχους, τους τρόπους ζωής, το ντύσιμο και τη διασκέδαση των παιδιών τους. Η ανεκτίμητη στάση, που καταργεί τους περιορισμούς, τα απαραίτητα σημεία αναφοράς και τα πρότυπα, προκαλεί αίσθημα ανασφάλειας στον έφηβο.

Οι έφηβοι αυτοί συναντούν μια υπεροχή και μια επιδοκιμασία, ένα θα ήθελαν να προσκρούσουν σε περιορισμούς και να αγωνισθούν εναντίον τους. Αυτή η συνενοχή τους, ωθεί την αμφισβήτηση των αξιών των ενηλίκων. Οι γονείς αντιπροσωπεύουν ένα απογοητευτικό ιδανικό, του εγώ και σ' αυτό αποδίδεται η εύρεση ορισμένων καταθλίψεων του εφήβου, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως «καταθλίψεις λόγω κατωτερότητας», πραγματικής «ασθένειας της γενίκευσης, σε αντίθεση με τις καταθλίψεις λόγω ενοχής».

Οι δύο αντίθετες θέσεις που υιοθετούν οι γονείς, σε οικογένειες εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας⁵⁴, έχουν ως κοινό στοιχείο ότι και στις δύο είναι αποτυπωμένη έχθρα. Ο υπερβολικός έλεγχος στηρίζει την επιθετικότητα ακόμα και αν παίρνει τη μορφή μιας υπερπροστασίας, η οποία είναι συχνά μια αντίδραση απέναντι σ' εχθρικά συναισθήματα. Η αδιαφορία αποτελεί επίσης μια μορφή παθητικής επιθετικότητας. Οι εχθρικές στάσεις μέσα στην οικογένεια, παίζουν ουσιαστικό ρόλο στη γένεση των τάσεων αυτοκτονίας του εφήβου.

Γενικά, ο ρόλος της έχθρας των οικείων προσώπων, έχει προσεχθεί λιγότερο απ' ό,τι η έχθρα η οποία κατευθύνεται εναντίον του ίδιου του εαυτού. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν πολλαπλά επιχειρήματα υπέρ του ρόλου των εχθρικών σχέσεων στην αυτοκτονία του εφήβου. Και πρώτα το συναίσθημα, που αναφέρεται πιο συχνά κατά τη στιγμή της πράξης, είναι ο θυμός, η οργή, γεγονός το οποίο⁵⁵ μας διαβεβαιώνει ότι η αυτοκτονία του εφήβου, τυπικά αποτελεί μια αντίδραση σε μια διαπροσωπική σύγκρουση. Ο πιο συχνός παράγοντας, ο οποίος την υποκινεί, είναι μια σύγκρουση με τους γονείς, στο 45% των περιπτώσεων του Marks (1979) και στο 52% των περιπτώσεων του Tischler (1981). Συχνά τα εχθρικά αισθήματα των γονέων εκφράζονται στον έφηβο. Οι Rosenbaum και Richman (1970) μελετώντας άτομα με τάσεις αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένων και εφήβων μένουν έκπληκτοι όταν λαμβάνουν καταφατικές απαντήσεις από άτομα του άμεσου περιβάλλοντος, στην ακόλουθη ερώτηση «Σκεφτήκατε ποτέ ότι ήταν (ο ασθενής που έχει τάσεις αυτοκτονίας) ένα πολύ βαρύ φορτίο το οποίο μπορεί δύσκολα να υποφέρει κανείς;». Υπογραμμίζουν ότι ο ασθενής με τάσεις αυτοκτονίας βρίσκεται σε μια μοναδική θέση όπου ενώ δέχεται μια σημαντική επιθετικότητα από τους άλλους, είναι ανίκανος ή τον έχουν απαγορεύσει να την ανταποδώσει.

Σημειώνουν ότι οι επιθυμίες θανάτου εκφράζονται σε μια απροσδόκητη συχνότητα από την οικογένεια, με σαφή ή συγκεκριμένο τρόπο. Τα πρώτα λόγια μιας μητέρας όταν είδε το γιο της στο νοσοκομείο ήταν τα εξής «την επομένη φορά φρόντισε να διαλέξεις μια ψηλότερη γέφυρα». Μια άλλη έλεγε στην κόρη της «Θα κάνω ότι μπορώ για να σου δείξω την αγάπη μου, θα σου ανοίξω εγώ το παράθυρο να πηδήξεις» και μια άλλη έλεγε μετά από την δηλητηρίαση κόρης της με αντιεπιληπτικά «την επόμενη φορά να πάρεις ολόκληρο το κουτί».

Αυτή η εχθρικότητα ριζώνεται κατά την διάρκεια της φάσης απομάκρυνσης – εξατομίκευσης, στην προβληματική της οποίας εμπλέκονται οι γονείς και τα παιδιά κατά την εφηβεία. Ο Stierlin (1974) περιέγραψε τρεις βαριές μορφές διαστροφής της φάσης αυτής, τις οποίες χαρακτήρισε ως δέσμευση (binding), εξουσιοδότηση (delegating) και εκδίωξη (expelling). Στη «δέσμευση» απαγορεύεται κάθε απόπειρα αυτονομίας, γιατί αντιπροσωπεύει μια αναπόφευκτη απειλή ρήξης. Η διατήρηση μιας συγχωρητικής σχέσης είναι απαραίτητη για την ψυχολογική επιβίωση των γονέων. Ο κόσμος του εφήβου πρέπει να περιορίζεται στην οικογένεια. Κάθε προσπάθεια να ξεφύγει απ' αυτή αποτελεί μια πράξη επανάστασης, ένα κίνδυνο για τους γονείς. Ο οικογενειακός μύθος επιβάλλει την απόλυτη εξάρτηση από την οικογένεια, ως απαραίτητη συνθήκη για την επιβίωση και την ασφάλεια κάθε μέλους της. Στην «εξουσιοδότηση», ο έφηβος παραμένει μια προέκταση των γονέων του, η οποία προορίζεται να ικανοποιήσει τις επιθυμίες τους, να εκπληρώσει τις φιλοδοξίες τους. Συνειδητά ή ασυνειδητά, του αρνούνται κάθε δυνατότητα ατομικού προσανατολισμού και δεν του αναγνωρίζουν το δικαίωμα να έχει άλλες ανάγκες, εκτός από αυτές που του απαγορεύουν. Ένα ιδιαίτερο παράδειγμα της εξουσιοδότησης αντιπροσωπεύει η «αντιστροφή των ρόλων» (role reversal), η οποία παρεμβαίνει στον καθορισμό των αυτοκτονιών του εφήβου⁵⁶. Στην αντιστροφή των ρόλων έχουμε αλλαγή αρμοδιοτήτων παιδιών και γονέων. Ο έφηβος αισθάνεται ότι δεν τροποποιείται η ανάγκη του να υποστηρίζεται από τους γονείς. Δέσμιος μιας κατάστασης, την οποία είναι ανίκανος να αντιστρέψει, θα αποπειραθεί να ξεφύγει με την αυτοκτονία, η οποία αποτελεί μια άστατη προσπάθεια να αποκαταστήσει το γονέα στο ρόλο του: υιοθετώντας το ρόλο του ασθενούς, ο έφηβος υποχρεώνει το γονέα να τον φροντίσει και να ζητήσει μ' αυτό τον τρόπο τη φυσιολογική του αρμοδιότητα.

Στη σύνδεση και στην εξουσιοδότηση ο ένας από τους δύο γονείς ή και οι δύο εκλαμβάνουν τις διεκδικήσεις του παιδιού τους για αυτονομία και εχθρική συμπεριφορά, γιατί απειλεί την ψυχολογική τους ισορροπία. Ο έφηβος είναι διχασμένος ανάμεσα σε δύο καταστάσεις: ή ν' αποδεχθεί την θέση των γονιών του, οπότε θα τον καταβροχθίσει η συμβίωση, ή ν' απομακρυνθεί και να υποστεί τη διαταραχή που προκαλεί η εγκατάλειψη. Δεν μπορεί να σταθεί σ' αυτή την αδιανόητη εκλογή ή ν' αποπειραθεί να ξεφύγει απ' αυτή μέσα από την πράξη αυτοκτονίας. Η «εκδίωξη» αποτελεί τον τελευταίο τύπο παθολογικής διευθέτησης της φάσης απομάκρυνσης – εξατομίκευσης που έχει περιγράψει από τον Stierlin. Η φυσική ή συναισθηματική απομάκρυνση του εφήβου, είναι η απαιτούμενη λύση στις συγκρούσεις της εφηβείας των γονέων που δεν έχουν ξεπερασθεί. Ο Sabbath (1969) αναπτύσσει μια ανάλογη άποψη στην αντίληψη του για το «θυσιαζόμενο» παιδί (the expendible child). Οι συγκρούσεις που αντιτάσσουν τον έφηβο στους γονείς του, επανεργοποιούν σ' αυτούς μη αποδεκτές τάσεις, που συνδέονται με τη δική τους εφηβεία και από τις οποίες δεν έχουν απαλλαγές.

Αυτές οι παρεκκλίσεις της δεύτερης φάσης της απομάκρυνσης – εξατομίκευσης παραπέμπουν τόσο στην ιστορία των γονέων, όσο και στον έφηβο: μαρτυρούν γενικά ότι ο ένας από τους γονείς ή και οι δύο απέτυχαν στη δική τους πορεία απομάκρυνσης από τους γονείς τους. Το γεγονός ότι ο έφηβος δεν μπορεί να επεξεργασθεί τη δεύτερη φάση της απομάκρυνσης – εξατομίκευσης, οφείλεται στο ότι δεν έχει ολοκληρώσει την πρώτη⁵⁷.

Οι συγκρούσεις αναφορικά με την εξάρτηση αποτελούν εμπόδιο για την ευτυχή εξέλιξη της πρώτης φάσης της απομάκρυνσης – εξατομίκευσης. Οι γονείς με το τέχνασμα της προβολικής ταύτισης, μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον έφηβο σαν δεσμοφύλακα των δικών τους άσχημων πλευρών. Το παιδί, λοιπόν, κάνει ένα απαραίτητο ρόλο για την αμυντική οργάνωση των γονιών σ' αυτή την περίπτωση ο έφηβος οφείλει να χρησιμοποιήσει δύο αντίθετες απαιτήσεις: να απαλλάξει τους γονείς του απ' όσα αποδοκιμάζουν τους εαυτούς τους, διατηρώντας ταυτόχρονα στη σχέση⁵⁸. Πράγματι σε αντίθεση με την «εκδίωξη» του Stierlin, η εξωτερίκευση των αποδοκιμασθέντων πλευρών των γονέων δεν είναι πλήρης, με προβολική ταύτιση, της οποίας ο τρόπος λειτουργίας απαιτεί τη συνέχεια της σχέσης.

Ο έφηβος παγιδευμένος σ' αυτό το χωρίς λύση δίλημμα, δεν μπορεί να μείνει ούτε να φύγει και η αυτοχειρική πράξη αποπειράται να τον ελευθερώσει απ' αυτόν τον νοσηρό και καταστροφικό τρόπο ζωής. (Henry Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Σύμφωνα με τον Β. Κ. Αναστασιάδη (Αθήνα, 1993) οι σπουδαιότεροι οικογενειακοί παράγοντες που οδηγούν εφήβους σε απόπειρες αυτοκτονίας είναι οι εξής: Διαλυμένη οικογένεια, απώλεια γονέων (του ενός ή και των δύο), απώλεια ή απουσία ενός από τα αδέρφια του, απομάκρυνση του από την οικογένεια του, φυσική απουσία ενός γονέα (κυρίως του πατέρα) οικογενειακή αστάθεια και χαοτικές συνθήκες διαβίωσης, έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας με την οικογένεια του και διακοπή κάθε δεσμού μαζί της, με συνέπεια να κυριεύεται από μοναξιά, απογοήτευση και απόρριψη, υπερπροστατευτισμός και αυταρχισμός των γονέων, έλλειψη κάποιας ανεξαρτησίας και αυτονομίας, ασφυκτικός έλεγχος και πολύ καταπιεστική συμπεριφορά των γονιών απέναντι του, η οποία επιφέρει αδιέξοδο και κατάθλιψη και πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές (δηλαδή μη ρεαλιστικές) προσδοκίες των γονέων του από αυτόν. Εκτός από αυτούς άλλοι παράγοντες είναι η μη καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης του και συνεχής αποθάρρυνση του για ανάληψη πρωτοβουλιών, απουσία κάθε ελέγχου του και κάθε προσδοκίας από αυτόν (υπέρμετρος έλεγχος και η σωματική και ψυχολογική επιθετικότητα δημιουργούν και επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα), έλλειψη ενθάρρυνσης, συμπαράστασης και καθοδήγησης του εκ μέρους των γονέων του, συναισθηματικές και σχολικές αποτυχίες και κάποτε και διάλυση φίλων του, προβληματική παιδική ηλικία, απομόνωση και ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, μελαγχολία και προπάντων έντονη κατάθλιψη, που είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας διαδικασίας αποσταθεροποίησης και αποσύνθεσης της παιδικής και της εφηβικής προσωπικότητας, και τέλος το μη υγιές κοινωνικό περιβάλλον και η απουσία υγιών ιδανικών (καταναλωτισμός, υλισμός, βία, ναρκωτικά, πορνεία, απομυθοποίηση των βασικών κοινωνικών θεσμών, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο και η εκκλησία).

Αλλά η κυριότερη αιτία είναι η χρόνια οικογενειακή αστάθεια ή διαταραχή, διαζύγιο ή απομάκρυνση των γονέων από την οικογένεια (50%) ενώ ο θάνατος τους δεν είναι τόσο σημαντική αιτία. Ιδιαίτερα οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, η απουσία επικοινωνίας και αληθινών συναισθηματικών δεσμών με την οικογένεια, εχθρότητα των γονέων προς τον έφηβο και αλκοολικοί γονείς, που είχαν τάση για αυτοκτονία, και προπάντων (πιο συχνά) οι συγκρούσεις των γονέων μεταξύ τους, με

δύο λόγια η μακροχρόνια φθορά των οικογενειακών δεσμών οδηγούν τους εφήβους στην αυτοκτονία. Ιδιαίτερα η τελευταία αιτία στις μισές περιπτώσεις τους οδηγεί στη συνεχή αποφυγή της οικογένειας και στις άλλες μισές στην απουσία της επικοινωνίας τους με αυτήν. Γενικά οι προβληματικές οικογένειες και οι κακές σχέσεις των εφήβων με τις οικογένειες τους και κυρίως με τις μητέρες τους, που υπέφεραν από κατάθλιψη ή σοβαρή νευρώση και ανάθρεψαν τα παιδιά τους με ασυνεπή και όχι σωστή αγωγή αποτελούν σοβαρό παράγοντα για την εξώθηση των εφήβων στην αυτοκτονία. Το 1989 η χώρα μας είχε το χαμηλότερο ποσοστό στις αυτοκτονίες των εφήβων (στην Αθήνα ήταν λιγότεροι ενώ στις αγροτικές περιοχές περισσότεροι εξαιτίας της μεγάλης παρέμβασης των γονέων τους στην προσωπική τους ζωή και της δυσκολίας τους λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων να βρουν συναισθηματικές διεξόδους).

Τελικά όσο περισσότερο επιχειρούμε να εντοπίσουμε τους οικογενειακούς παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν για τις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου τόσο, περισσότερο οδηγούμαστε στο ν' αποδώσουμε ένα προνομιούχο ρόλο στις πρόωρες παθολογικές αλληλεπιδράσεις. Οι πρόωρες ανεπάρκειες στην οργάνωση της προσωπικότητας, μπορούν να μείνουν καλυμμένες μέχρι την εφηβεία, η οποία κινητοποιώντας τις ικανότητες προσαρμογής αποκαλύπτει τις αδυναμίες. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η καταστροφική λύση μιας απόκλισης της ανάπτυξης η αιτία της οποίας θα πρέπει να αναζητηθεί από την πρώτη κιόλας παιδική ηλικία σε μια παθογενετική οικογενειακή δυναμική για την οποία οι ψυχαναλυτικές και συστημικές προσεγγίσεις δίνουν μια σχετικά συγκλίνουσα εικόνα η οποία όμως στερείται από πραγματική εξειδίκευση. Οι απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου δεν μας παραπέμπουν σε ένα μοναδικό οικογενειακό καθορισμό, αλλά σε πολλαπλούς παράγοντες τους οποίους μπορούμε να συναντήσουμε στην αιτιολογία άλλων παθολογικών συμπεριφορών από τις νευρώσεις μέχρι τις ψυχώσεις. Λαμβάνοντας υπόψη κανείς αυτή την πολυπλοκότητα, αν δεν είναι πλέον δυνατόν να αμφισβητήσει τη συμβολή της οικογένειας στον καθαρισμό της αυτοκτονίας, είναι συνετό να θεωρήσουμε κάθε επεξηγηματικό μοντέλο της οικογενειακής δυσλειτουργίας ως μια όχι απόλυτη και μερική πρόταση η οποία δεν αποκλείει και άλλους ψυχοπαθολογικούς προσανατολισμούς. Εάν δεν είναι σίγουρο ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου αποτελεί διέξοδο από μια πρώιμη ανωμαλία της ανάπτυξης, είναι, πια, αποδεκτό ότι συχνά είναι η κατάληξη μιας προσπάθειας απομάκρυνσης

των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων. Οι Teictier και Jacobs⁵⁹ εντάσσουν αυτή τη διπλή προοδευτική κίνηση της απομάκρυνση από την οικογένεια και την κοινωνία σε μια εξέλιξη με τρία στάδια: 1) ένα μακρύ παρελθόν προβλημάτων από την παιδική ηλικία μέχρι την είσοδο στην εφηβεία 2) μια περίοδο συνεχούς αναμόρφωσης, κατά την οποία προστίθενται και άλλα προβλήματα 3) το τελικό στάδιο, με την αλυσιδωτή διάλυση και των τελευταίων σχέσεων του εφήβου, τις εβδομάδες και τις ημέρες, που προηγούνται της απόπειρας, αυτοκτονίας. Μια μελέτη⁶⁰ επιβεβαιώνει και την περιγραφή της «διαδρομής πριν από την αυτοκτονία» η φάση πριν από τη αυτοκτονία δεν διαρκεί περισσότερο από μερικούς μήνες ή μερικές εβδομάδες, αλλά η «διαδρομή» συχνά αρχίζει τρία ή πέντε χρόνια πριν από την πράξη. Η φθορά των οικογενειακών σχέσεων στις μισές περιπτώσεις σηματοδοτείται από μια συνεχή αποφυγή της οικογένειας, και σε μια απουσία επικοινωνίας. Αυτή η ρήξη των οικογενειακών σχέσεων αποτελεί παράγοντα κατάθλιψης του εφήβου, ο οποίος δεν αναμορφώνεται από την ένταξη του σε ομάδες. Αυτή η κοινωνική αλλοτρίωση κάνει ιδιαίτερα ευάλωτο τον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. Μια καινούργια ρήξη, μια καινούργια αποτυχία, επισπεύδουν την αυτοκτονική φυγή του εφήβου, η οποία φαίνεται να είναι η μόνη συνεπής ανάμεσα στο κενό των σχέσεων του (Henry Chabrol, μετ. Α. Τερζογλου, Αθήνα, 1987).

Όπως η θρησκεία προστατεύει τον άνθρωπο από την αυτοκτονία μόνο επειδή και κατά το μέτρο που είναι μια κοινωνία, έτσι και άλλες μορφές κοινωνίας μπορούν να παράγουν τα ίδια αποτελέσματα. Μια τέτοια μορφή κοινωνίας είναι και η οικογένεια.

Η αποτρεπτική επιρροή έναντι της αυτοκτονίας, που η οικογένεια διασφαλίζει, πρέπει να αναζητηθεί στο ρόλο των συζύγων, των παιδιών και των συγγενών. Η πυκνότητα που εξασφαλίζουν όλοι οι παραπάνω στην οικογενειακή ομάδα αυξάνει τη ζωτικότητα. Σε μια οικογένεια τα αισθήματα και οι κοινές μνήμες είναι έντονες, αφού υπάρχουν πολλές συνειδήσεις που μπορούν ν' αντιπροσωπευθούν και να ενισχυθούν υιοθετώντας τις. Σχηματίζονται έτσι τόσο ισχυρές παραδόσεις για να ενωθούν τα μέλη της ομάδας.

Ειδικότερα οι πολυάριθμες οικογένειες εξασφαλίζουν διάρκεια στην ύπαρξή τους, όρος σημαντικός για να διατηρείται μια κοινωνική ομάδα σταθερή.

Οι συλλογικές καταστάσεις είναι δυναμικές και πολυάριθμες λόγω της ενεργητικής ανταλλαγής απόψεων και εντυπώσεων. Η συναλλαγή αυτή είναι γρήγορη και αδιάκοποι, αφού οι κοινωνικές μονάδες βρίσκονται πάντα σ' επαφή, οπότε δεν υπάρχουν στιγμές που η κοινωνική ζωή αναστέλλεται.

Αντιθέτως, όταν η οικογενειακή ζωή αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα (π.χ χηρεία), ο δεσμός μεταξύ των μελών χαλαρώνει. Αναμφίβολα, αν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια προσδένουν τον χηρευμένο στη ζωή, αλλά ταυτόχρονα κάνουν την κρίση εντονότερη. Γιατί δεν καταστράφηκε μόνο η συζυγική σχέση, αλλά επειδή η λειτουργία της οικογενειακής κοινωνίας συνεχίζεται με πολλά εμπόδια. Λείπει ένα βασικό της στοιχείο και ολόκληρος ο μηχανισμός αποδιοργανώνεται. Ένας τέτοιος τύπος οικογένειας χάνει το πλεονέκτημα της προστασίας γιατί σαν κοινότητα υπολειτουργεί, ο βαθμός ολοκλήρωσης δεν είναι ο επιθυμητός.

Το συμπέρασμα είναι πως η οικογένεια σαν μια κοινωνική λειτουργία όσο ισχυρότερη είναι η δομή της, όσο ισχυρότερα έχει συσταθεί, τόσο ισχυρότερη προστασία παρέχει ενάντια στην αυτοκτονία.

Ζ.4. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ - ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σχετικά με την αυτοκτονία και τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι τα αναπτυξιακά επιτεύγματα που πρέπει να κατακτηθούν από τον έφηβο, γεγονός που τον βάζει σε δοκιμασία, επειδή πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που πηγάζουν από την κατάκτηση αυτών των επιτευγμάτων. Ως συνέπεια αυτού δημιουργείται στρες, που είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο συνήθως στην περίοδο αυτή συναντάται η κρίση την εφηβεία, που είναι μια από τις φυσιολογικές εξελικτικές κρίσεις και που κατά κανόνα συνοδεύεται από μια μεγάλη ποικιλία στην συμπεριφορά. Είναι βέβαια απαραίτητα να είναι κανείς σε θέση να ξεχωρίσει τι είναι φυσιολογικό και τι δεν είναι και, ιδίως, ποια εκτροπή και, επομένως, ποια συμπεριφορά είναι φυσιολογική και ποια είναι ενδεικτική μιας παθολογίας.

Ανεξαρτητοποίηση με την παράλληλη αποδέσμευση από τις γονεϊκές εικόνες είναι το κλειδί των διεργασιών της εφηβείας. Μια άλλη σημαντική διεργασία είναι η παλινδρόμηση που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση παλαιότερων σχημάτων συμπεριφοράς. Υποστηρίζεται ότι ο έφηβος πρέπει να έρθει σε επαφή με τα πάθη της

βρεφικής και πρώιμης παιδικής ηλικίας για να καταστεί δυνατό να εγκαταλειφθούν οι αρχικές επενδύσεις⁶¹. Τότε μόνο το παρελθόν μπορεί να σβήσει σε συνειδητές και ασυνειδητές αναμνήσεις. Είναι σαν ο έφηβος να πρέπει πρώτα να παλινδρομήσει, προτού κάνει ένα άλμα προς τα εμπρός. Η αμφιθυμία που έχει ο έφηβος είναι επίσης ένα άλλο χαρακτηριστικό που υποδηλώνει την παρουσία στην εφηβεία χαρακτηριστικό που υποδουλώνει την παρουσία στην εφηβεία χαρακτηριστικών από προηγούμενα στάδια της ανάπτυξης. Αυτή μπορεί να εκφραστεί με τη συναισθηματική αστάθεια στις σχέσεις, την παρατηρούμενη αντίθεση στο τι σκέφτεται και τι αισθάνεται και τις παράλογες και παράδοξες αλλαγές στην συμπεριφορά. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να αντανακλούν διακυμάνσεις μεταξύ αγάπης και μίσους, παραδοχής και απόρριψης, την παρουσία της προσωπικής συμμετοχής ή όχι. Τα παραπάνω χαρακτηρίζουν τις σχέσεις των προηγούμενων σταδίων της ανάπτυξης, που έρχονται στην επιφάνεια ακόμη μια φορά στην εφηβεία. Αυτές οι διακυμάνσεις στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του εφήβου είναι ενδεικτικές των διαδικασιών της ανάπτυξης, επηρεάζουν όμως βαθύτατα τους γονείς του εφήβου, που μερικές φορές βρίσκονται σε αμηχανία ή και απόγνωση.

Όλα αυτά τα στοιχεία είναι επίσης ενδεικτικά μιας ανωριμότητας, αλλά ακριβώς αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι η ανωριμότητα είναι ουσιαστικό στοιχείο υγείας για την εφηβεία. Υπάρχει μόνο μια θεραπεία για την ανωριμότητα της εφηβείας και αυτή είναι το πέρασμα του χρόνου και η ωρίμανση που μπορεί να έρθει με το πέρασμα του χρόνου⁶². Η ανωριμότητα σύμφωνα με τον ίδιο τον Mignoncatt είναι το πιο πολύτιμο πράγμα της εφηβείας. Σε αυτήν υπάρχουν τα πιο σημαντικά στοιχεία της δημιουργικότητας των νέων αντιλήψεων και των πρωτοποριακών ιδεών για τη ζωή.

Παρακάτω θα εξετασθεί από πιο κοντά τι συμβαίνει στη σχέση εφήβου – γονέα, ποια είναι τα αναμενόμενα αναπτυξιακά επιτεύγματα του εφήβου, τι συμβαίνει με τους ίδιους τους γονείς και τις δικές του ανάγκες, ιδίως αν ληφθεί υπόψη ότι πολύ συχνά η κρίση της εφηβείας συμπίπτει με την κρίση της μέσης ηλικίας των γονέων και γενικότερα της μεταξύ των προβλημάτων που παρατηρούνται στην εφηβεία και των εξελικτικών προβλημάτων της ηλικίας των γονέων.

Ειδικότερα, τα αναμενόμενα αναπτυξιακά επιτεύγματα του εφήβου είναι:

- 1) Ο έφηβος κινείται μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας. Η σχέση του με το γονέα χρειάζεται να ξαναδουλευτεί μέσα από τις διεργασίες της μετάβασης από την παιδική ηλικία στη ενήλικη ζωή. Ο τελικός στόχος βέβαια είναι να πετύχει την αυτονομία και την ανεξαρτητοποίησή του. Δύο βασικές διεργασίες απαιτούνται από την πλευρά του εφήβου: Η μια είναι οι διαδικασίες του πένθους, μέσα από τις οποίες περνάει ο έφηβος και ότι σημαίνει γι' αυτόν η απώλεια της παιδικής του ηλικίας. Η άλλη είναι η επώδυνη διαδικασία της απεξιδανίκευσης των γονέων του.
 - 2) Ο έφηβος πρέπει να εξοικειωθεί με τις συμβαινουσες σωματικές μεταβολές. Οι αρμονικές αλλαγές επίσης επηρεάζουν την σεξουαλική ανάπτυξη. Ο έφηβος δηλαδή, αποκτά την αίσθηση της ώριμης σωματικής του ανάπτυξης. Εδώ συμπεριλαμβάνεται η στάση του εφήβου απέναντι στον εαυτό του ως αρσενικό ή θηλυκό πρόσωπο. Ο έφηβος αρχίζει να αισθάνεται ότι είναι ο κάτοχος του σώματός του να αισθάνεται σαν ξένος στο σώμα του.
 - 3) Στενά συνδεδεμένο με το παραπάνω είναι το γεγονός ότι στην εφηβεία μπαίνουν οι βάσεις για τις ετεροφυλικές σχέσεις.
 - 4) Αρχίζει να δημιουργείται η αίσθηση του εαυτού του. Ο έφηβος αρχίζει να αισθάνεται ότι τα συναισθήματα και οι σκέψεις του είναι κάτι δικό του και δεν εξαρτώνται από τον τρόπο που αντιδρούν οι γονείς του. Αρχίζει να σχηματίζει το σύστημα των δικών του αξιών ιδεών και στάσεων προς τη ζωή.
 - 5) Η σχέση του με τους συνομήλικούς του μεταβάλλεται, τροποποιείται, αναθεωρείται όσον αφορά στα πρότυπα συμπεριφοράς και στο σύστημα αξιών. Εδώ συμπεριλαμβάνεται και η ικανότητα του εφήβου να διαλέξει τους φίλους του και την παρέα του, των οποίων οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις από τους εαυτούς τους είναι τέτοιες, που ενισχύουν τις προσπάθειες του εφήβου και την επιθυμία του να γίνει ενήλικας.
 - 6) Η μελλοντική του επαγγελματική απασχόληση και οι στόχοι για την εκπαίδευση του και τον τρόπο ζωής διερευνώνται και αναθεωρούνται.
 - 7) Τα συστήματα αξιών της κοινωνίας, οι τρέχουσες ηθικές και φιλοσοφικές αξίες επανεξετάζονται από τον έφηβο. Ο έφηβος απορρίπτει μερικές από αυτές, ενώ παράλληλα προσπαθεί να ενστερνιστεί άλλες καινούργιες.
- Ενδιαφέρον έχει να δει κανείς τι συμβαίνει ειδικότερα στις σχέσεις εφήβου – γονέα, παίρνοντας ως παράδειγμα μερικά από τα βασικά αναπτυξιακά επιτεύγματα.

Η προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτησία αποτελεί απειλή για την ισορροπία που είχε η οικογένεια μέχρι την περίοδο αυτή όταν αρχίζουν οι διαδικασίες της ατομικοποίησης του εφήβου. Η ισορροπία αυτή πολύ συχνά εξαρτάται από τον βαθμό της εξάρτησης των παιδιών από τους γονείς τους και αντίστροφα. Η απειλή της ισορροπίας στην οικογένεια προκαλεί μια κρίση και οι γονείς μπορεί να αντιδράσουν ασκώντας μεγαλύτερο έλεγχο στον έφηβο, για να ενισχύσουν την εγκαθίδρυση μιας μεγαλύτερης εξάρτησης. Το τελευταίο μπορεί να ενισχύεται από τον ίδιο τον έφηβο, που ασυνείδητα μπορεί να το επιθυμεί, ενώ παράλληλα διαμαρτύρεται έντονα για να αποκτήσει την ανεξαρτησία του. Η αντίδραση των γονέων, μέσα από την οποία εφαρμόζονται κατασταλτικά μέτρα και ασκείται έντονος έλεγχος μπορεί να κάνει τον έφηβο να αντιδράσει με διάφορες εκδραματίσεις στην συμπεριφορά του (acting out) με απομάκρυνση και αποξένωση από την οικογένεια, με την αναζήτηση ψευδών λύσεων και πρόσκαιρων διεγέρσεων, με το σεξ, με τα ναρκωτικά, με αντικοινωνική συμπεριφορά, παράγοντες που δημιουργούν θετικές προϋποθέσεις για αυτοκτονία και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αντίθετα, ο έφηβος μπορεί να τρομάξει και να μείνει παλινδρομημένος και προσκολλημένος στους γονείς του. Υπάρχει και μια άλλη γονεϊκή, αντίδραση και αυτή είναι του τύπου «δε μας χρειάζεσαι πλέον, μπορείς να τα καταφέρεις μόνος σου». Αυτή η αντίδραση μπορεί να κάνει τον έφηβο να αποκτήσει μια ψευδή ωριμότητα, που βασίζεται σε ταυτίσεις με τον ώριμο και κομφορμιστή γονέα και όχι στις διαδικασίες της σταδιακής ωρίμανσης, μέσα από τις οποίες ανακαλύπτει τι ο ίδιος αναζητά.

Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, αυτή η πρόωγη απομάκρυνση του γονέα μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο στο να αισθανθεί μόνος, πολύ μικρός και απελπισμένος για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κόσμου των μεγάλων. Έτσι, παραμένει άβουλος και αναποφάσιστος, ενώ παράλληλα αναζητά διαρκώς στηρίγματα.

Είναι επίσης γνωστή η διαταραχή της ισορροπίας στις σχέσεις της οικογένειας, η οποία μπορεί να προκύψει από το ότι η κρίση της εφηβείας, συμπίπτει με την κρίση της μέσης ηλικίας, που χαρακτηρίζεται από την αίσθηση ότι ο χρόνος που υπάρχει στην διάθεση του καθενός είναι λίγος⁶³.

Το αποτέλεσμα είναι ότι ο μεσήλικας γονέας μπορεί να βλέπει με ευχαρίστηση αλλά και φθόνο το άνθισμα του γιου ή της κόρης και ως συνέπεια ο ίδιος να αισθάνεται και να φέρεται αντιφατικά στον έφηβο. Να χαιρέται για την

ανάπτυξή του, ενώ παράλληλα, κάνοντας ο ίδιος τους απολογισμούς του της δικής του ζωής, να βλέπει με πόνο πράγματα που ο ίδιος δεν είχε να τα έχουν τα παιδιά του, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι ούτε θα τα έχει. Ο φθόνος που συνεγείρεται τότε μπορεί να είναι έντονος, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά του στον έφηβο γιο του ή κόρη να είναι αλλοπρόσαλλη και αντιφατική.

Μια άλλη αντίδραση μπορεί να είναι, η προσπάθεια των γονέων να αναστείλουν τους διάφορους τρόπους έκφρασης της σεξουαλικότητας των εφήβων, όπως με το να γίνουν απαγορευτικοί μαζί του σε θέματα εξόδων, φλερτ κ.τ.λ. εκλογικεύοντας τις απαγορεύσεις τους, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από συγκρούσεις. Εάν μάλιστα συνυπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες στέρησης ή απόρριψης, που δυσκολεύουν τον έφηβο να δεχτεί την ανάδυση της σεξουαλικότητας του, τότε η όλη διαδικασία φορτίζεται με άγχος, ενοχή, ψυχικό πόνο, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε απόπειρα αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί από μικρό δείγμα εφήβων με απόπειρα αυτοκτονίας, που εξετάστηκαν στο Νοσοκομείο παιδων «Αγία Σοφία», ότι η δεύτερη πιο συχνή αιτία ήταν συγκρούσεις εφήβων (κοριτσιών) με τους γονείς τους σε θέματα που αφορούν τις ετεροφυλικές σχέσεις. Από τις συνεντεύξεις με τους γονείς αυτών των εφήβων συχνά διαπιστώθηκε ότι οι γονείς, ιδίως του ίδιου φύλου, είχαν συχνά μια στερημένη παιδική και εφηβική ηλικία με πολύ απαγορευτικούς γονείς σε θέματα ετεροφυλικών σχέσεων. Το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν μπορούσαν να αντέξουν:

- 1) Την πρόκληση ή τον φθόνο που αισθάνονταν γιατί τα παιδιά τους περνούσαν μια φάση που στους ίδιους δεν είχε επιτραπεί να περάσουν.
- 2) Την αγανάκτηση που αισθάνονται μέσα τους από το γεγονός ότι αν και οι ίδιοι ήταν καλύτεροι γονείς από τους γονείς τους, τα παιδιά τους πήγαιναν ενάντια στις προσδοκίες τους. Οι γονείς προβάλλουν στα παιδιά τους πλευρές του εαυτού τους.

Από τα παραπάνω φαίνεται πόσο επηρεάζουν θετικά στην αυτοκτονία εφήβων η στάση των γονέων τους στα αναπτυξιακά τους επιτεύγματα, όταν αυτά έρχονται σε σύγκρουση με αυτά που πιστεύουν οι γονείς. (Γ. Τσιάντης, Αθήνα, 1993).

Ζ.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΑΣΕΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Η τάση αυτοκτονίας μπορεί να φανεί παράλογη, αν αναφερθεί κανείς μόνο στα αίτια που την παρακίνησαν, τα οποία συχνά είναι ασήμαντα. Το εν ενεργεία γεγονός δεν είναι παρά ένας παράγοντας ανισορροπίας: μια αγάπη που δεν βρήκε ανταπόκριση ή μια σχολική αποτυχία, οδηγούν στην αυτοκτονία, μόνο αν βρουν απήχηση σε μια παρεκτραμμένη οικογενειακή δυναμική. Η προσφυγή σε μια συμπεριφορά αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από το αν λειτουργεί σαν επίκληση, ή αν πραγματικά υπερισχύει η επιθυμία θανάτου μαρτυρεί μια σοβαρή διαστροφή της επικοινωνίας του εφήβου με το οικογενειακό και το κοινωνικό του περιβάλλον. Η τάση αυτοκτονίας μεταφράζει την ανικανότητα της οικογένειας να εκπληρώνει το ρόλο της σαν στήριγμα του εφήβου ή εκφράζει και την άμεση ευθύνη της. Η στατιστική προσέγγιση της αυτοκτονίας του εφήβου, η οποία αποκαλύπτει τη συχνότητα των διαταραχών της οικογένειας εγγυάται για τη συμμετοχή της στην ανάπτυξη της αυτοκτονίας (Henry Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Η. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

(Στρεσογόνοι παράγοντες)

Στους έφηβους που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων. (μείζονων γεγονότων της ζωής) συνήθως τους τελευταίους 6 μήνες. Τέτοιοι παράγοντες είναι καυγάδες, μετακομίσεις, οικονομικές αποτυχίες, ανεργία, ανεπιθύμητοι τοκετοί, δικαστήρια και διαπροσωπικές απώλειες που συσχετίζονται περισσότερο με την αυτοκτονία, τέτοιες είναι οι αποχωρισμοί, εγκαταλείψεις, η απώλεια αγαπημένων προσώπου/ων λόγω θανάτου, διαζύγιο- χωρισμός. Το 1/3 περίπου των εφήβων δεν παρουσιάζει σοβαρές ψυχικές διαταραχές, αλλά καταφεύγει στην απόπειρα όταν βρεθεί κάτω από συνθήκες έντονου στρες. Οι παραπάνω παράγοντες και περισσότερο αυτός της διαπροσωπικής απώλειας αφορούν γονείς, συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους ακόμη και θεραπευτές. (Ν. Μάνου, Θεσ/νικη, 1988 / Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Θεσ/νικη, 1988).

Οι Γ. Ν. Χριστοδούλου και Β. Π. Κονταξάκης (Αθήνα, 1994) αναφέρουν ότι στην προκειμένη περίπτωση, όταν προσπαθεί κανείς να εκτιμήσει την πιθανότητα για αυτοκτονική συμπεριφορά, σημασία έχει να αξιολογήσει την προηγούμενη ικανότητα προσαρμογής του ατόμου σε στρεσογόνες συνθήκες και η γενικότερη προσαρμοστικότητα και ευκαμψία έναντι της ευθρατότητας και τάσης για απώλεια ελέγχου. Πρέπει δηλαδή να εκτιμηθούν οι δυνατότητες του εγώ για μη μαζικές παλινδρομήσεις, για έλεγχο των επιθετικών ενορμήσεων, για μετουσίωση και ουδετεροποίηση επιθετικότητας, για ύπαρξη δραστηριοτήτων που ευνοούν την εκφόρτιση με μη καταστροφικούς τρόπους και παρέχουν ικανοποίηση.

Στα παραπάνω σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λάρους ο ασταθής χαρακτήρας έχει χωρίς αμφιβολία τις ευθύνες του για πολλές περιπτώσεις συμπεριφοράς αυτόχειρα, που είναι ταυτόχρονα και υποτροπιάζουσες και από παρόρμηση: αυτές βρίσκουν την ευκαιρία να εκδηλωθούν με αφορμή κάθε είδους σκάνδαλα ή αποτυχίες. Η επαγγελματική, οικογενειακή ή συζυγική αστάθεια, η αστάθεια στις φιλικές ή ερωτικές σχέσεις, η επιθετικότητα ή η απάθεια αυτών των εφήβων, ιδιαίτερα μάλιστα η κακότητά τους έχουν ως συνέπεια μια κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα που την επιδεινώνουν οι εγκληματικές πράξεις.

Όταν βρεθούν σε καταστάσεις περίπλοκες ή εκρηκτικές οι ασταθούς χαρακτήρα έφηβοι ελπίζουν ότι θα ξεφύγουν με την αυτοκτονία: άλλοτε επιζητούν ειλικρινά τον θάνατο ως μια εφικτή διέξοδο κι άλλοτε η απειλή να σκοτωθούν με μια δήθεν εκτέλεση γίνεται μέσον να εξευμενίσουν και να υποτάξουν στις θελήσεις το οικείο περιβάλλον. Κι εδώ είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί κατά πόσο μετέχει ο ενσυνείδητος εκβιασμός: είναι βέβαιο ότι καταθλίψεις βαριάς μορφής που επιτάθηκαν από υπερβολική ποτοποσία και κατάχρηση ναρκωτικών με υψηλό βαθμό τοξικότητας κάνουν πιο εύκολο το πέρασμα στη πράξη.

Σε μια μελέτη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής της Αθήνας (Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα, 1994) για απόπειρες εφήβων παρατηρήθηκε ότι ένας σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας ήταν η εφηβεία και η καταπίεση της αυτονομίας του εφήβου. Εκείνα τα παιδιά, που είχαν καταφέρει να αναπτύξουν δραστηριότητες, όπως ενδιαφέρον σε διάβασμα ή σε μουσική είχαν επιτύχει να προστατευθούν από την αυτοκτονική συμπεριφορά, παρ' όλες τις καταπιεστικές συνθήκες.

Ο Βασ. Κ. Αναστασιάδης (Αθήνα, 1993) αναφέρεται σε αυτόν τον παραπάνω παράγοντα κινδύνου για τις απόπειρες και αυτοκτονίες των εφήβων. Τονίζει ότι η

αυτοκτονία οφείλεται σ' ένα ψυχικό βραχυκύκλωμα του εφήβου, σε μια ψυχική συρρίκνωση του, κατά την οποία κυριαρχούν τα συναισθήματα απελπισίας και η κυριαρχία του συναισθήματος πάνω στη λογική. Καταλήγει σ' αυτήν, με σκοπό να εκδικηθεί τα άτομα εκείνα που τα θεωρεί υπεύθυνα για τα αίτια της αυτοκτονίας του. Η βασική δηλαδή αιτία της ενέργειας του αυτής είναι η υπερβολική ευαισθησία του, που σχετίζεται και ενισχύεται και από την συναισθηματική αστάθεια της εφηβικής ηλικίας. Κατά βάθος ο αυτόχειρας νέος δεν θέλει το θάνατο, αλλά με την πράξη του αυτή εκδηλώνει την ανάγκη του να τον αφήσουν ήσυχο και απερίσπαστο να οργανώσει μόνος του την προσωπικότητά του. Έρευνες αποδεικνύουν ότι το 30% των νέων, που επιχειρούν ν' αυτοκτονήσουν προβαίνουν στην ενέργεια τους αυτή και για β' φορά, «ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό υποφέρει γι αρκετά χρόνια από ψυχικές διαταραχές» και ένα ελάχιστο ποσοστό οδηγείται στην ψύχωση.

Ο έφηβος με την πράξη του αυτή, που την πραγματοποιεί μέσα σε μια κατάσταση συγχυσμένης συνείδησης και που δεν ξέρει καλά καλά ούτε ο ίδιος να τη δικαιολογήσει, επιδιώκει να ασκήσει πίεση στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του (οικογένεια) και να τραβήξει την προσοχή των συνομήλικών του. Στην ουσία η πράξη αυτή εξωτερικεύει ένα μήνυμα διαταραχής, απελπισίας και έντονης οργής και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια για επικοινωνία με τον κοινωνικό του περίγυρο και μια απελπισμένη κραυγή για αγάπη και βοήθεια. Δηλαδή με την αυτοκτονία, που συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και την επιθετικότητα, εκφράζει ο έφηβος την τραγική αδυναμία του απέναντι σ' ένα περιβάλλον, που τον συνθλίβει, καθώς και την επιθυμία του να ξεφύγει από μια οδυνηρή γι' αυτόν εσωτερική και εξωτερική κατάσταση. Τη θεωρεί αυτή ανυπόφορη και αναπόφευκτη και πιστεύει ότι θα την ξεφύγει μόνο με τον αυτοχειρισμό του. Η αδυναμία του να ελέγξει μια κατάσταση ανυπόφορη και η πίστη του ότι είναι αδύνατο να την ξεφύγει τον δημιουργούν μια κατάσταση δυστυχίας, με αποτέλεσμα να καταφεύγει στην πράξη αυτή, γιατί τη θεωρεί σαν μια ύστατη προσπάθεια να ξεφύγει από μια ανυπόφορη σύγκρουση. Το άτομο αυτό ζει μόνο στο παρόν. Δεν έχει μέλλον και νιώθει ανίκανο να δώσει μορφή στα σχέδια του και λύσεις στα προβλήματά του.

Ιδιαίτερα οι αυξημένες απαιτήσεις από τη σωματική του ανάπτυξη και οι πολλαπλές και πιεστικές απαιτήσεις των γονέων και γενικά του περιβάλλοντος του για ανταγωνισμό και ιδίως για ακαδημαϊκή επιτυχία είναι δυνατόν να τον δημιουργήσουν συναισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας, με συνέπεια να οδηγηθεί στην αυτοπτιμωρία του με την αυτοκτονία, που τη θεωρεί ως μοναδική διέξοδο στην

αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Ο Jacobs υποστηρίζει ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία, οφείλονται στη βαθμιαία απομόνωση του εφήβου από ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις και στην αποτυχία των προσπαθειών του να λύσει με επιτυχία παλιά και νέα προβλήματά του. Σε μια έρευνα στην Ελλάδα για το διάστημα 1976-1980 σε 1120 απόπειρες αυτοκτονίας ως λόγοι αναφέρονται προβλήματα με τους γονείς 59%, προβλήματα με το άλλο φύλο 20,3%, υπερευαισθησία 9%, προβλήματα με το σχολείο 8% και ψυχοπάθειες 3%. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των οικογενειών των παιδιών αυτών κατά 60% είναι χαμηλό κατά 30% μέσο και μόνο κατά 10% υψηλό.

Μια βασική αιτία για την εκδήλωση αυτής της αυτοκαταστροφικής τάσης είναι η ίδια η εφηβεία. Ευτυχώς όμως μόνο σ' ένα μικρό ποσοστό επιφέρει προσωρινές διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ στη μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων αυτή εξελίσσεται χωρίς κρίσεις και αξιοσημείωτες διαταραχές. Η αντικοινωνικότητα του εφήβου και η αστάθεια του στις προσωπικές του σχέσεις, που του επιφέρουν κοινωνικό εξοστρακισμό και δικαστικές ακόμη κυρώσεις, η απουσία ελέγχου, η αποφυγή κάθε ευχαρίστησης, κάθε ευκαιρίας για επιτυχία και κάθε δυνατότητας για ικανοποιητική σχέση και προπάντων η έλλειψη αυτοεκτίμησης τον εξωθούν στην άρνηση της ζωής. Τα άτομα αυτά με τέτοιες τάσεις χαρακτηρίζονται από αβουλία, έντονη οργή, εχθρική συμπεριφορά και σοβαρή φυσική επιθετικότητα, που απευθύνεται κυρίως στους γονείς του. Γι' αυτό αν υπάρχουν έντονες οικογενειακές συγκρούσεις και δεν μπορούν αυτές να τακτοποιηθούν με επάρκεια, τότε επιβάλλεται η απομάκρυνση του εφήβου από την οικογένειά του και η διαβίωσή του σ' ένα καλύτερο περιβάλλον.

Ένας άλλο λόγος που συμβάλλει στην κατάσταση αυτή, είναι και η κρίση ταυτότητας, που διέρχεται ο έφηβος για το ποια θέση θα πάρει πάνω στο πρόβλημα της επιλογής των αξιών που θα θέσει ως στόχο του στη ζωή του. Αυτή συντελεί ακόμη και στο να συγκρουστεί με την οικογένειά του και να απομακρυνθεί από αυτήν, για να αποκτήσει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του. Μερικές φορές η κρίση αυτή είναι τόσο οδυνηρή και τόσο αγχωτική ώστε, αν δεν βρει τη λύση ή τουλάχιστο αν δεν την αναβάλλει, μπορεί να φτάσει και στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας. Γι' αυτό και είναι απαραίτητο για τον έφηβο η ένταξη του σε ομάδες και η σύναψη φιλιών με συνομήλικούς του. Η ενσωμάτωση του εφήβου στην ομάδα, στην οποία θα συναντήσει μοντέλα για ταύτιση, αποτελεί ένα στάδιο, για να βρει την ταυτότητά του. Αυτή δεν αποκτιέται με την απομόνωση, αλλά με την επικοινωνία

του, με την οικογένειά του και τους συνομήλικούς του. Σ' ένα φυσιολογικό έφηβο μπορούν να συνυπάρχουν παράλληλα ο ισχυρός δεσμός και με την οικογένειά του και με την ομάδα του ή την παρέα του. Τελικά όμως η ένταξη του εφήβου στην ομάδα δεν επαρκεί σ' έναν έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας να τον αποτρέψει από την αυτοκτονία.

7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

A. Ο ΕΓΩΪΣΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ο συγκεκριμένος κοινωνικός τύπος βασίζεται σε τρία συμπεράσματα όπως προκύπτουν απ' τις κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας.

- 1) Η αυτοκτονία κυμαίνεται αντιστρόφως ανάλογα με το βαθμό ολοκλήρωσης της θρησκευτικής κοινωνίας.
- 2) Η αυτοκτονία κυμαίνεται αντιστρόφως ανάλογα με το βαθμό ολοκλήρωσης της οικογένειας.
- 3) Η αυτοκτονία κυμαίνεται αντιστρόφως ανάλογα με το βαθμό ολοκλήρωσης της πολιτικής κοινωνίας.

Η παραπάνω ταξινόμηση δείχνει ότι ενώ οι διαφορετικές αυτές κοινωνίες έχουν κάποια επίδραση στην αυτοκτονία, αυτό οφείλεται όχι στο ειδικό χαρακτήρα κάθε μιας, αλλά σε μια αιτία κοινή σε όλες. Η κοινή ιδιότητα των κοινωνικών αυτών ομάδων είναι η ισχυρή ολοκλήρωσή τους. Έτσι το γενικό συμπέρασμα είναι πως η αυτοκτονία διακυμαίνεται αντίστροφα προς το βαθμό ολοκλήρωσης των κοινωνικών ομάδων όπου το άτομο αποτελεί ένα μέρος τους.

Όσο πιο εξασθετισμένες είναι οι ομάδες που ανήκει κανείς τόσο λιγότερο εξαρτάται απ' αυτές και κατά συνέπεια τόσο περισσότερο εξαρτάται απ' τον εαυτό του και δεν αναγνωρίζει άλλους κανόνες συμπεριφοράς από εκείνους που θεμελιώνονται από τα ιδιωτικά του συμφέροντα. Αν αυτή η κατάσταση ονομαστεί εγωισμός, όπου το ατομικό εγώ αυτοεπιβεβαιώνεται υπερβάλλοντας το κοινωνικό εγώ και σε βάρος του, τότε μπορεί να ονομαστεί

εγωιστικός ο ιδιαίτερος τύπος της αυτοκτονίας που αναπηδά από υπερβολικό ατομισμό (Durkheim).

Εφόσον η συλλογική δύναμη είναι ένα από τα εμπόδια που περιορίζει καλύτερα την αυτοκτονία, η εξασθένησή της συνεπάγεται μια ανάπτυξη της αυτοκτονίας. Όταν η κοινωνία είναι ισχυρά ολοκληρωμένη, κρατά τα άτομα κάτω από την εξάρτησή της, στην υπηρεσία της και έτσι τα εμποδίζει να αυτοδιατίθενται σύμφωνα με τις προσωπικές επιθυμίες. Κατά συνέπεια ένας τρόπος που δηλώνει αυτή την αντίθεση είναι η αυτοκτονία.

Πως μπορεί η κοινωνία να επιβάλλει την υπεροχή της πάνω στα άτομα που αρνούνται να δεχτούν την υποταγή αυτή σαν νόμιμη; Δεν κατέχει πια την απαιτούμενη εξουσία να τα κρατήσει στα καθήκοντά τους εάν επιθυμούν να την εγκαταλείψουν. Επιπλέον έχοντας συνειδητοποιήσει αυτή την αδυναμία της, αναγνωρίζει το δικαίωμα να κάνουν ελεύθερα εκείνο που δεν μπορεί πια να εμποδίσει. Κατά το μέτρο που το άτομο είναι ο κύριος της τύχης του, του ανήκει και ο τερματισμός της ζωής του.

Αλλά και τα άτομα, εφόσον δεν δέχονται πια το συλλογικό πνεύμα της κοινωνίας, δεν έχουν λόγο να υπομένουν τα βάσανα της ύπαρξής. Γιατί προσκολλώνται στη ζωή ισχυρότερα όταν είναι αλληλέγγυα με την ομάδα που ανήκουν έτσι ώστε να μην προσδώσουν τα συμφέροντα που προέταξαν στα δικά τους. Ο δεσμός που τα ενώνει με μια κοινή αιτία τα προσδένει στη ζωή και ο υψηλός σκοπός που οραματίζονται τα εμποδίζει απ' το να νοιώθουν τόσο βαθιά τις προσωπικές τους ταραχές.

Σε μια συνεκτική και ολοκληρωμένη κοινωνία υπάρχει μια διαρκής ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων απ' όλους στον καθένα και απ' τον καθένα προς όλους, σαν μια αμοιβαία υποστήριξη που αντί να ρίχνει το άτομο στις δικές του δυνάμεις το οδηγεί στη συμμετοχή της συλλογικής ενέργειας, υποστηρίζοντας το όταν η δική του έχει εξαντληθεί.

Ο υπερβολικός ατομικισμός δεν έχει μόνο σαν αποτέλεσμα να ευνοεί τη δράση των αιτιών που γεννάν την αυτοκτονία, αλλά είναι καθεαυτός μια τέτοια αιτία. Δεν απελευθερώνει μόνο την κλίση του ατόμου ν' αυτοκαταστραφεί από ένα προστατευτικό εμπόδιο, αλλά δημιουργεί αυτή την κλίση στην ολότητά της γεννώντας έτσι μια ιδιαίτερη αυτοκτονία που φέρνει το σημάδι του.

Ο υπερβολικός ατομικισμός ενέχει ένα στοιχείο που οδηγεί το άτομο στην αυτοκαταστροφή. Τις περισσότερες φορές ο άνθρωπος δε μπορεί να ζήσει χωρίς πρόσδεση σε κάποιο αντικείμενο που τον περιβάλλει, εξ αιτίας της συλλογικής του υπόστασης. Η ζωή είναι ανυπόφορη, εκτός αν περικλείει ένα λόγο για την ύπαρξη, κάποιο σκοπό που να δικαιολογεί τις δοκιμασίες της. Μόνο του το άτομο δεν αποτελεί επαρκή σκοπό. Άρα, όταν δεν υπάρχει άλλο αντικείμενο έξω από τον εαυτό, το άτομο δεν μπορεί να δρατετεύσει από τη σκέψη ότι οι προσπάθειές του θα καταλήξουν στο τίποτα καθώς και το ίδιο θα εξαφανίζεται.

Ο εκμηδενισμός αυτός είναι τρομακτικός καθώς κάτω απ' αυτούς του όρους χάνει κανείς το κουράγιο να υπάρχει, δηλαδή να αγωνίζεται ξέροντας εκ των προτέρων πως τίποτε δεν θα παραμείνει απ' την προσπάθειά του. Η κατάσταση του εγωισμού, δηλαδή, αντιστρατεύεται στην ουσία της ανθρώπινης ύπαρξης, αποπροσανατολίζει το άτομο, οδηγώντας το σε επικίνδυνες καταστάσεις απομόνωσης, και αποξένωσης όπως η αυτοκτονία.

Β. Ο ΑΛΤΡΟΥΪΣΤΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Όπως η υπερβολική εξατομίκευση οδηγεί στη αυτοκτονία, η ανεπαρκής εξατομίκευση παράγει τα ίδια αποτελέσματα. Όταν ο άνθρωπος έχει αποσπασθεί από την κοινωνία αυτοκτονεί ευκολότερα, όπως επίσης όταν είναι υπερβολικά ισχυρά δεμένος με την κοινωνία. (Durkheim).

Μια ιστορική αναδρομή δείχνει ότι η αυτοκτονία είναι πολύ συχνό φαινόμενο μεταξύ κάποιων κοινωνικών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Συνοπτικά πρόκειται :

- α) Για αυτοκτονίες ανδρών που έχουν εξασθενήσει από κάποια αρρώστια.
- β) Αυτοκτονίες γυναικών μετά το θάνατο του συζύγου.
- γ) Αυτοκτονίες οπαδών μετά το θάνατο του αρχηγού τους.

Όλες οι παραπάνω αυτοκτονίες έχουν το χαρακτηριστικό πως οι αυτόχειρες θεωρούσαν χρέος τους την αυτοκτονία. Αν κάποιος επέμενε να ζήσει, έχανε το δημόσιο σεβασμό. Το βάρος της κοινωνίας επιδρά πάνω στο άτομο και το οδηγεί στην αυτοκαταστροφή, σαν μια παραγγελία ή προσταγή.

Εφόσον η κοινωνία είναι ικανή να εξαναγκάσει ορισμένα μέλη της ν' αυτοκτονήσουν, η προσωπικότητα πρέπει να έχει μικρή αξία. Για να καταλαμβάνει το άτομο μια τόσο μικρή θέση στη συλλογική ζωή, θα πρέπει να είναι σχεδόν απόλυτα απορροφημένο από την ομάδα, η οποία με τη σειρά της θα πρέπει να είναι πολύ ισχυρά ολοκληρωμένη. Η συλλογική επίβλεψη είναι διαρκής, εκτεινόμενη στο κάθε τι, εμποδίζοντας αποκλίσεις.

Το άτομο δεν έχει τα μέσα να δημιουργήσει ένα ιδιαίτερο περιβάλλον που κάτω από τη σκέπη του θα μπορούσε ν' αναπτύξει τη φύση του και να σχηματίσει τη φυσιολογία του. Δυσκολοδιάκριτος από κάθε άποψη από τους συντρόφους του, αποτελεί ένα αδιαχώριστο μέρος του συνόλου χωρίς προσωπική αξία.

Σχηματοποιείται ένας ξεχωριστός τύπος αυτοκτονίας, διαφορετικός από τον εγωιστικό, που οφείλεται σε υπερβολική εξατομίκευση. Ο νέος αυτός τύπος οφείλεται σε μια στοιχειώδη εξατομίκευση, αφού η κοινωνία κρατά το άτομο τόσο αυστηρά υπό την εξάρτησή της. Ο Durkheim ονομάζει τον τύπο αυτό Αλτρονιστική αυτοκτονία αφού εκφράζει μια κατάσταση όπου το εγώ δεν ανήκει στον εαυτό του, όπου αναμιγνύεται με κάτι που δεν είναι δικό του, αλλά ο πόλος της συμπεριφοράς είναι εξωτερικός και ανήκει σε κάποια από τις ομάδες που το άτομο συμμετέχει.

Σε πολλές περιπτώσεις το άτομο αυτοκτονεί χωρίς φανερά να είναι υποχρεωμένο να το κάνει. Επειδή η δημόσια γνώμη δεν επιβάλλει την αυτοκτονία επισήμως συχνά της προσδίδει ένα κοινωνικό γόητρο το οποίο ενισχύει. Η άρνηση κάποιου να αυτοκτονήσει αντιστοιχεί σε ένα είδος τιμωρίας, απομόνωσης, στιγματισμού. Το άτομο αναγκάζεται να αυτοκτονήσει για να επανακτηθεί και να αποκατασταθεί η εκτίμησή.

Ένα παράδειγμα αλτρονιστικής αυτοκτονίας είναι ένας μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας. Η παθητική πειθαρχία, η απόλυτη υποταγή, η απεπροσωποποίηση που υφίσταται ο νεοσύλλεκτος ταιριάζουν με τη θεωρία του αλτρονισμού, όπως αυτός αναπτύχθηκε και που χωρίς την παρουσία του δεν υπάρχει στρατιωτικό πνεύμα. Κάτω απ' αυτή την επίδραση ο στρατιώτης αυτοκτονεί με την ελάχιστη απογοήτευση, για τους πιο μάταιους λόγους, για μια άρνηση άδειας, για μια επίπληξη, για μια άδικη ποινή, μια καθυστέρηση εξόδου, ένα θέμα τιμής.

Γ. Η ΑΝΟΜΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η κοινωνία δεν είναι μόνο ένα αντικείμενο που προσελκύει τα αισθήματα και τις δραστηριότητες των ατόμων με άνιση ένταση. Είναι ακόμη και μια δύναμη που τις ελέγχει. Υπάρχει μια σχέση μεταξύ του τρόπου που επιτελείται η ρυθμιστική αυτή δράση και της κοινωνικής αναλογίας της αυτοκτονίας.

Όταν δεν υπάρχει σωστή ρύθμιση στην κοινωνία υπάρχει ανομία, η ανομία είναι ένας τακτικός και ειδικός παράγοντας στην αυτοκτονία στις σύγχρονες κοινωνίες είναι μια από τις πηγές που τρέφεται η ετήσια αντιπροσωπευτική ομάδα.

Το είδος αυτό της άνομης αυτοκτονίας προκύπτει από το γεγονός ότι η δραστηριότητα του ανθρώπου στερείται ρύθμιση και από τα βάσανά του που ακολουθούν. Στην άνομη αυτοκτονία απουσιάζει η επίδραση της κοινωνίας από τα βασικά ατομικά πάθη, αφήνοντας τα έτσι χωρίς χαλιναγώγηση.

Είναι ένα πολύ γνωστό γεγονός ότι οι οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τις αυτοκτονίες, αυτό δεν οφείλεται στο γεγονός ότι προκαλούν πενία, αφού οι κρίσεις ευημερίας έχουν το ίδιο αποτέλεσμα, οφείλεται στο γεγονός ότι είναι κρίσεις, δηλαδή διαταραχές της συλλογικής τάξης. Κάθε ρωγμή της ισορροπίας ακόμη και εάν επιτυγχάνει μεγαλύτερη άνεση και μια ανύψωση της γενικής ζωτικότητας, σπρώχνει στον θεληματικό θάνατο. Κάθε φορά που πραγματοποιούνται σοβαρές αναπροσαρμογές στο κοινωνικό σώμα, ανεξάρτητα αν οφείλονται σε μια ξαφνική ανάπτυξη ή ένα απροσδόκητο κατακλυσμό, οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη κλίση για αυτοκαταστροφή.

Κανένα ζωντανό ον δεν μπορεί να είναι ευτυχισμένο εκτός εάν οι ανάγκες του αναλογούν με επάρκεια στα μέσα του. Με άλλες λέξεις, εάν οι ανάγκες του απαιτούν περισσότερα απ' όσα μπορεί να παράγει ή ακόμη κατά διαφορετικό θα βρίσκονται κάτω από συνεχή προστριβή και δεν θα λειτουργούν ανώδυνα. Μια κίνηση που δεν μπορεί να παραχθεί χωρίς οδύνη τείνει να μην αναπαράγεται. Οι ανικανοποίητες τάσεις ατροφούν και καθώς το κίνητρο για ζωή είναι κυρίως το αποτέλεσμα όλων των υπολοίπων είναι ταγμένο να εξασθενίζει καθώς οι άλλες χαλαρώνουν.

Στην περίπτωση μάλιστα των οικονομικών καταστροφών ή κρίσεων συμβαίνει κάτι σαν μια αποταξινόμηση που ρίχνει ξαφνικά ορισμένα άτομα σε μια κατάσταση πολύ κατώτερη. Τότε πρέπει να συμπέσουν τις απαιτήσεις τους, να περιορίσουν τις ανάγκες τους, να διδαχθούν μεγαλύτερο αυτοέλεγχο. Όλοι οι καρποί της κοινωνικής δράσης χάνονται κατά τον λόγο που τους αφορούν, η ηθική τους

εκπαίδευση πρέπει να ξαναρχίσει. Αλλά η κοινωνία δεν μπορεί να τους προσαρμόσει στιγμιαία σ' αυτήν την νέα ζωή και να τους διδάξει ν' ασκήσουν την μεγενθυμένη αυτοκαταστολή που είναι ασυνήθιστοι. Έτσι δεν προσαρμόζονται στον όρο που τους επιβάλλεται κάτι το ίδιο τους το μέλλον είναι ανυπόφορο, από κει προέρχεται και η οδύνη που τους αποσπά από μια συμπιεσμένη ύπαρξη ακόμη και πριν την εμπειριωθούν.

Αλλά δεν είναι διαφορετικό αν η πηγή της κρίσης είναι μια απότομη αύξηση της δύναμης και του πλούτου. Τότε αληθινά, καθώς μεταβάλλονται οι συνθήκες της ζωής, η κλίμακα που σύμφωνα μ' αυτήν ρυθμίζονται οι ανάγκες δεν παραμένει η ίδια γιατί κυμαίνεται με τους κοινωνικούς πόρους καθώς εκτεταμένα προσδιορίζει την μερίδα κάθε κατηγορίας παραγωγών. Η βαθμονομία ανατρέπεται, αλλά μια καινούργια διαβάθμιση δεν μπορεί ν' αυτοσχεδιασθεί αμέσως.

Η κατάσταση απουσίας ρύθμισης ή ανομίας ενισχύεται περισσότερο με το να είναι λιγότερο πειθαρχημένα τα πάθη όταν ακριβώς χρειάζονται ισχυρότερη πειθάρχηση.

Ακόμη και εάν η ανομία δεν εμφανίζεται ποτέ εκτός, σε διαλείποντα αναβλύσματα και σε μορφές οξείας κρίσης, εντούτοις μπορεί να προκαλέσει την διακύμανση της αναλογίας της αυτοκτονίας από καιρό σε καιρό αλλά δεν θα είναι ένας κανονικός διαρκής παράγοντας. Όμως σε μια σφαίρα της κοινωνικής ζωής, στον κόσμο του εμπορίου και της βιομηχανίας, γίνεται πράγματι μια χρόνια κατάσταση.

Η άνομη αυτοκτονία διαφέρει από τους άλλους δύο στην εξάρτηση του, όχι από τον τρόπο του τα ρυθμίζει. Η εγωιστική αυτοκτονία προκύπτει από το γεγονός ότι ο άνθρωπος δεν βρίσκει πια μια βάση για ύπαρξη στη ζωή η αλτρουιστική αυτοκτονία, επειδή η βάση αυτή για την ύπαρξη φαίνεται στον άνθρωπο να τοποθετείται επέκεινα από την ίδια τη ζωή.

Ασφαλώς η άνομη και η εγωιστική αυτοκτονία έχουν συγγενικούς δεσμούς. Και οι δύο αναπηδούν από την ανεπαρκή παρουσία της κοινωνίας στα άτομα. Αλλά η σφαίρα της απουσίας της δεν είναι η ίδια και στις δύο περιπτώσεις. Στην εγωιστική αυτοκτονία ελλείπει αληθινά η συλλογική δραστηριότητα, στερώντας έτσι στην δεύτερη από αντικείμενο και σημασία. Παρά τις σχέσεις τους, κατά συνέπεια, οι δύο τύποι είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους. Μπορεί κανείς να προσφέρει στην κοινωνία καθετί που είναι κοινωνικό μέσα μας, και ακόμη να εξακολουθεί να είναι ανίκανος να περιορίσει τις επιθυμίες του μπορεί κανείς να ζει σε μια ακόμη κατάσταση χωρίς να είναι εγωιστής και αντίστροφα. Τα δύο αυτά είδη των αυτοκτονιών, δεν

στρατολογούν κυρίως από τα ίδια κοινωνικά περιβάλλοντα την κύρια «πελατεία» τους.

8. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ – ΠΡΟΜΗΝΥΜΑΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Οι ειδικοί όπως Η. Chabrol, που ασχολούνται με το σοβαρό αυτό πρόβλημα, διαπιστώνουν έξι βασικούς παράγοντες, που είναι επικίνδυνοι και είναι δυνατό να οδηγήσουν τον έφηβο στην αυτοκτονία: α) ψυχιατρική διάγνωση ψύχωσης και παθολογικής προσωπικότητας, β) οικογενειακός αλκοολισμός, γ) Ατομικό ιστορικό με διαταραχές συμπεριφοράς και δυσκολίες σχετικά με το χαρακτήρα και τις σπουδές, δ) Παθολογικές οικογενειακές σχέσεις, ε) Προέλευση από οικογένεια με 4 ή περισσότερα παιδιά και στ) Καταθλιπτικές τάσεις.

Η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί ένα βασικό προμήνυμα της τάσης του έφηβου για αυτοκτονία και σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη θεωρείται άμεσα υπεύθυνη γι' αυτήν. Γι' αυτό η διάγνωση και η θεραπεία της αποτελούν την κυριότερη προφύλαξη τους εφήβου από την αυτοκτονία. Με την κατάθλιψη προσπαθεί να αμυνθεί απέναντι στο διαταραγμένο περιβάλλον τους. Οποσδήποτε όμως αυτή είναι ένα δυσδιάγνωστο επικίνδυνο ψυχικό φαινόμενο, γιατί ο έφηβος, που βασανίζεται από μέτρια κατάθλιψη, συμπεριφέρεται φυσιολογικά και δεν την εξωτερικεύει εύκολα, παρά μόνο όταν γίνει αυτή οξεία. Η κατάθλιψη έχει μια βιοχημική και νευροορμονική βάση και κυοφορείται σιγά σιγά σε περίοδο εβδομάδων και μηνών. Γι' αυτό απαιτείται να έχουν οι γονείς συχνή επαφή με τον έφηβο τους, ώστε να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του, για να τους ανοίγει την καρδιά του στις δυσκολίες του. Επειδή όμως υποκρίνεται παίζοντας θέατρο, η διάγνωση της κατάθλιψης απαιτεί μεγάλη προσοχή και υπομονή και γι' αυτό μερικές φορές μόνο ένας ειδικός μπορεί να τη διαγνώσει. Μόνο όταν τον προσέξει κανείς σε ώρες, που νομίζει ότι δεν τον βλέπει κανένας, θα μπορέσει να αντιληφθεί και να διαπιστωθεί το φοβερό βάσανο κατάθλιψης τους, που τον κατατρώνει (Αναστασιάδης Βασ. Κ. Αθήνα, 1993).

Μερικά χαρακτηριστικά εφηβικής συμπεριφοράς ενδεικτικά υψηλής επικινδυνότητας και παράγοντες επικινδυνότητας, τόσο στον έφηβο όσο και στην οικογένεια του παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποια είναι εκείνα τα συμπεριφερσιολογικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ο έφηβος, με βάση τα οποία μπορεί να αποφασίσει ο παιδίατρος, ο γενικός γιατρός κ.τ.λ. ότι υπάρχει διαταραχή των ψυχολογικών λειτουργιών. Αυτά είναι τα εξής:

1) Φυσιολογικά και παροδικά στρες. Αυτά απορρέουν από τις πολλές πιέσεις που δέχεται ο έφηβος, πιέσεις εσωτερικές και εξωτερικές. Στην περίπτωση αυτή ο φυσιολογικός έφηβος μπορεί να λειτουργεί φυσιολογικά, ακόμα και αν έχει συμπτώματα στρες. Ο έφηβος μπορεί κάτω από στρες να αισθάνεται άγχος, κατάθλιψη, να είναι θυμωμένος ή ανήσυχος για πάρα πολλούς λόγους. Αυτό όμως είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια και δεν παρεμποδίζεται η δουλειά του στο σχολείο, οι σχέσεις με τους συνομήλικους και γενικά η ζωή του.

2) Ψυχική διαταραχή νευρωσικού τύπου. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ομαλής αναπτυξιακής διαδικασίας. Η διαταραχή αυτή δεν εμποδίζει τον έφηβο να αντιμετωπίζει τις εσωτερικές πιέσεις και τις πιέσεις από την εξωτερική πραγματικότητα. Ο έφηβος διατηρεί άθικτη την ικανότητα του να κατανοεί τι του συμβαίνει και να μπορεί να έχει τον έλεγχο της πραγματικότητας (reality testing). Για παράδειγμα, μπορεί να αισθάνεται ότι οι άλλοι τον κοιτάζουν αλλά γνωρίζει ότι αυτό δεν συμβαίνει πραγματικά. Η νευρωσική όμως διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του να εργαστεί ή να αισθάνεται ευτυχής με την προσωπική του ζωή. Πρέπει βέβαια στην περίπτωση αυτή, να λάβουμε υπόψη και την ηλικία που έχει ο έφηβος εμφανίζει το πρόβλημα. Για παράδειγμα, δεν είναι σημείο ενδεικτικό νευρωσικής διαταραχής όταν ο έφηβος των 15 ετών έχει τεράστια σύγκρουση γύρω από τον αυνανισμό, αλλά είναι ενδεικτικό νευρωσικής διαταραχής αν το ίδιο αγόρι δεν μπορεί να αυνανιστεί σε ηλικία 18 ετών. Η στάση αυτή δείχνει τον έντονο φόβο του να δεχτεί τα σεξουαλικά του συναισθήματα. Μπορεί επίσης να είναι μια ένδειξη ότι δεν μπορεί να δεχτεί το σώμα του και την σεξουαλικότητά του.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται επίσης ποικίλες νευρωσικές εκδηλώσεις, όπως εκτός από την προαναφέρουσα κατάθλιψη, ο φόβος, διάφορα άγχη και ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγίες, καταβολή, αδυναμίες

και ανορεξία, που μπορεί να φτάσει και μέχρι την ψυχογενή ανορεξία της εφηβικής ηλικίας.

- 3) Ψυχική διαταραχή με την μορφή της ψύχωσης. Στην περίπτωση αυτή, ο έφηβος έχει χάσει την επαφή με την πραγματικότητα, δεν μπορεί να ξεχωρίσει τι συμβαίνει στην εξωτερική πραγματικότητα και τι είναι παράγωγο του νου του, εδώ υπάγεται η ψύχωση με τη μορφή της σχιζοφρένειας και η συναισθηματική ψύχωση που ισοδυναμεί με τη μελαγχολία. Στις περιπτώσεις αυτές, η διαταραχή της ανάπτυξης είναι πολύ σοβαρή και υπάρχουν συμπτώματα ενδεικτικά διαταραχής στη σκέψη, στην ομιλία, στο συναίσθημα. Ο έφηβος, μπορεί να ακούει φωνές, να είναι πολύ επιθετικός και διαρκώς να παραμελεί σοβαρά τον εαυτό του. Σε άλλες περιπτώσεις όμως η σοβαρή διαταραχή μπορεί να εκφράζεται με απόσυρση από την εξωτερική πραγματικότητα και κλείσιμο στον εαυτό ή απομόνωση στο φανταστικό του κόσμο. Η διαταραχή στη σκέψη μπορεί να είναι έντονη και να έχει τη μορφή παραληρητικού χαρακτήρα. Είναι πολύ σημαντικό στις περιπτώσεις αυτές να γίνει έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή στον ειδικό. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρω ότι μερικές φορές μπορεί να υπάρχει άρνηση ή άγνοια από τη μεριά των γιατρών για να γίνει η διάγνωση, πράγμα που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο έφηβος να φτάσει με μεγάλη καθυστέρηση στον ειδικό (Τσιάντης Ι. Αθήνα, 1993).

Πίνακας 5

Χαρακτηριστικά εφηβικής συμπεριφοράς ενδεικτικά επικινδυνότητας.

- 1) Ανάγκη να βρεθούν ναρκωτικά ή να γίνει χρήση αλκοόλ σαν ένα μέσο με το οποίο προσπαθεί ο έφηβος να αντιμετωπίσει θέματα που έχουν σχέση με το σχολείο, τη διασκέδαση ή το σεξ.
- 2) Απότομη πτώση στην ακαδημαϊκή επίδοση.
- 3) Συμπεριφορά που θέτει σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα (απρόσεχτη οδήγηση αυτοκινήτου ή δικύκλου, χρήση καπνού, χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφυλακτικά μέτρα ή με ψυχαναγκαστικό τρόπο)
- 4) Κοινωνική απομόνωση. Έλλειψη φίλων ή φλερτ, έλλειψη επικοινωνίας με άλλους (τηλέφωνα κ.τ.λ)
- 5) Παθολογική ενασχόληση με άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ή είναι γνωστά για έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά.
- 6) Φυγές από το σπίτι
- 7) Απειλή για απόπειρα αυτοκτονίας
- 8) Δραματικές αλλαγές στο βάρος και στους ρυθμούς του ύπνου
- 9) Έντονη ακεφιά, αδιαφορία για προσωπική εμφάνιση και καθαριότητα
- 10) Σεξουαλικές πράξεις με μικρότερα παιδιά
- 11) Καθ' έξη καταφυγή στο ψέμα ακόμα και όταν δεν χρειάζεται
- 12) Σκασιαρχείο
- 13) Εφηβική εγκυμοσύνη
- 14) Έντονη φαντασιωσική ζωή, που εμποδίζει τη μαθησιακή διαδικασία, τις σχέσεις με συνομήλικους, τον ύπνο
- 15) Ένταξη σε ομάδες συνομήλικων με αντικοινωνική και καταστροφική συμπεριφορά
- 16) Υπερβολική ενασχόληση με τη θρησκεία ή θρησκευτικές δοκιμασίες που στερούν τη δυνατότητα για φυσιολογική διερεύνηση της τρέχουσας πραγματικότητας.

Πίνακας 6

Παράγοντες επικινδυνότητας (οικογένειες, έφηβοι)

- Εξαιρετικά δύσκαμπτες οικογένειες με πολύ κλειστά όρια
- Χαοτικές και με χωρίς όρια αποδιοργανωμένες οικογένειες
- Χρόνια ασθένεια στην οικογένεια
- Διαζύγιο ή χρόνια συζυγική αρμονία
- Υπαρξη προηγούμενων μαθησιακών διαταραχών ή διαταραχών της ελλειμματικής προσοχής
- Επανελημμένη ακαδημαϊκή αποτυχία ή αποτυχία στις κοινωνικές σχέσεις
- Αδέλφια με αντικοινωνικές δραστηριότητες

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τον Ε. Δημητρίου (Γ.Ν Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα, 1904) οι παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση αποπειρών αυτοκτονίας είναι οι εξής:

- 1) Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας αυξάνει την πιθανότητα θανάτου από αυτοκτονία
- 2) Διάφορα νοσήματα και διαταραχές (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κατάχρηση τοξικών ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας) χαρακτηρίζονται από υψηλότερη αναλογία αυτοκτονιών.
- 3) Οι άνδρες αυτοκτονούν πιο συχνά από τις γυναίκες. Στην Ελλάδα η αναλογία ανδρών – γυναικών είναι 2:1
- 4) Οι ηλικιωμένοι αυτοκτονούν πιο συχνά από τους νέους, αλλά ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται πως είναι αυξημένος και για άτομα της όψιμης εφηβείας.
- 5) Κάτοικοι των αστικών περιοχών έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Σε μερικές χώρες παρατηρείται το αντίθετο π.χ στην Ελλάδα.
- 6) Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνει την πιθανότητα μιας νέας απόπειρας αλλά και αυτοκτονίας. Άτομα που είχαν κάνει σοβαρή απόπειρα έχουν πολύ αυξημένη την πιθανότητα να αυτοκτονήσουν κατά τους επόμενους τρεις μήνες ή τα επόμενα 2 με 4 χρόνια

- 7) Ο γάμος, η θρησκευτικότητα, η σταθερή εργασία η καλή φυσική κατάσταση, θεωρείται ότι προστατεύουν το άτομο από την αυτοκτονία.
- 8) Η εθνική εγρήγορση μειώνει την συχνότητα των αυτοκτονιών. Στην Ελλάδα οι αυτοκτονίες είχαν μειωθεί σημαντικά κατά την διάρκεια του Ελληνο-Τουρκικού πολέμου 1921-22

9. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Παρά την πληθώρα ερευνών σχετικών με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δεν έγινε δυνατό μέχρι σήμερα να καθιερωθούν κριτήρια που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αναγνώριση των ατόμων τα οποία θα αποπειραθούν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Όμως, η μέχρι σήμερα εμπειρία, σε συνδυασμό και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό, στην ανίχνευση των ατόμων που παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς θα πρέπει να γίνει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης, σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση. Η ενδονοσοκομειακή προτιμάται στις σοβαρές περιπτώσεις / απόπειρες για άτομα με έντονες αυτοκαταστροφικές τάσεις, άτομα που πάσχουν από σοβαρό ψυχικό νόσημα και ιδιαίτερα για άτομα χωρίς σύστημα κοινωνικής υποστήριξης. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη σύνθεση και εκπαίδευση της θεραπευτικής ομάδας και στην οργάνωση του χώρου όπου νοσηλεύεται ο ασθενής. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι πολυδιάστατη και εκτός από τις ειδικές θεραπευτικές τεχνικές όπως ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να περιλαμβάνει και προσπάθεια εμπλοκής ατόμων του περιβάλλοντος του ασθενή με σκοπό την τροποποίηση κοινωνικών παραμέτρων που λειτουργούν ως στρεσογόνα ερεθίσματα.

Η χρήση των δημογραφικών δεικτών έχει αμφίβολη αξία. Επειδή η αυτοκτονία δεν είναι συχνό γεγονός ο κλινικός αντιμετωπίζει το πρόβλημα των «λανθασμένων θετικών» (false positive) και «λανθασμένων» αρνητικών (false negative) περιστατικών. Επίσης οι μέχρι σήμερα γνώσεις σχετικά με το θέμα, δεν έγινε δυνατό να μας οδηγήσουν στην επινόηση μιας κατάλληλης για την περίπτωση διαγνωστικής τεχνικής. Γι'αυτό και ο κλινικός είναι υποχρεωμένος να βασισθεί στην

κλινική του πείρα και στις πληροφορίες που αφορούν το συγκεκριμένο ασθενή, για να αναγνωρίσει τους μέλλοντες αυτόχειρες. Πάντως αν ληφθεί υπ' όψη μας ότι τα 2/3 αυτών που αυτοκτόνησαν είχαν επισκεφθεί τον προηγούμενο μήνα γιατρό και τις περισσότερες φορές ψυχίατρο, καθώς και το γεγονός ότι όλες οι αυτοκτονίες είναι προμελετημένες, υπάρχει αρκετός χώρος για ένα καλά πληροφορημένο κλινικό να ανιχνεύσει τους μέλλοντες αυτόχειρες (Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα, 1994)

Πριν αναπτυχθεί αναλυτικά ο τομέας της αντιμετώπισης της αυτοκτονίας σκόπιμο είναι να παρατεθούν αρχικά κάποιες βασικές προληπτικές αρχές στην συνδιαλλαγή του εργαζόμενου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με εφήβους και τις οικογένειες τους και έπειτα κάποια γενικά προληπτικά μέτρα για την αυτοκτονία.

Είναι απαραίτητα η γνώση των βασικών αναπτυξιακών επιτευγμάτων των εφήβων και του, στρες στο οποίο αυτοί υπόκεινται για να βρουν λύσεις. Για παράδειγμα οι έφηβοι προσπαθούν να χειριστούν θέματα και συγκρούσεις αναφορικά με το δίπολο εξάρτηση - ανεξαρτησία, καθώς και θέματα σχετικά με την ταυτότητα τους και το μέλλον τους.

Είναι επίσης απαραίτητο να ξέρουν οι κλινικοί ότι οι έφηβοι έχουν ανάγκη από υποστήριξη, συμβουλές, αλλά και ανάγκη για όρια. Η σταθερότητα είναι επίσης αναγκαία, γιατί τότε ο έφηβος μπορεί να δοκιμάσει τις δυνάμεις του. Επίσης, τα όρια δίνουν την αίσθηση της ασφάλειας και αποτρέπουν την πρόωρη απομάκρυνση του εφήβου από την οικογένεια. Οι κλινικοί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν και τα εξής:

- 1) Τα τρία - τέσσερα πρώτα χρόνια της εφηβείας είναι πιο τρικυμιάδη και συνοδεύονται από τις μεγαλύτερες βιολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές.
- 2) Ο έφηβος χρειάζεται περισσότερη υπευθυνότητα και ελευθερία. Αν όμως αυτά είναι υπερβολικά, τότε μπορεί να αισθανθεί ότι εγκαταλείπεται και δεν δείχνει ενδιαφέρον κανείς γι' αυτόν
- 3) Είναι απαραίτητα επίσης να εκτιμηθούν το δυναμικό και οι αδυναμίες της οικογένειας, η ηλικία των γονέων και των εφήβων, αν και οι δύο γονείς, εργάζονται, καθώς και η ενίσχυση και η υποστήριξη που μπορεί να έχει η οικογένεια από το κοινωνικό δίκτυο και από την εκτεταμένη οικογένεια ή αντίστοιχα απουσία αυτών.

Στις περιπτώσεις που ο κλινικός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλείται να δει έναν έφηβο και να εκτιμήσει τη διαταραχή του, χρειάζεται να βασιστεί στα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω. Να εκτιμήσει επίσης πως ο έφηβος επιχειρεί να κατακτήσει τα βασικά του αναπτυξιακά επιτεύγματα, πως αντιμετωπίζει την κρίση της εφηβείας και τις καταστάσεις που προκαλούν ~~συνεχ~~ Σημασία έχει επίσης να μπορεί να εκτιμήσει αν ο έφηβος έχει αρχίσει να ~~παρουσιάζει~~ την συμπτωματολογία μιας νευρωσικής διαταραχής ή μιας σοβαρότερης ψυχολογικής διεργασίας, όπως αυτή της ψύχωσης, ή απλώς περνάει την κρίση της εφηβείας.

Είναι τεράστιας σημασίας για τον έφηβο να ~~μαρτυρεί~~ να αισθανθεί ότι τον εμπιστεύονται, ότι δεν τον μεταχειρίζονται σαν μικρό ~~παιδί~~ και ότι αναγνωρίζεται η ξεχωριστή του ύπαρξη και οντότητα. Αυτό απαιτεί ~~κατανόηση~~ από τη μεριά του κλινικού. Επίσης ο κλινικός πρέπει να διαθέσει ~~τον~~ απαραίτητο χρόνο για να μπορέσει να ακούσει τον έφηβο σε πρώτο επίπεδο ~~μόνο~~ του, τονίζοντας του την εμπιστευτικότητα της συνάντησης. Στη συνέχεια ~~μπορεί~~ και πάντοτε αφού το ανακοινώσει και το συζητήσει με τον έφηβο, να ~~προχωρήσει~~ στη συνέντευξη με τους γονείς του. Τονίζεται δηλαδή, η σημασία της ~~συμμετοχής~~ του εφήβου στην όλη διαδικασία.

Συμβαίνει συχνά ο έφηβος να έχει ψυχολογικά ~~προβλήματα~~ και να αρνείται να πάει στον ειδικό ή και να δεχτεί την παραπομπή του στο ~~εξειδικευμένο~~. Είναι επίσης γνωστή και η περίπτωση που και οι ίδιοι οι γονείς αρνούνται ~~να~~ παραπεμφθούν στους ειδικούς. Όταν ο έφηβος αρνείται να εξεταστεί είναι ~~σημαντικό~~ ότι χρειάζεται να γίνει αρκετή δουλειά με τους γονείς για να ~~προετοιμαστούν~~ τον έφηβο για την παραπομπή ή ακόμα και για να βοηθήσουν αυτούς για ~~να~~ βοηθήσουν. Σημαντικό είναι αρχικά να διερευνηθούν και να συζητηθούν οι ~~φοβές~~ και η προκατάληψη που έχουν οι γονείς ή και μερικές φορές, ο κλινικός για ~~τη~~ ψυχική διαταραχή. Είναι φυσικό να υποθέσει κανείς ότι οι γονείς είναι ~~παραπληρωμένοι~~ ή αρνητικά τοποθετημένοι στην παραπομπή, ακόμη και στο ~~εξειδικευμένο~~ επίπεδο τότε πολύ δύσκολα ο έφηβος θα πάει να εξεταστεί. Είναι αναγκαίο επίσης να αντιληφθεί ο γονέας, μέσα από τις συζητήσεις που θα γίνουν μαζί του ~~την~~ σπουδαιότητα του ρόλου του και στην περίοδο της εφηβείας.

Είναι απαραίτητα για τον έφηβο να αισθάνεται ότι ~~μπορεί~~ να ακουμπήσει πάνω στον γονέα του και να ανακαλύψει μέσα από αυτήν την ~~σχέση~~ τον εαυτό του, με το να αμφισβητεί και να κριτικάρει τον γονέα του ή ακόμα ~~και~~ με το να τον δοθεί η δυνατότητα από το γονέα του να επαναστατεί εναντίον ~~του~~. Επομένως έχει μεγάλη

σημασία η υπεύθυνη παρουσία του γονέα σε όλη την περίοδο της ανάπτυξης του παιδιού, συμπεριλαμβανομένης και της εφηβείας.

Πρέπει επίσης οι κλινικοί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη να ευαισθητοποιούνται και να εκπαιδεύονται σε θέματα ομαλής ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του εφήβου, καθώς και στο να είναι ικανοί να εντοπίζουν τυχόν αποκλίσεις από το φυσιολογικό και να είναι σε θέση να εντοπίζουν έγκαιρα εφήβους και οικογένειες υψηλής επικινδυνότητας. Είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιηθούν στο να μπορούν να συνεργάζονται με τους ειδικούς ψυχικής υγείας για την από κοινού αντιμετώπιση τέτοιων ψυχοπαθολογικών διαταραχών, όπως αυτών που προκαλούνται από το στρες. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, είναι αναγκαία η παραπομπή τους τον ειδικό ψυχικής υγείας για την κατάλληλη διαγνωστική εκτίμηση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Από την άλλη μεριά οι ειδικοί της ψυχικής υγείας πρέπει να συνεργάζονται με τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και αυτό εκτός των άλλων απαιτεί και την δική τους εκπαίδευση μέσα σε αντίστοιχες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να αρχίζει από το επίπεδο των προπτυχιακών σπουδών. Είναι επίσης απαραίτητο οι ειδικοί στην ψυχική υγεία να μπορούν να χρησιμοποιούν γλώσσα κατανοητή και στους μη ειδικούς. Τέλος πρέπει να τονισθεί η μεγάλη σημασία της αγωγής για την ψυχική υγεία της κοινότητας μέσα από συντονισμένες προσπάθειες των ειδικών της ψυχικής υγείας καθώς και των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η αγωγή υγείας στην κοινότητα πρέπει να είναι συστηματική και να επικεντρώνεται στις ευαίσθητες ομάδες, στις ομάδες υψηλού κινδύνου και γενικότερα σ' όλο τον κόσμο. (Τσιάντης Ι., Αθήνα, 1993)

Γενικά προληπτικά μέτρα για την αυτοκτονία

Η βάση για μια ομαλή εφηβεία, ώστε να αποφεύγει ο έφηβος τις ψυχικές εντάσεις και τα αρνητικά συναισθήματα που είναι δυνατό να τον εξωθήσουν ως και στην αυτοκτονία, και ο θεμέλιος λίθος, για να μπορέσει αυτός ν' αναπτύξει μια ομαλή και υγιή ψυχική ζωή και αισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή, είναι η οικογένεια με τη σωστή συμπεριφορά της προς αυτόν κατά την παιδική ηλικία. Αντίθετα το σχολείο μπορεί να παίξει μόνο επικουρικό ρόλο γι' αυτές τις αρετές. Και αυτές θα μπορέσει να του τις εξασφαλίσει η οικογένεια, όταν οι γονείς του του δείχνουν έμπρακτο ενδιαφέρον και προπάντων όταν τον προσφέρουν αναγνώριση και αποδοχή και τη χωρίς όρους αγάπη τους. Και από την άλλη το σχολείο θα συμβάλλει σ' αυτά, αν οι

εκπαιδευτικοί αποδέχονται το μαθητή άσχετα από ~~την~~ οποιαδήποτε αδυναμία τους και τον συμπαραστέκονται στην προσπάθειά του να ~~αποπτύξει~~ τις θετικές ικανότητές του και το θετικό δυναμικό του, ώστε τελικά να αυτοπραγματοωθεί και να εξελιχτεί σ' ένα υγιές στοιχείο της κοινωνίας, συμβάλλοντας στην ~~προκοπή~~ και στην ευτυχία τη δική του και των συνανθρώπων του. Και απαραίτητες ~~προϋποθέσεις~~ γι' αυτά είναι η αμοιβαία κατανόηση, ο αλληλοσεβασμός και ~~προπάντων~~ η δημιουργία μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών αυθεντικών και γνήσιων ~~ανθρώπινων~~ σχέσεων και χωρίς επιφυλακτικότητα και υποκριτικότητα.

Η αγωγή λοιπόν δεν είναι μια απλή και εύκολη υπόθεση αλλά είναι δύσκολο έργο που απαιτεί κάποιες γνώσεις. Ειδικοί επιστήμονες ~~υποστηρίζουν~~ ότι αυτή είναι ένα αξιόλογο επιστημονικό έργο, που απαιτεί πολλές ειδικές ~~γνώσεις~~, ανεξάντλητη αγάπη υπομονή και ανεκτικότητα, που δεν τελειώνει μέσα ~~στα~~ πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος, αλλά συνεχίζεται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σε ολόκληρη τη ζωή του ανθρώπου. Πάντως το βασικότερο είναι ~~η~~ αγάπη. «Η έλλειψη αγάπης αποτελεί την κύρια αιτία σοβαρών νευρώσεων και ~~ακόμη~~ και ψυχώσεων κατά την εφηβεία». Και για την διευκόλυνση της αγωγής ~~έτσι~~ γνώσεις μπορούν να αποκτήσουν οι γονείς στις λεγόμενες Σχολές γονέων ~~και~~ την ενημέρωσή τους για τις ανθρώπινες σχέσεις. Ιδιαίτερα όμως για την πρόληψη ~~και~~ την θεραπεία της τάσης για αυτοκτονία του εφήβου απαιτείται στενή ~~συνεργασία~~ των γονέων με τους εκπαιδευτικούς και ακόμη με τους φίλους τους, αλλά ~~πρωτίμων~~ συμπάρασταση και καθοδήγηση του από τους γονείς του, που δεν είναι δυνατό να αντικατασταθούν από τους φίλους τους. Αλλά η πιο αποτελεσματική βοήθεια για να ξεπεράσει στην περίπτωση αυτή τις δυσκολίες του, είναι να αλλάξει ~~κοινωνικό~~ περιβάλλον. Το πιο σοβαρό όμως αντίδοτο για την πρόληψη της αυτοκτονίας του εφήβου είναι η καλλιέργεια από νωρίς σ' αυτόν, ακόμη και από την ~~παιδική~~ του ηλικία, υγιών ιδανικών, που οδηγούν στην ευτυχία. Και η ευτυχία ~~έρχεται~~ και γίνεται η ζωή ευχάριστη, όταν ο άνθρωπος βρίσκει κάποιο νόημα στη ~~ζωή~~, υπηρετώντας κάποιον σκοπό ή αγαπώντας κάποιο πρόσωπο, χωρίς φυσικά να ~~πρέπει~~ να αγαπά και τον εαυτό του. Έτσι βιώνει την αυτοϋπερβατικότητα της ~~υπαρξης~~ του και καλύπτει το υπαρξιακό του κενό και την υπαρξιακή του απογοήτευση, που σήμερα επεκτείνεται σ' ένα μεγάλο ποσοστό των νέων, με αποτέλεσμα να ~~αυξάνονται~~ οι αυτοκτονίες τους. Δυστυχώς σήμερα, μολονότι ο άνθρωπος είναι ένα ον, ~~που~~ αναζητά κάποιο νόημα στη ζωή του, η αναζήτηση αυτή μένει ανικανοποίητη ~~κάτι~~ που συνιστά την παθολογία της εποχής μας.

Είναι τόσο σπουδαίο το να δίνει κάποιος νόημα στη ζωή του, ώστε μέσα στο υπαρξιακό κενό και στην απουσία ιδανικών να επιδοκίμουν και η σεξουαλική και επιθετική μανία, ο αλκοολισμός και η χρήση των ναρκωτικών και γενικά οι αντικοινωνικές εκδηλώσεις. Γι' αυτό όσο πιο υψηλά είναι οι σκοποί και τα ιδανικά τόσο περισσότερο νόημα αποκτά η ζωή και να μιλούν τα αποτελέσματα της έλλειψης τους. Επομένως το βασικότερο για τη θεραπεία ενός ψυχασθενούς και γενικά ενός οποιουδήποτε αρρώστου είναι να βοηθηθεί από τον θεραπευτή του να βρει κάποιο νόημα στη ζωή, κάτι που ασκεί θεραπευτική επίδραση και στον ίδιο το θεραπευτή.

Είναι απόλυτη ανάγκη να συνειδητοποιηθεί ότι απαιτείται στενή και συχνή συνεργασία των δύο αυτών βασικών κοινωνικών θεμάτων για την προστασία και την πρόοδο των ανηλίκων, που δεν κάνουν τίποτε περισσότερο από το να ακολουθούν και να αντιγράφουν τα ίχνη και το παράδειγμα των ενήλικων. Εδώ θα πρέπει να τονισθεί ότι οι υπερβολικές απαιτήσεις των γονέων από τα παιδιά τους για υψηλή επίδοση πηγάζει από την φιλοδοξία τους ν' αυξήσουν το δικό τους κυρίως γόητρο με τους πολύ υψηλούς βαθμούς των παιδιών τους. Και το αποτέλεσμα της φιλοδοξίας τους αυτής είναι να καλλιεργήσουν και στα παιδιά τους ηνωσική αυτή νοοτροπία. Δεν καταλαβαίνουν ότι μη αριστούχοι στο σχολείο, αλλά σπύθητα μικροί βαθμοί σ' αυτό δε σημαίνουν οπωσδήποτε και αποτυχία στη ζωή.

Επειδή η αποτυχία στο σχολείο επιδρά μερικές φορές πάρα πολύ αρνητικά στον έφηβο, θα πρέπει οι γονείς σε μια αποτυχία ή σε ένα σφάλμα γενικά του παιδιού τους να έχουν υπόψη τους το εξής: Αντί να χάνουν τη ψυχραιμία τους και την κυριαρχία τους και να αρχίζουν να φωνάζουν και να το βρίζουν θα πρέπει να το καθησυχάσουν και να το ενθαρρύνουν και να ψάξουν να βρουν με ηρωικότητα τους λόγους της αποτυχίας ή του σφάλματος. Εκείνο που έχει μεγαλύτερη σημασία σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι να το ενθαρρύνουν και να το προετοιμάσουν για την ορθή αντιμετώπιση μιας νέας τυχόν αποτυχίας και να τον καλλιεργήσουν την ιδέα να φιλοσοφεί μπροστά στις αποτυχίες της ζωής. Εδώ ασπώς χρειάζεται και η ηθική, πατρική και συνετή συμπαράσταση των εκπαιδευτών με το μαθητή και την συνεργασία με τους γονείς του. Πέρα από τις φρονιές της οικογένειας για την ικανοποίηση των υλικών αναγκών του μαθητή και τις προσπάθειες του σχολείου για την παροχή γνώσεων πολύ περισσότερο χρειάζεται ο νέος άνθρωπος με την προληπτική συμβουλευτική να προετοιμαστεί και να θωρακιστεί και από την οικογένεια και από το σχολείο και για την αντιμετώπιση των τυχόντων αποτυχιών,

που θα συναντήσει στη ζωή του. Η ψυχική θωράκιση είναι η σπουδαιότερη από όλες τις άλλες να προσφέρει προς αυτόν. Τα βασικότερα μέσα για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και των αυτοκτονιών είναι η πρόληψη και η προβολή ηθικών αξιών. Θα πρέπει όμως συνάμα οι αρμόδιοι και όλοι γενικά οι ενήλικοι να διδάσκουν έμπρακτα με τη δική τους ζωή κάθε μέρα ότι η ζωή είναι το μεγαλύτερο αγαθό, που αξίζει να τη γεύεται και να τη σέβεται ο άνθρωπος.

Θα πρέπει οι γονείς να ξέρουν ότι σε κάθε οικογένεια υπάρχει μια οικογενειακή ψυχή και μια συναισθηματική ζωή, που μεταβιβάζεται ασυναίσθητα από τη μια γενιά στην άλλη (από τους γονείς στα παιδιά). Γι' αυτό ο Freud και οι άλλοι, όπως ο Ντραικορν, υποστηρίζουν ότι, για να «θεραπεύσουμε» με επιτυχία έναν προβληματικό έφηβο, επιβάλλεται να «θεραπεύσουμε» πρώτα την οικογένειά του, γιατί συχνά το «σύμπτωμα» του εφήβου είναι ένδειξη οικογενειακής «πάθησης». Κι αν δεν προηγηθεί η θεραπεία της οικογένειας, αυτή ασυνείδητα θα σαμποτάρει τη «θεραπεία» του εφήβου της.

Πρόληψη και θεραπεία

Οι θεραπευτικοί σκοποί στην αντιμετώπιση της πράξης αυτοκτονίας πρέπει να κυριαρχούνται από την φροντίδα της πρόληψης: στην πραγματικότητα, πρόκειται για την πρόληψη της πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής της, καθώς και στη διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής. Ο Moran (1975) διακρίνει τρία στάδια στην θεραπεία των πράξεων αυτοκτονίας: I. Την πρωτογενή πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας. II Την πρόληψη - παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που παίρνουν κατά τη διάρκεια της πράξης. III. Την τριτογενή πρόληψη, η οποία έχει σαν σκοπό την αποφυγή των υποτροπιών.

I. Πρωτογενείς Προλήψεις

Πραγματοποιούνται σε δύο επίπεδα: στο ομαδικό και στο ατομικό

A. Ομαδική πρόληψη

Σχετικά με την ομαδική πρόληψη, ο Μογοπ επιμένει στη σημασία της πληροφόρησης – «Το παιδαγωγικό και ιατροκοινωνικό περιβάλλον της εκπαίδευσης, παίζουν βασικό ρόλο στην πρόληψη της απόπειρας αυτοκτονίας, πριν από την ενηλικίωση» – και στο, σχετικά μη ειδικό χαρακτήρα των προβλεπόμενων μέσων τα οποία αποσκοπούν σε μια καλύτερη κοινωνική ολοκλήρωση του εφήβου.

B. Ατομική πρόληψη

Ένα μακρύ παρελθόν δυσκολιών στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις προηγείται της αυτοκτονίας των εφήβων. Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ «το ιδεώδες στην θεραπεία της αυτοκτονίας θα ήταν η πρόληψη της. Αυτό σήμερα δεν είναι δυνατό παρά σε κάποιες περιπτώσεις μόνο: έτσι μόλις φανούν τα πρώτα προαγγέλματα ψυχικής διαταραχής σε κάποιο μέλος μιας οποιασδήποτε οικογένειας ή οποιασδήποτε κοινωνικής ομάδας πρέπει γρήγορα να υποδειχθεί στο μέλος αυτό να συμβουλευτεί τον γιατρό. Αυτός με τη βοήθεια του ειδικού μπορεί να εκτιμήσει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και, κυρίως, να θεραπεύσει την νευρωσική ή ψυχωσική αυτή κατάσταση»

Το πρώτο στάδιο της ατομικής πρόληψης συνιστάται στην αναγνώριση της προαυτοκτονικής φάσης, η οποία σημαδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά του εφήβου και στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ουσιαστικός είναι ο ρόλος του γιατρού και των εκπαιδευτικών στην εντόπιση στην αρχική φάση των προαυτοκτονικών σταδίων. Κλασσικά, θεωρείται η προαυτοκτονική φάση, ο έφηβος εκδηλώνει κατάθλιψη, ή δημιουργεί σημεία, που σημαδεύονται από μια γενική διαβάθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς και από μια τροποποίηση της προσωπικότητας. Η υπερευαισθησία, η σεξουαλική αγωνία είναι τα σύμβολα που συχνότερα αναφέρονται μαζί με τις διαταραχές της συμπεριφοράς (αλητεία, φυγή, κοινωνικό συνονθύλευμα ανθρώπων, καταχρήσεις ναρκωτικών, τάσεις για ατυχήματα, αντικοινωνικές δραστηριότητες). Μπορεί να παρατηρηθούν ότι αυτά τα σημεία έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη. Βασικά στον έφηβο. Αν αναγνωρισθούν αυτά τα σημεία κινδύνου, αρμόζει να οργανωθεί η συνάντηση του εφήβου με τον ψυχίατρο. Η αξιολόγηση της κατάστασης από τον ειδικό αναζητά τις ιδέες του θανάτου, τους παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν ή να ελαττώσουν τους κινδύνους της διαδραμάτισης της φαντασίωσης στην πράξη.

Σύμφωνα με τον Ε. Δημητρίου, (Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Θεσσαλονίκη, 1988) κάθε ειδικός κλινικός πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Βασική αρχή είναι κάθε ασθενής να ρωτιέται με λεπτότητα κι σοβαρότητα αν έχει σκεφθεί να αυτοκτονήσει. Αυτό δεν αυξάνει, όπως πολλοί νομίζουν, τον κίνδυνο αυτοκτονίας και δίνει την ευκαιρία στο άτομο να εκφράσει τις ενδότερες του σκέψεις. Κάθε αναφορά του ατόμου στην αυτοκτονία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Τα δύο τρίτα από αυτούς που αυτοκτονούν επικοινωνούν σε κάποιον από το περιβάλλον τους ότι θα αυτοκτονήσουν. Πρόβλημα σωστής εκτίμησης γεννιέται με τα άτομα που συνεχώς μιλούν για αυτοκτονία και δεν το κάνουν.

Όταν βρεθούν στοιχεία που να δείχνουν τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, ο γιατρός θα πρέπει με προσοχή να προχωρήσει στη λήψη του ιστορικού. Με ήρεμο και συμπαθητικό τρόπο θα ερευνηθεί αν ο ασθενής έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις ή προβλήματα που να τον οδηγούν σε αδιέξοδο αν παρουσιάζει εύκολα συναισθηματικές εναλλαγές, επιθετικές τάσεις και παρορμητική συμπεριφορά.

Με προσοχή θα διερευνηθεί η προσωπικότητα και η ψυχική κατάσταση του ατόμου και θα επιζητηθεί η επιβεβαίωση των πληροφοριών από άτομα του στενού περιβάλλοντος του ασθενή. Πάντα πρέπει να ρωτιέται ένα ο ασθενής βρίσκει ότι η ζωή είναι πολύ κουραστική για να τη συνεχίσει, αν έχει παύσει να παίρνει κάθε μορφής ευχαρίστηση από αυτή (ανηδονία), αν έχει κάνει συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας. Οι μελαγχολικοί εκτός από τις αυτοκαταστροφικές τάσεις συχνά έχουν και ετεροκαταστροφικές τάσεις και κυρίως προς άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Πρέπει να διερευνηθούν οι δυνατότητες οικογενειακών και κοινωνικών σταθερών που προσφέρονται στον έφηβο. Πρέπει να ληφθούν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το δίκτυο των σχέσεων μέσα στο οποίο βρίσκεται ο έφηβος. Η αντιπαράθεση με την οικογένεια και η σχολική κοινωνική έρευνα αποδεικνύονται, συχνά, απαραίτητες. Με λίγα λόγια είναι σημαντικό να εκτιμηθούν οι διαθέσιμες οικογενειακές και κοινωνικές παροχές στον έφηβο και η δυνατότητα να τις χρησιμοποιήσει. Η απομόνωση, είτε είναι συνέπεια της αποβολής από το περιβάλλον είτε της ανικανότητας για επικοινωνία, ευνοεί την πρόκληση αυτοκτονίας. Ωστόσο, συχνά γίνεται λάθος στην κλινική πρόβλεψη του κινδύνου αυτοκτονίας και «συχνά είναι

απρόβλεπτη η συμπεριφορά αυτοκτονίας⁶⁴ παρά την βελτίωση των κλιμάκων οι οποίες με βάση κλινικά κριτήρια εκτιμούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και τη βελτίωση των ψυχολογικών τεχνικών που την προβλέπουν. Η θεραπευτική απόφαση εξαρτάται από την οξύτητα της προαυτοκτονικής κατάστασης. Πρέπει να επέμβουν οι ειδικοί επειγόντως κατά την διάρκεια μιας οξείας κρίσης που απειλεί με απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνά η προαυτοκτονική κατάσταση επισημαίνεται μόνο σ' αυτό το στάδιο όπου οι διαδοχικές μείξεις και το αίσθημα της απόρριψης συνεπάγεται, μια καταστροφική αύξηση της ανησυχίας της κατάθλιψης ή του θυμού. Αυτή η κρίση εμφανίζεται συχνά σαν απάντηση σ' αυτό που ο Ladame ονομάζει «συμμαχία» του «μέσα» με το «έξω», κατά την οποία η στάση του περιβάλλοντος βρίσκει απήχηση, με τις εχθρικές φαντασιώσεις του έφηβου, οι οποίες σ' αυτή τη περίπτωση, μπλέκονται με την πραγματικότητα: αυτή η συγκυρία, συμβαίνει όταν το εσωτερικό σαδιστικό αντικείμενο βρίσκει απήχηση στην εχθρικότητα του περιβάλλοντος⁶⁵ ή όταν ο έφηβος πείθεται για την παντοδυναμία των εχθρικών του επιθυμιών, εξαιτίας ενός θλιβερού γεγονότος, το οποίο πλήττει τους γονείς. Αυτή η περίοδος συναισθηματικής κρίσης, η οποία είναι δυναμικά προαυτοκτονική, απαιτεί την εισαγωγή σε νοσοκομείο την οποία άλλωστε ζητούν και αρκετοί έφηβοι (Henix Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Σύμφωνα με τον Ε. Δημητρίου (Θεσσαλονίκη, 1988) από την στιγμή που ο ειδικός θα διαπιστώσει αυξημένες τάσεις αυτοκτονίας στον έφηβο θα πρέπει να αποφασίσει αν θα συστήσει τη νοσοκομειακή νοσηλεία του ή όχι. Αν οι αυτοκαταστροφικές τάσεις δεν είναι πολύ σοβαρές δεν υπάρχει σοβαρή ψυχική διαταραχή και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή είναι καλά οργανωμένο, συνεργάσιμο και υποστηρικτικό μπορεί η αντιμετώπιση να γίνει και στο σπίτι, αλλιώς θα προτιμηθεί το νοσοκομείο.

Βασικό μέλημα είναι η συνεχής αλλά διακριτική παρακολούθηση του ασθενή, η λήψη προληπτικών μέτρων όπως η απομάκρυνση ξυραφιών, φαρμάκων κ.λ.π και φυσικά η θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεση και εντατική.

Εκτός από τις φυσικές θεραπείες απαραίτητη είναι και η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με σκοπό της ενίσχυσης της επιθυμίας του ασθενή να ζήσει και να μπορέσει να δει ότι τα συσσωρευμένα προβλήματα τους μπορούν να αντιμετωπισθούν ένα - ένα.

Ο Β. Κ. Αναστασιάδης (Αθήνα, 1993) παραθέτει κάποια συγκεκριμένα μέτρα για πρόληψη σε αυτοκτονίες εφήβων. Το πρώτο και βασικό, που απαιτείται στην εφηβική κατάθλιψη είναι η έγκαιρη διάγνωση της από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς και η πρόληψη της τραγωδίας με την πραγματική εκδήλωση της αγάπης προς τον καταθλιμμένο έφηβο οπτικά και σωματικά (πιάσιμο του χεριού του, βάλσιμο του χεριού μας στον ώμο του) με συγκεντρωμένη προσοχή και με την αφιέρωση αρκετού χρόνου σ' αυτόν, για να μπορεί να επικοινωνήσει μαζί με το περιβάλλον του. Πάντως μια αποτελεσματική παρέμβαση απαιτεί τη θετική τροποποίηση των συνθηκών της ζωής του εφήβου. Ιδιαίτερη ανάγκη έχει ο έφηβος κατά την απομάκρυνση του από το οικογενειακό περιβάλλον του με συχνές επισκέψεις και συχνά τηλεφωνήματα. Αλλά πολύ μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται στις περιπτώσεις της βαριάς κατάθλιψης. Οπωσδήποτε το βέβαιο είναι ότι «και στη μέτρια και στη βαριά κατάθλιψη χάνει σιγά - σιγά την ικανότητα του να σκέπτεται καθαρά, λογικά και προσγειωμένα. Η κρίση του συνεχών φθίνει, καθώς χάνει την ικανότητά του να διατηρήσει μια καλή προοπτική και συγκεντρώνει τη σκέψη του όλο και περισσότερο σε νοσηρές και καταθλιπτικές λεπτομέρειες. Οι αντιλήψεις του για τη πραγματικότητα παραμορφώνονται ιδιαίτερα σε σχέση με το τι νομίζει ότι σκέπτεται ο κόσμος γι' αυτόν. Όλο και περισσότερο θεωρεί ότι είναι μελαγχολικά τίποτε δεν αξίζει και δεν αξίζει να ζει κανείς».

Στο στάδιο αυτό πλέον η σκέψη του αρχίζει να διαταράσσεται, διέρχεται συναισθηματική κρίση και φτάνει στο σημείο να εξωτερικεύει την κατάσταση του με αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Στις περιπτώσεις αυτές η ανάγκη για επιστημονική βοήθεια είναι απαραίτητη και ακόμη και η εισαγωγή του σε νοσοκομεία. Αλλά, αντί να παραμένει ολόκληρο το 24ωρο σ' αυτό, καλύτερα είναι να παραμείνει εκεί μόνο το βράδυ, ώστε να μη αποκοπεί από το φυσικό περιβάλλον και συνάμα να μην διαταραχτεί η σχολική και η επαγγελματική του ζωή. Ιδίως, όταν το οικογενειακό του περιβάλλον είναι διαταραγμένο, τότε επιβάλλεται, οπωσδήποτε η νοσοκομειακή του νοσηλεία και η διαβίωσή του σ' ένα καλύτερο περιβάλλον. Και όταν η οικογένεια τηρεί απέναντι σ' έναν καταθλιπτικό έφηβο με τάση ή απόπειρα αυτοκτονίας στάση αδιάφορη ή εχθρική, τότε απαιτείται παράταση της νοσηλείας του στο νοσοκομείο.

Πάντως θα πρέπει να διαμορφώσουν αντικειμενική αντίληψη για την οικογενειακή του κατάσταση, το οικογενειακό ιστορικό, την παιδική και εφηβική ηλικία των γονέων του, τη συνάντηση και την εξέλιξη τους ως ζευγάρι και την γέννηση και ανατροφή των παιδιών τους απ' αυτούς. Αυτό θα ωφελήσει ώστε να δοθούν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση της οικογένειας κατά το στάδιο της θεραπείας του. Και στην γνώση της οικογενειακής κατάστασης συντελεί η ενημέρωση: α) για τους τρόπους επικοινωνίας στην οικογένεια, β) για τον τρόπο της επίλυσης των προβλημάτων της, γ) για τα μέσα ελέγχου της προς τα παιδιά (προτροπές, τιμωρίες) και δ) για τη νοητικότητα και την αντιληπτικότητα της.

Σύμφωνα με τα παραπάνω παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση ενός εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας η δυνατότητα υποστήριξης από τα περιβάλλον. Ο Ν. Μάνου (Θεσσαλονίκη, 1988) δίνει στοιχεία για την σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος σε άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας.

Οικογένεια και φίλοι. Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητες θεραπείας. Σημαντικά για τα άτομα πρόσωπα που νοιάζονται αλλά δεν πανικοβάλλονται και που αναγνωρίζουν τόσο τη σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και την ανάνηψη του ατόμου. Αν αυτά τα άτομα είναι διατεθειμένα να μείνουν με τον ασθενή, μπορούν να συμβάλλουν πάρα πολύ και να τον βοηθήσουν να περάσει την κρίση της αυτοκτονίας. Στην άλλη μεριά του φάσματος, βέβαια, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανένα κοντά του και που κινδυνεύει πάρα πολύ γιατί το να αφήσει το χώρο του νοσοκομείου σημαίνει να επιστρέψει σ' έναν αφιλόξενο κόσμο.

Συχνά τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, οπότε μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή, όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από ειδικό. Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους ν' αυτοκτονήσει. Αν το ιστορικό δείχνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασισθεί τι θα γίνει παρακάτω.

Άλλα άτομα. Άλλα σημαντικά άτομα που μπορεί να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι ιερείς και οι οικογενειακοί γιατροί. Άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή πρέπει επίσης να αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ειδικά όταν σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση, να γίνει εξωνοσοκομειακά. Κατά κανόνα κάθε γιατρός ή θεραπευτής που πρόσφατα θέραπευσε τον ασθενή θα πρέπει να ειδοποιηθεί ενώ γίνεται η εκτίμηση του ασθενή.

Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θα πρέπει να αποφασισθεί με βάση τα εξής κριτήρια κυρίως:

- 1) Αναμφίβολα έντονη επιθυμία θανάτου και επικινδυνότητα της απόπειρας.
- 2) Αμφίβολη επικινδυνότητα σε συνδυασμό με:
 - α) Έλλειψη συστήματος συναισθηματικής υποστήριξης
 - β) Διακοπή συναισθηματικών δεσμών
 - γ) ~~Υπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας με αυξημένη επικινδυνότητα όπως:~~ κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις που είναι αποτέλεσμα παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων, παθολογική ταύτιση με άτομα που έχουν αυτοκτονήσει, «προαυτοκτονικό συνδυασμό».
 - δ) Ανάγκη για διαγνωστική εκτίμηση ή εφαρμογή ειδικών θεραπειών (ηλεκτροσπασμοθεραπεία, συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή)
 - ε) Εμπλοκή του ατόμου σε καταστάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά (οικογενειακά προβλήματα κ.τ.λ)
 - ς) Πρόσφατη επίταση αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς
 - η) Αδυναμία εμπλοκής του ατόμου σε συνεχιζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα
 - θ) Αδυναμία του γιατρού να εκτιμήσει το βαθμό επικινδυνότητας.

Η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία συστήνεται:

- 1) Σε άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία και έχουν διαταραχές προσωπικότητας. (στάδιο πρόληψης – παρέμβασης).
- 2) Σε άτομα που παρουσιάζουν σαφείς αυτοκαταστροφικές τάσεις.
- 3) Σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα .

- 4) Σε άτομα που δεν είναι σε θέση να δώσουν πλήρες ιστορικό και δεν έχουν οικογένεια ή φίλους.

Κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης του από την απόπειρα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικά επιλεγμένο και εκπαιδευμένο.

Η επιτήρηση του ασθενή πρέπει να είναι διακριτική αλλά αποτελεσματική. Μπορεί να κυμαίνεται από τη συνεχή παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού και συνεχή παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι του, μέχρι τον περιοδικό, κάθε 20' ή 30' έλεγχο των δραστηριοτήτων του.

Οι εντολές προς το προσωπικό πρέπει να είναι πάντα γραπτές, σαφείς και συγκεκριμένες. Ο θάλαμος του ασθενή πρέπει να είναι σε ισόγειο, ασφαλής, και με περισσότερα του ενός κρεβάτια. Ακόμα να απομακρύνονται από τον θάλαμο του ασθενή όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα, όπως ξυριστικές λεπίδες, σουγιάδες, γραβάτες κ.τ.λ. Να έχουν ληφθεί μέτρα αποφυγής ηλεκτροπληξίας (ειδικές ασφάλειες). Όλοι οι χώροι του νοσοκομείου να είναι ασφαλισμένοι και κλειδωμένοι. Τέλος να ζητείται και η γνώμη άλλων συναδέλφων για την καλύτερη αντιμετώπιση του όλου προβλήματος.

Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση

Η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση πρέπει να αποφασίζεται σε περιπτώσεις όπου η επιθυμία του ατόμου για το θάνατο έχει θεωρηθεί μικρή, και ο τυχόν επανειλημμένες απόπειρες δεν ήταν σοβαρές.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να σχεδιάζεται για τον συγκεκριμένο ασθενή και να καλύπτει τόσο κοινωνικά όσο και ιατρικά προβλήματα. Θα πρέπει να υπάρχει τακτική εβδομάδα τηλεφωνική επικοινωνία για διάστημα δύο ετών, ιδιαίτερα με άτομα που δεν έχουν ή δεν ζουν σε υποστηρικτικό περιβάλλον:

Οι γενικοί κανόνες της εξωνοσοκομειακής αντιμετώπισης είναι οι εξής:

- 1) Να κατανοηθούν οι προσδοκίες του ασθενή από την απόπειρα.
- 2) Να κατανοηθούν οι προσδοκίες του ασθενή από την θεραπεία
- 3) Να συζητηθεί με τον ασθενή η σοβαρότητα της απόπειρας.
- 4) Να εμπλακεί, αν είναι δυνατόν, και η οικογένεια στην θεραπεία.
- 5) Να εμπλακούν και άλλα άτομα στην θεραπεία.

- 6) Να επιχειρηθεί επικοινωνία με τον ασθενή, ~~πρωτό~~ ή με επιστολή, αν αυτός δεν είναι τακτικός στην προέλευσή του.
- 7) Να προγραμματισθούν, αν κριθεί σκόπιμο, επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή.
- 8) Να προγραμματισθεί ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.
- 9) Να χρησιμοποιούνται κατάλληλα, πρακτικά και εύκολα ερωτηματολόγια και κλίμακες για την συλλογή ψυχοπαθολογικών, δημογραφικών κλινικών και άλλων στοιχείων, που έχουν σχέση με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Υπάρχει ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες και κάθε παρατήρηση έχει την δική της ιδιαίτερη σημασία.

(Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα, 1994)

Η Σ. Μπεράτη (Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, Αθήνα, 1994) αναφέρεται στην δυσκολία της πρόληψης αυτοκτονίας από τους ειδικούς και στους λόγους και παράγοντες που καθιστούν τόσο δύσκολη διαγνωστική εκτίμηση.

Συγκεκριμένα, η προσπάθεια του ειδικού εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι δύσκολη για ποικίλους λόγους: 1) Τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου δεν είναι εξ ίσου χρήσιμα κατά την εκτίμηση ενός συγκεκριμένου ασθενούς. 2) Στοιχεία, που αναφέρονται στον κίνδυνο αυτοκτονίας μακροπρόθεσμα, δεν είναι εξ' ίσου χρήσιμα για βραχυπρόθεσμες ή άμεσες εκτιμήσεις. 3) Οι συνθήκες των συνθηκών ζωής δυνατόν να μεταφέρουν κάποιον από ομάδα ~~πλά~~ κινδύνου σε ομάδα υψηλού κινδύνου. 4) Η σημαντικότητα των ~~συνθηκών~~ διαφέρει ανάλογα με την συγκεκριμένη ομάδα.

Η έγκαιρη αναγνώριση κάποιων σημείων που θα ξεχωρίσουν το άτομο, το οποίο πρόκειται να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει σημαίνει επιτυχημένη πρόληψη. Διάφορες προσπάθειες που γίνονται προκειμένου να αναγνωρισθούν αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες.

Η προσπάθεια του ειδικού να εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας για έναν ασθενή πέρα από την απαιτούμενη ~~επί~~ κλινική ικανότητα, επιφορτίζεται και από ορισμένες επί πλέον δυσκολίες ποικίλης φύσεως, όπως:

- 1) Ενώ οι παράγοντες κινδύνου είναι χρήσιμοι στο να χαρακτηρίσουν μια συγκεκριμένη ομάδα υψηλού κινδύνου, δεν είναι εξ' ίσου χρήσιμοι στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ασθενούς π.χ. είναι γνωστό ότι αυτός, ο οποίος έχει κάνει προηγούμενη απόπειρα, έχει υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από κάποιον άλλο χωρίς προηγούμενη απόπειρα. Από όμως το κριτήριο έχει περιορισμένη αξία όταν εκτιμάται κάποιος συγκεκριμένος άρρωστος τη συγκεκριμένη στιγμή.
- 2) Συχνά στην κλινική δουλειά αυτό που αντιμετωπίζεται είναι το αν κάποιος κινδυνεύει να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τις επόμενες ώρες, ημέρες, εβδομάδες. Οι γνώσεις όμως για τον κίνδυνο αυτοκτονίας αφορούν κυρίως το πως είναι οι πιθανότητες μακροπρόθεσμα. Επομένως, δημιουργούνται αμφιβολίες για τον βαθμό στον οποίο ευρήματα που προέρχονται από μακρόχρονη παρακολούθηση ασθενών, βοηθούν τον ψυχίατρο, όταν προσπαθεί να εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας βραχυπρόθεσμα ή άμεσα.
- 3) Ένα άλλο πρόβλημα στην πρόληψη αυτοκτονίας είναι ότι ενδεχομένως οι συνθήκες αλλάζουν στη ζωή κάποιου ατόμου, ποικίλοι παράγοντες παρεμβαίνουν και κάποιος ο οποίος βρίσκεται σε δεδομένη στιγμή σε κατάσταση χαμηλού κινδύνου ή και το αντίστροφο. Επομένως, τα τωρινά χαρακτηριστικά δεν δίνουν πληροφορίες για το τι θα γίνει μακροπρόθεσμα.
- 4) Το άλλο που πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν είναι ότι οι παράγοντες κινδύνου διαφέρουν ανάμεσα με τη ομάδα, η οποία εξετάζεται. Διάφοροι παράγοντες έχουν άλλη βαρύτητα για συγκεκριμένες ομάδες.

Η εκτίμηση του ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω η έγκαιρη αναγνώριση του ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας είναι μεν δύσκολη αλλά η εκτίμηση του είναι επιτυχέστερη πρόληψη.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η τάση ή πρόθεση για αυτοκτονία μπορεί να εμφανισθεί με ποικίλους τρόπους που όμως είναι συχνά σαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς. Γι' αυτό ο κλινικός, πρέπει να ρωτάει για αυτοκτονία οποτεδήποτε του

περάσει από το μυαλό και πρέπει να ρωτά γι' αυτήν σε κάθε καινούργιο ασθενή. Και πάλι όμως τα παραπάνω δεν είναι αρκετά, αν ο κλινικός δεν ευαισθητοποιηθεί σε ορισμένους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζουν άτομα που μπορεί να αυτοκτονήσουν.

Λεκτικές ενδείξεις. Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται φυσικά εύκολα αλλά πολλές φορές τα άτομα τις κάνουν με τύπο αστείου. Δηλώσεις για αυτοκτονία, μ' οποιοδήποτε τρόπο και αν ειπωθούν, θα πρέπει να παίρνονται σοβαρά. Έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας συχνά μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Εκφράσεις όπως «δεν το αντέχω άλλο», «τίποτα δεν, πάει σωστά», «δεν αντέχω άλλο στη δουλειά μου» εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας όπως «ίσως θα πρεπε να τα παρατήσω γιατί δεν μπορώ να κάνω τίποτα καλύτερο για μένα» ή «δεν περιμένω να αποκτήσω αυτά που θέλω» ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο. Τέτοιες δηλώσεις συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά είναι εδώ που μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές ιδέες και σχέδια.

Συμπεριφορικές ενδείξεις. Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει την διαθήκη του ή που μοιράζει πολύτιμα αντικείμενα (προσωπικής αξίας) ίσως να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν να αυτοκτονήσει. Μη θανατηφόροι πειραματισμοί με δυνητικά θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα, ίσως να προλέγουν μια σοβαρή απόπειρα. Καινούργιο ενδιαφέρον για ασφάλεια ζωής ή για εξασφάλιση τόπου ταφής κ.τ.λ μπορεί να φαίνεται σαν απλή προνοητικότητα και μόνον αργότερα ν' αποδεικνύεται ότι εμπεριείχε πρόθεση αυτοκτονίας. Ατυχήματα και τάση για ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις για ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Όλη η παραπάνω συμπεριφορά θα πρέπει να προειδοποιεί τον κλινικό για την πιθανότητα αυτοκτονίας οπότε και θα πρέπει να προχωρεί σε εξέταση. Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στην αυτοκτονία είναι σε έσχατη απελπισία. Οι συνηθισμένες τους μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν για να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους έχουν αποτύχει και ίσως να αισθάνονται μεγάλη ντροπή για την κατάσταση που βρίσκονται. Ένα αντικειμενικό, χωρίς κριτική ενδιαφέρον από τη μεριά του κλινικού μπορεί να βοηθήσει στο να ανακουφισθεί, το βάρος της ταπείνωσης που νιώθουν τα άτομα

αυτά, δίνοντας τους ταυτόχρονα την ικανότητα να μιλήσουν ελεύθερα για τα αισθήματα και τα σχέδιά τους.

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας θα πρέπει να εστιάζεται στις τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατοτήτων υποστήριξης από το περιβάλλον η σημασία του οποίου αναφέρθηκε νωρίτερα τόσο για την θεραπεία όσο και για την ισορροπία του ασθενούς.

Διάγνωση κατάθλιψης και αυτοκτονίας στους εφήβους

Στο σημείο αυτό είναι καλό να γίνει μια λεπτομερή αναφορά στην εκτίμηση ασθενούς με κατάθλιψη και τις προοπτικές αυτοκτονίας, τον αυτοκτονικό ιδεασμό δηλαδή που θα ακολουθήσει μετά από αυτήν την αναφορά.

Από τη στιγμή που διαπιστώθηκε η συχνότητα των καταθλιπτικών σημείων στην αυτοκτονία του εφήβου, είναι απαραίτητο να προβληματιστεί ο ειδικός πάνω στην έννοια αυτήν της πρόθεσης. Πραγματικά, η κατάθλιψη και η αυτοκτονία εγκαθιδρύουν αλληλεπιδράσεις. Στην ουσία τρεις βασικές αντιλήψεις διάγνωσης υπάρχουν παρά την ύπαρξη μιας επιφανειακής αντινομίας, μάλλον συμπληρώνονται παρά αντιτίθενται.

Σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη, η κατάθλιψη θεωρείται άμεσα αιτία για την αυτοκτονία. Η αποτελεσματικότητα που έχουν οι θεραπείες της κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν φυσικά μέσα, στην πρόληψη της αυτοκτονίας, αποδεικνύει ότι είναι αληθινή αυτή η άποψη. Τα τρικυκλικά και τα ηλεκτροσόκ ελαττώνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, σε περιπτώσεις κατάθλιψης. Αυτή η αντίληψη, η οποία ευρέως επικυρώνεται από την κλινική εμπειρία αιτιολογεί το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η ακριβής και ορθή διάγνωση της κατάθλιψης, στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. «Η διάγνωση και η θεραπεία της αποτελούν την καλύτερη προφύλαξη από μελλοντικές απόπειρες» (Cuche Moussaoui 1977)

Μια δεύτερη θέση οδηγεί στην αντίληψη της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας ως ανεξάρτητες μεταξύ του συνέπειες του ίδιου αιτιολογικού παράγοντα. Αυτή η θέση υπερασπίστηκε από προσεγγίσεις, που διαφέρουν τόσο πολύ μεταξύ τους, όσο οι ψυχαναλυτικές και οι γνωστικές θεωρίες. Η κλασική αντίληψη του Freud («Πένθος και μελαγχολία, 1916») θεωρεί ότι η αυτοκτονία και η κατάθλιψη απορρέουν από μια επιθετικότητα, η οποία στρέφεται εναντίον του ατόμου. Σύμφωνα

με την ψυχαναλυτική θεωρία, η προνοσηρή – προκαταθλιπτική και προαυτοκτονική – προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από μια καθήλαση σε στάδια της ανάπτυξης, αρχαιότερα από τη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος και τα οποία όλα σημασιοδοτούνται από την αμφιβουλησία (Menninger). Μια κατάσταση, η οποία εξομοιώνεται με την απώλεια ερωτικού αντικειμένου βάζει σε κρίση την προσωρινή ουδετεροποίηση της επιθετικότητας από την ερωτική ενέργεια και προκαλεί τον διαχωρισμό των ενορμήσεων. Η ερωτική επένδυση αποσύρεται στο εγώ, τροφοδοτώντας μια ταύτιση με το χαμένο αντικείμενο. Το μίσος στρέφεται ενάντια στο εγώ και ενεργοποιείται, μέσα από δύο τύπους συμπεριφοράς: την κατάθλιψη ή την αυτοκτονία, η οποία διαπράττει ένα φόνο του οποίου ένοχος έχει μεταβληθεί από το μηχανισμό της μετάθεσης.

Υπάρχουν διάφορες κλίμακες, οι οποίες προσπαθούν να εκτιμήσουν την πρόθεση κάποιου για αυτοκτονία μετά από ανεπιτυχή απόπειρα. Προσπαθούν δηλαδή να κατανοήσουν προς τα πού γέρνει η πλάστιγγα μεταξύ αυτοκαταστροφικών τάσεων και τάσεων για προστασία του εαυτού και διατήρηση στη ζωή. Αναφέρεται σε διάφορους παράγοντες όπως στις συνθήκες της απόπειρα, εάν ήταν μόνος, εάν υπήρχε πιθανότητα να παρέμβει κάποιος στο σχεδιασμό, στο σκοπό της απόπειρας. Επίσης αναφέρονται στις σκέψεις του ατόμου για την απόπειρα, εάν νόμιζε ότι θα σωθεί ή όχι κ.τ.λ

Οι κλίμακες αυτές δεν έχουν σκοπό να αντικαταστήσουν την κλινική εξέταση αλλά να συμπληρώσουν και να βοηθήσουν την όλη εκτίμηση, ώστε να οδηγηθεί κανείς σε σωστότερες αποφάσεις για το χειρισμό αυτών των ασθενών (Ι. Μπεράτη, 1994)

Η πιο γνωστή κλίμακα είναι του Beck στον οποίο πρέπει να χρωστούν οι ειδικοί μια νοητική κοινή προσέγγιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τον Beck οι νοητικές διεργασίες καθορίζουν τις συγκινήσεις. Οι προαυτοκτονικές και προκαταθλιπτικές προσωπικότητες μοιράζονται την ίδια νοητική διάρθρωση⁶⁶. Η οργάνωση αυτή συνίσταται σε ένα σύνολο εσφαλμένων σκέψεων ώστε να δώσουν στο άτομο μια αρνητική άποψη του εαυτού του, του κόσμου και του μέλλοντος. Αυτές οι καταθλιψιογενείς σκέψεις υποστηρίζονται από λάθη λογικής τα οποία κατατάσσονται σε ορισμένες κατηγορίες. Αυτά τα συστήματα λάθη, τα οποία εντοπίζονται αρκετά εύκολα απορρέουν από νοητικά σχήματα τα οποία ονομάζονται

«βασικά αξιώματα» ή «σιωπηλές υποθέσεις» για το υποκείμενο. Αυτά τα βασικά αξιώματα τα οποία απορρέουν από το συνειδητό μέρος του υποκειμένου μπορεί κανείς να τα ανιχνεύσει από τα από τα σχέδια του, τις προσδοκίες του, τα ιδεώδη του, τις αξιολογήσεις του. Πρόκειται για αυστηρές, απαιτητικές, άκαμπτες απόψεις του τύπου «για να μπορέσω να ζήσω, πρέπει να μ' αγαπάει όλος ο κόσμος» ή «αν δεν συναντάω μόνο επιτυχίες η ζωή μου είναι μια αποτυχία». Αυτές οι δυσλειτουργικές σκέψεις συνεπάγονται μια διαστροφή της πραγματικότητας: το υποκείμενο θεωρεί ότι το έχουν αποποιηθεί. Ότι δεν έχει κανένα θέλημα ή ενδιαφέρον. Θεωρεί ότι είναι υπεύθυνος για τις αποτυχίες του ενώ αρνείται ή υποβιβάζει στο τέλος επιτυχίες του ή τις αποδίδει σε εξωτερικούς παράγοντες. Αυτός καταπονημένος από τις υπερβολικές επιταγές του περιβάλλοντος του αντιτάσσει ανυπέβλητα εμπόδια στα σχέδια του. Προβλέπει ότι οι δυσκολίες θα εξακολουθήσουν και περιμένει την αποτυχία των επιχειρήσεών του. Αυτή η αρνητική παραμόρφωση της πραγματικότητας οδηγεί στην κατάθλιψη η οποία περιορίζοντας τις ικανότητες υπεροχής του ατόμου του, επιβεβαιώνει την πεποίθηση ότι είναι αποτυχημένος. Έτσι αρχίζει η εκτέλεση μιας ανοδικής πορείας αμοιβαίας ενίσχυσης των νοητικών διαστροφών και των καταθλιπτικών συγκινήσεων. Η θεραπευτική της επανεκπαίδευσης και της αναδιάρθρωσης, την οποία επιφέρει απέδειξε ότι έχει αποτελεσματικότητα η οποία συγκρίνεται με αυτή των τρικυκλικών⁶⁷. Στη συνέχεια κατέστη δυνατό να διαπιστωθεί ότι οι νοητικές διεργασίες αντιπροσωπεύουν ένα κοινό παρονομαστή αιτιολογίας και ότι η παρέμβαση είναι άμεση, στον καθορισμό της αυτοκτονίας⁶⁸.

Οι δυο αρχικές αντιλήψεις συναντώνται στο μέτρο που συγκλίνουν οι θεραπευτικοί στόχοι, μπορεί κανείς να ελαττώσει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας είτε θεραπεύοντας άμεσα την κατάθλιψη, είτε ελαττώνοντας τον λειτουργικό παράγοντα-κατευθύνοντας αλλού την επιθετικότητα ή αυξάνοντας την νοητική διάρθρωση.

Η Τρίτη άποψη κρύβει μια άλλη, πολύ πιο ανησυχητική, σύμφωνα με την κατάθλιψη, τόσο με την ψυχαναλυτική όσο και την προσέγγιση της θεωρίας και συμπεριφοράς, επιβάλλεται ως άμυνα απέναντι στην αυτοκτονία. Οι έφηβοι «αντιλαμβάνονται την αναστολή του αξιώματος για τη ζωή ως την εξαγορά της υπάρξεως τους⁶⁹.

Ο αυτοκτονικός, αν όχι φυσικός του θάνατος φαίνεται ότι είναι υποθαλπτικός για να διατηρήσουν τις οικογενειακές τους σχέσεις. Αυτά τα παιδιά «μεγάλωσαν μέσα στο θάνατο» σκοτώνοντας μέσα τους τον ενθουσιασμό και κάθε ελπίδα καθηλωμένα στην κατάθλιψη, η οποία αποτελεί τον μοναδικό τρόπο ζωής, γι' αυτά. «Ο θάνατος αποτελεί μια μορφή ζωής γι' αυτούς». Η αυτοκτονία, όταν τους προσφέρεται μοιάζει με μια δυνατότητα ευχαρίστησης, επιτυχίας ανεξαρτησίας, ελευθερίας, η οποία αμφισβητεί τη συνηθισμένη τους κατάθλιψη. Με την αυτοκτονία αποφεύγουν την πρόσκληση για ζωή. «Η ζωή δεν είναι, όπως φαίνεται ή όπως το λει ο ασθενής, ανυπόφορη με την κατάθλιψη, αλλά αντίθετα δεν είναι δυνατόν να την αντιληφθεί κανείς χωρίς αυτήν».

Ορισμένες καταθλίψεις του εφήβου αντιπροσωπεύουν ένα απαραίτητο στάδιο ωρίμανσης, το οποίο έχει τα χαρακτηριστικά της θετικής διεξαγωγής του πένθους: απαραίτητο για την προσαρμογή στη νέα συνθήκη που είναι η εφηβεία «αυτό το πένθος της συναισθηματικής επένδυσης ορισμένων εικόνων του εαυτού και των εσωτερικοποιημένων αντικειμένων».... μαρτυρά μια διαδικασία φυσιολογικής ωρίμανσης⁷⁰. Τέλος, μ' αυτή την τρίτη αντίληψη, η κατάθλιψη αντιστοιχεί μ' ένα καινούργιο τρόπο ελέγχου του περιβάλλοντος, ο οποίος επιτρέπει να απομακρυνθεί το ενδεχόμενο της αυτοκαταστροφής. Ο ρόλος της άμυνας απέναντι στην αυτοκτονία, τον οποίο διασφαλίζει η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα από τα στοιχεία που εξηγούν το γεγονός, ότι οι καταθλιπτικοί αυτοκτονούν στην αρχή της θεραπείας, πριν προλάβουν να οργανώσουν μια άλλη μορφή προσαρμογής.

Αυτές οι τρεις αντιλήψεις αντιτίθενται μόνο φαινομενικά και το παράδοξο που εμφανίζουν επιλύεται, αν προσαρμοστεί στο πρόβλημα το κλασικό μοντέλο επεξεργασίας των νευρωτικών συμπτωμάτων. Σ' αυτό το πλαίσιο, η κατάθλιψη φαίνεται ότι είναι ένας συμβιβασμός ανάμεσα στο ένστικτο ζωής και στο ένστικτο του θανάτου, παίζοντας τον διφορούμενο ρόλο μιας αιτίας αυτοκτονίας και μιας άμυνας απέναντι στην αυτοκτονία.

Αυτοκτονικός ιδεασμός. Ο κλινικός θα πρέπει να σκέφτεται την πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε καινούργιο ασθενή που βλέπει. Έτσι θα πρέπει να ρωτήσει για σκέψεις αυτοκτονίας, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν απόπειρες ή δεν έχουν αναφερθεί τάσεις αυτοκτονίας από τον ασθενή

Η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης σκέψεων αυτοκτονίας μπορεί να γίνει διακριτικά και να αποφέρει πολύ χρήσιμες πληροφορίες, όταν ο ειδικός αρχίζει με γενικές ερωτήσεις και συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες π.χ ένα σχήμα προοδευτικών ερωτήσεων όπως το παρακάτω:

- Πως είναι η ζωή σου;
- Πως αισθάνεσαι γενικά;
- Πόσο άσχημα μπορείς να φθάσεις να νιώθεις;
- Αισθάνεσαι μερικές φορές σα να θέλεις να παρατήσεις τα πάντα;
- Σκέφτεσαι ποτέ ότι θα ήσουν καλύτερα νεκρός/ή;
- Έχεις σκεφτεί να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- Αισθάνεσαι ποτέ να θέλεις να κάνεις κακό στον εαυτό σου;
- Πως θα το έκανες;
- Που θα εύρισκες τα μέσα για να το κάνεις;
- Τι ώρα και που θα το έκανες;
- Πόσο κοντά έχεις φθάσει ν' αυτοκτονήσεις;
- Αισθάνεσαι ότι θ' αυτοκτονήσεις στο άμεσο μέλλον;
- Τι σε κράτησε στο να μην αυτοκτονήσεις μέχρι τώρα;
- Γνωρίζει κανείς άλλος ότι νιώθεις έτσι;

Κάθε ερώτηση εστιάζει περισσότερο τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις ο κλινικός θα βρει ότι οι απαντήσεις του ατόμου σε γενικές ερωτήσεις δεν φανερώνουν τάσεις αυτοκτονίας. Τότε η περαιτέρω εξέταση του ατόμου δεν είναι απαραίτητη. Σ' άλλες περιπτώσεις, όμως το άτομο παρουσιάζεται ν' αποκαλύπτει βαθμιαία συνεχώς και πιο προσεκτικό σχεδιασμό αυτοκτονίας.

Όταν φθάσει το σημείο να συζητιέται ο σχεδιασμός αυτοκτονίας, οι παράγοντες - κλειδιά που πρέπει να διερευνηθούν είναι: το πόσο δυνητικά θανατηφόρα είναι η μέθοδος, το πόσο προσιτή είναι η μέθοδος και ποια θα ήταν η πιθανότητα διάσωσης. Οι διακριτικές ερωτήσεις δεν αυξάνουν ούτε την επιθυμία ούτε τη ικανότητα του ασθενή να σχεδιάσει αυτοκτονία. Άμεση άρνηση της ύπαρξης τάσεων ή προθέσεων για αυτοκτονία από μέρος του ασθενή είναι συνήθως αληθινή. Τα άτομα συχνά παραδέχονται ότι σκέφτονται σοβαρά ν' αυτοκτονήσουν αλλά επιμένουν ότι δεν θα κάνουν ποτέ κακό στον εαυτό τους εξαιτίας των φίλων τους, των γονιών τους ή άλλων παραγόντων που τους εμποδίζουν ν' αυτοκτονήσουν. Τέτοιες διαβεβαιώσεις είναι, συνήθως, αξιόπιστες τουλάχιστον προσωρινά. Όμως μπορεί να είναι και παραπλανητικές ιδιαίτερα αν οι πράξεις δείχνουν

αυτοκαταστροφικές τάσεις – έστω και αν αρνούνται τα άτομα πρόθεση αυτοκτονίας. Είναι τότε καλύτερα να κρίνει κανείς τα άτομα αυτά από τις πράξεις τους παρά από τα λόγια τους.

Γενική ψυχιατρική εκτίμηση

Οι σκέψεις αυτοκτονίας αποκτούν νόημα μόνο αν τις τοποθετήσουμε στο γενικότερο πλαίσιο της ζωής του ατόμου. Γι' αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν οι παραπάνω διαστάσεις:

- Διαπροσωπική – κοινωνική κατάσταση. Τρέχουσες συνθήκες ζωής, οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές σχέσεις ή σημαντικές φιλίες.
- Επάγγελμα, δουλειά, οικογενειακές ευθύνες, σχολείο πρόσφατες αλλαγές στο κοινωνικό status ή στην απόδοση του ατόμου.
- Ψυχιατρικό ιστορικό. Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας (μέθοδος, σοβαρότητας, καταθλιπτικά επεισόδια, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή του ύπνου ή της όρεξης, ημερήσιες διακυμάνσεις, στη διάθεση), ψυχωτικά φάρμακα, ψυχιατρικές νοσηλείες, τρέχουσα θεραπεία.
- Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ. Τύποι χρήσης ή κατάχρησης. Πιθανότατα η ψύχωση ή η κατάθλιψη να είναι δευτερογενείς από χρήση ή απόσυρση από ουσίες.
- Ιατρικό ιστορικό. Ύπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία γι' αυτές, πρόσφατες αλλαγές στη σωματική υγεία.
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών. Πρέπει να γίνει εστιασμός στην ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης, ψύχωσης και ανθρωποκτονικών τάσεων. Η επιθυμία ενός ατόμου να σκοτώσει άλλους συνδέεται συχνά με τη επιθυμία ν' αυτοκτονήσει. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές πεποιθήσεις μπορούν επίσης να υπαγορεύσουν αυτοκτονία (π.χ μια φωνή διατάζει το άτομο να πέσει από το παράθυρο) και ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρό και συνεχή κίνδυνο, εφόσον η μορφή αυτή της ψύχωσης επιμένει. (Ν.Μάνου, Θεσσαλονίκη, 1988).

Η Πρόληψη – Παρέμβαση

Η πρόληψη παρέμβαση περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνονται κατά την διάρκεια της πράξης. Η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον μετά από την πραγματοποίηση της πράξης αυτοκτονίας δεν συνιστά ομόφωνη αποδοχή. Επιτρέπει την απομάκρυνση του εφήβου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε την συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σταθεροποιεί και διευκολύνει την αξιολόγηση και την προετοιμασία ενός θεραπευτικού σχεδίου. Αλλά η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει και αρνητικά σημεία κατηγορείται ότι εισάγει βλαβερές παλινδρομήσεις, αυξάνει την κοινωνική απροσαρμοστιά και επικυρώνει τον παθολογικό χαρακτηρισμό. Ο έφηβος μπορεί να προσκολληθεί σ' αυτό το προστατευτικό περιβάλλον, ν' αρνηθεί να το εγκαταλείψει και να εκδηλώσει τάσεις αυτοκτονίας, αν του επιβληθεί, η λύση του δεσμού μ' αυτό το περιβάλλον. Η μέθοδος νοσηλείας κατά την οποία ο έφηβος έρχεται στο νοσοκομείο μόνο για το βράδυ και τη νύχτα, είναι μια ενδιαφέρουσα εμπειρία, γιατί συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της συνεχούς νοσηλείας και της παραμονής του εφήβου στο φυσικό του περιβάλλον, επιτυγχάνοντας τη προφύλαξη του εφήβου από τις οικογενειακές πέσεις και αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τη διαταραχή της επαγγελματικής και της σχολικής ζωής⁷¹. Αυτές οι επιφυλάξεις εξηγούν την αντίθεση με την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι πολλοί ασθενείς μπορούν ν' αντιμετωπισθούν με επιτυχία χωρίς εισαγωγή. Παρ' όλα αυτά, η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αποτελεί απόλυτη ένδειξη στις περιπτώσεις όπου ο κίνδυνος της υποτροπής είναι άμεσος. Όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι επικίνδυνα διαταραγμένο ή αντιδρά αρνητικά στην πράξη αυτοκτονίας ή όταν είναι αδύνατο με άλλο τρόπο να αξιολογηθεί η κατάσταση και να πραγματοποιηθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η περίοδος η οποία διαδέχεται την απόπειρα αυτοκτονίας είναι κατάλληλη στιγμή για ψυχοθεραπεία. Η πρωιμότητα και η ποιότητα της συνέντευξης, αποτελούν τα θεμελιώδη στοιχεία, για την επιτυχία της θεραπείας. Είναι διαπιστωμένο ότι, όσο πιο γρήγορα συνέβαινε η ψυχιατρική παρέμβαση τόσο καλύτερη ήταν η συνεργασία του ασθενούς και η θεραπεία⁷². Η προσέγγιση πρέπει να είναι αμερόληπτη και να εξετασθεί πρώτος και μόνος ο έφηβος.

Είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η συνάντηση με την οικογένεια πριν αυτής με τον έφηβο, διότι η οικογένεια μπορεί να εισάγει αρνητικά πρωτότερα αναφορικά με την σταθερότητα της συνέντευξης με τον έφηβο. Η αρχική μέριμνα είναι να δημιουργηθεί μια θετική σχέση η οποία να προέρχεται από την θέρμη και καλοπροαίρετη στάση του θεραπευτή, η οποία σέβεται και δεν παραμελεί τον ψυχικό κόσμο του εφήβου μεταδίδοντας του ένα συναίσθημα πίστης και ενδιαφέροντος, «είναι απαραίτητο να μην υποτιμηθεί η αιτία η οποία είναι πραγματική και τις περισσότερες φορές ειλικρινής και να μη επιχειρηθεί να ελαττωθούν οι άμυνες⁷³». Ο ειδικός που καλείται επειγόντως ταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο αντιτιθέμενες επιταγές: να λάβει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες προκειμένου να πάρει μια ορθή απόφαση, και να αποφύγει να κατακλύσει τον έφηβο με ερωτήσεις οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σχέση. Είναι προτιμότερο να θυσιαστεί η συλλογή πληροφοριών προς όφελος της ανάγκης της εμπιστοσύνης του εφήβου. Η απόφαση του σχετικά με τη διαφωνία της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μπορεί αξιόπιστα να βασιστεί σε θέματα για τα οποία υπάρχει εύκολα η δυνατότητα να εκτιμηθούν: η ανάγκη του εφήβου να δέχεται και να επωφελείται από την προσφερόμενη υποστήριξη, ο βαθμός της πρόθεσης του να πεθάνει, ο τρόπος εκτέλεσης και οι ιατρικές συνέπειες της αυτοκτονικής πράξης, οι αντιδράσεις της οικογένειας. Είναι φρόνιμο να παραταθεί ο χρόνος νοσηλείας όταν πρόκειται για έναν καταθλιπτικό έφηβο, ο οποίος αρνείται παθητικά ή ενεργητικά την επαφή, σε συνδυασμό με μια βαριά πράξη αυτοκτονίας ή με αδιάφορη ή εχθρική στάση από την μεριά της οικογένειας. Η ύπαρξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα, ανεξάρτητα από το ποια είναι η τελική απόφαση. Εάν επιλεγεί η παράταση της νοσηλείας, το ιδανικό θα ήταν να εξακολουθήσει να ασχολείται με τον έφηβο ο ειδικός, ο οποίος τον είδε πρώτος. Αν επιλεγεί η έξοδος από το νοσοκομείο και η συνέχεια της παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία, η συναισθηματική επένδυση της σχέσης θεραπευτή - θεραπευόμενου - οικογένειας δεν θα είναι άχρηστη γιατί απ' αυτήν εξαρτάται η αποδοχή και η πραγματοποίηση του προβλεπόμενου προγράμματος από την οικογένεια. Αν επιτευχθεί συμφωνία με την οικογένεια και αν δεν είναι δυνατή η παρακολούθηση από τον παρεμβαίνοντα στο νοσοκομείο ειδικό πρέπει να δοθεί στον έφηβο να καταλάβει ότι δεν εγκαταλείφθηκε. Θα ήταν σημαντικό γι' αυτόν τον σκοπό να εκδηλώσει ο ειδικός το πραγματικό του ενδιαφέρον και την εμπλοκή του

στην υπόθεση, ερχόμενος ο ίδιος σ' επαφή με την θεραπευτική μονάδα την οποία συστήνει για τον έφηβο. (Henry Chabrol, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Ο Ν. Μάνου (Θεσσαλονίκη, 1988) αναφέρει ότι ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης:

Το άτομο να πάει σπίτι του. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφθεί την πιθανότητα να πάει το άτομο στο σπίτι του. Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κιόλας μέρα σε κάποιο ειδικό της ψυχικής υγείας και να σιγουρευτεί ότι το άτομο θα παει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα τον δει έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασισθεί στις ανάγκες του ασθενή και στη διάγνωση του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίση έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία.

Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τα περισσότερα από τα άτομα που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την ένδειξη νοσηλείας τους, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν οι συγγενείς και φίλοι του. Αν υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο η παρατήρηση θα πρέπει να είναι συνεχής και προσεκτική.

Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αν το άτομο κινδυνεύει και δεν θέλει να νοσηλευτεί, τότε ο κλινικός έχει το δικαίωμα από το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή του σε νοσοκομείο για να το προφυλάξει. Επειδή τα άτομα που κάνουν απόπειρες βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να του ανακοινωθεί καθαρά και σταθερά.

Ο Ε. Δημητρίου (Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου, Θεσσαλονίκη, 1988) δίνει ορισμένα στοιχεία για την αντιμετώπιση των αποπειραθέντων.

Υπολογίζεται ότι το 10% των αποπειραθέντων χρειάζεται άμεση νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και ότι το 25% δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία γιατί η αυτοκαταστροφική πράξη ήταν αποτέλεσμα παρορμητικής αντίδρασης σε πρόσκαιρες δυσκολίες και γι' αυτό ο κίνδυνος επανάληψης είναι μηδαμινός. Για το υπόλοιπο 65% χρειάζεται κατάσπρωση προσεκτικής θεραπευτικής παρέμβασης. Οι περισσότερες απόπειρες μέσα σε νοσοκομεία γίνονται τις βραδινές ώρες, όταν οι ειδικοί είναι ήδη αρκετά κουρασμένοι αλλά και απασχολημένοι με άλλα περιστατικά. Είναι φυσικό να μη μπορούν να διαθέσουν αρκετό χρόνο για ένα π.χ νεαρό άτομο 18 χρονών που πήρε δισκία αγχολυτικού φαρμάκου ή ασπιρίνης.

Η διάγνωση και η πρόγνωση

Η δυναμικά βαριά πρόγνωση δικαιολογεί την διάγνωση. Η διάγνωση οφείλει να προσδιορίσει το φυσιολογικό και το παθολογικό τις θετικές και τις αρνητικές συμπεριφορές, τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του εφήβου και της οικογένειας του. Η διάγνωση δεν μπορεί να περιορισθεί στο να κατονομασθεί η ψυχολογία του παιδιού, αλλά πρέπει να διευρυνθεί με την περιγραφή των οικογενειακών σχέσεων με τη διατύπωση υποθέσεων σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας και τη γένεση της παρούσης κρίσης.

α. Η διάγνωση στον έφηβο. Σύμφωνα με την κλασσική αντίληψη, η διαγνωστική διαδικασία στηρίζεται στο να προσδιορισθεί αν η σημειολογία αντιστοιχεί σε μια κατηγορία της παραδοσιακής νοσογραφίας. Η συχνότητα της ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών δεν είναι ομόφωνα αποδεκτή στην αυτοκτονία του εφήβου. Το πιο σημαντικό είναι στην κατάθλιψη ή στην σχιζοφρένεια, γιατί τέτοιες καταστάσεις απαιτούν ιδιαίτερη θεραπευτική παρέμβαση. Πρόσφατα η διάγνωση των καταθλίψεων εμπλουτίστηκε σε βιολογικές δοκιμασίες. Το ενδιαφέρον έγκειται στην ανακάλυψη ενδογενών καταθλίψεων όταν η σημειολογία είναι άτυπη, αμφίβολη ή καλυμμένη. Αυτές οι ενδογενείς απόψεις, οι οποίες από μερικούς θεωρούνται βιολογικής προέλευσης, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην φαρμακοθεραπεία. Το τεστ της δεξαμεθανόλης και το τεστ της TRH (κλητικός παράγοντας θυρεοτροπίνης) είναι τα πιο γνωστά. Εξερευνούν τους υποθαλαμο- υποφυσιδιακούς και θυρεοειδικούς άξονες, η δραστηριότητα των οποίων γίνεται από ανώτερα κέντρα με τη μεσολάβηση των ίδιων νευρομεταβιβαστών μ' αυτούς που διαταράσσονται στις ενδογενείς καταθλίψεις. Επομένως μια ανωμαλία σ' αυτές τις δοκιμασίες θα αποτελούσε ένδειξη

δυσλειτουργίας της νευροδιβίβασης, η οποία συνδέεται με την ενδογενή κατάθλιψη. Αποδείχθηκε ότι αυτές οι δοκιμασίες στον ενήλικα είναι ταυτόσημες, ευαίσθητες και ειδικές. Εφόσον απουσιάζουν οι κλινικές ενδείξεις γίνεται άωφελο να ανατρέξουμε σ' αυτές τις εξετάσεις, οι οποίες παραμένουν αρνητικές, θέτοντας σε αμφισβήτηση την ύπαρξη ενός καταθλιπτικού παράγοντα ο οποίος καλύπτεται στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Αντίθετα σε έφηβους από 13 μέχρι 18 ετών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και οι οποίοι θεωρήθηκαν ως κλινικά κατάλοιπα η μια από τις δύο εξετάσεις δεν ήταν φυσιολογική στο 73% των τάσεων, αν και κανένας απ' αυτούς δεν εκπλήρωσε τα κλασσικά κριτήρια μελαγχολίας ή αυτά της βαριάς κατάθλιψης του DSM III. Η κλινική πρακτική ίσως υποτιμά τη συχνότητα των ενδογενών καταθλίψεων και τη συμμετοχή ενός βιολογικού παράγοντα στον καθορισμό της αυτοκτονίας του εφήβου.

Η διάγνωση δεν θα μπορούσε να περιορισθεί σε μια απλή αντιπαράθεση του εφήβου με την κλασσική ταξινόμηση. Πρέπει, όμως ν' αξιολογηθεί το σύνολο της συμπεριφοράς, για ν' ανακαλυφθούν οι ικανότητες και οι ανεπάρκειες, προτού εκτιμηθεί η επίδραση του στην πρόγνωση. Ιδιαίτερα είναι απολύτως αναγκαίο να εκτιμηθεί η ικανότητα του εφήβου να αναπτύσσει συναισθηματική σχέση κι αυτό μέσα από μια διπλή προοπτική. Σύμφωνα με τη στηριζόμενη στη θεωρία της συμπεριφορά άποψη, πρέπει να κριθούν οι συμπεριφορές επικοινωνίας του εφήβου και η ικανότητα διαπραγμάτευσης των ψυχικών συγκρούσεων που σχετίζονται με τις σχέσεις του. Σύμφωνα με μια πιο ψυχοδυναμική άποψη αρμόζει να εκτιμηθεί η συναισθηματική διαθεσιμότητα τους εφήβου, στο επίπεδο των σχέσεων με τους άλλους, η ικανότητα για να γίνει οικείος και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα των άλλων, το επίπεδο της θεμελιώδους εμπιστοσύνης. Η έρευνα δεν πρέπει να περιορίζεται στις αρνητικές πλευρές: πρέπει επίσης ν' ανακλά και τη θετική πλευρά, στην οποία μπορεί να στηριχθεί η θεραπευτική προσέγγιση.

β. Η οικογενειακή διάγνωση

Αντίστοιχα με την διάγνωση του εφήβου, πρέπει να γίνει και μια λειτουργική ανάλυση της οικογένειας, προκειμένου να εκτιμηθεί τόσο η θετική ή αρνητική της συμμετοχή στη γένεση της πράξης, όσο και οι διαταραχές οι οποίες πρέπει να διορθωθούν ή τα θετικά στοιχεία, τα οποία θα πρέπει να προαχθούν. Προκειμένου να είναι πλήρης η αξιολόγηση, θα πρέπει να επιχειρηθεί σε τρία επίπεδα, το στηριζόμενο στη συμπεριφορά, το συστημικό και το ψυχοδυναμικό. Σ' αυτές τις τρεις προσεγγίσεις, η ιστορία της οικογένειας της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας των

γονέων, της συνάντησης και της εξέλιξης του ζευγαριού, της γέννησης και της ανατροφής των παιδιών είναι ουσιαστικές για τη διαμόρφωση υποθέσεων σχετικά με την παρούσα οικογενειακή λειτουργία και το είδος των κατάλληλων παρεμβάσεων.

Η ιδιαιτερότητα της στηριζόμενης στη θεωρία της συμπεριφοράς προσέγγισης της οικογένειας, προσφέρει μια προωθημένη αξιολόγηση, στην οποία εξειδικεύονται τέσσερις βασικοί στόχοι: 1) οι τρόποι επικοινωνίας 2) ο τρόπος επίλυσης των προβλημάτων, 3) τα μέσα αμοιβαίου ελέγχου με προτροπές και τιμωρίες, 4) οι νοηπικές μεταβλητές οι οποίες αφορούν την αντίληψη των προβλημάτων, την απόδοση αιτιολογίας και τις υποθέσεις σχετικά με τη δυνατότητα βελτίωσης της κατάστασής. Η συστημική προσέγγιση προσδιορίζει τους ιδιαίτερους κανόνες των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, την ακαμψία ή την ευκαμψία τους, τη σταθερότητα ή την εξέλιξη τους, τους ρόλους και τις αλληλεπιδράσεις τους, την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις της ομοιοστασίας και της αλλαγής, της λειτουργίας της πράξης της αυτοκτονίας μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση αναζητά τους παθολογικούς τρόπους επίλυσης των οικογενειακών συγκρούσεων όπως: διχασμός της οικογένειας, συλλογική άρνηση, προβολή, μετατόπιση των ατομικών συγκρούσεων μέσα στις σχέσεις το μηχανισμό προβολής, ταύτιση ή φαινόμενα μεταβίβασης. Είναι φανερό ότι αυτή η αξιολόγηση αντιπροσωπεύει ένα ιδεώδες, που σπάνια πραγματοποιείται. Συχνά προτιμάται μια τάση η οποία φαίνεται ότι αντιστοιχεί καλύτερα στην προκειμένη οικογενειακή παθολογία. Τελικά στόχος είναι να εκτιμηθούν τα κίνητρα, οι ικανότητες και οι αντιστάσεις στην αλλαγή, όποιο κι αν είναι το στάδιο στο οποίο εξελίσσονται.

Η πρόγνωση. Η αξιολόγηση πρέπει ν' ανοίξει το δρόμο για πρόγνωση υποθέσεις σχετικά με την διεργασία της αυτοκτονικής προβληματικής σ' ένα θεραπευτικό σχέδιο. Στην ουσία είναι η πρόγνωση που καθορίζει την θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο οι προγνωστικοί παράγοντες δεν είναι ακόμη αρκετά διευκρινισμένοι και μέχρι τώρα, υπάρχουν κυρίως τα στοιχεία τα οποία επιτρέπουν την πρόβλεψη της υποτροπής της αυτοκτονίας. Διακρίνονται⁷⁴ οι παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται σ' αρνητική συσχέτιση με την υποτροπή (ασήμαντος κίνδυνος θανάτου κατά την θεραπεία της αυτοκτονίας, ο οποίος εκτιμάται σύμφωνα με την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε εχθρότητα, αντικοινωνικές συμπεριφορές, κατάθλιψη) και αυτούς που έχουν θετική συσχέτιση (σημαντικός κίνδυνος θανάτου και κατάθλιψη, η

κατάθλιψη και εχθρότητα). Διακρίνονται έξι ~~παράγοντες~~ κινδύνου «Ψυχιατρική οργάνωση ψύχωσης, ή παθολογικής προσωπικότητας⁷⁵. Το ν' ανήκει κάποιο σε μια οικογένεια με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά. Οικογενειακά ιστορικά αλκοολισμού. Ατομικό ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς και ~~ειδών~~ αναφορικά με το χαρακτήρα και τις σπουδές. Παθολογικές οικογενειακές σχέσεις. Καταθλιπτικές τάσεις». Το δυναμικό της αυτοκτονίας είναι μια λειτουργία δύο ~~από~~ παραγόντων: ατομικών (όπως είναι η ορμητικότητα, επιθετικότητα, η κατάθλιψη, η αγωνία, η ανεπάρκεια μοντέλων ελέγχου και επικοινωνίας) και κοινωνικών ~~και~~ οικογενειακών (όπως είναι οι πηγές υποστήριξης, η ποιότητα και διαθεσιμότητα ~~προς~~).

Η θεραπευτική αγωγή του ατόμου

Η θεραπευτική αγωγή καθορίζει δύο ~~στόχους~~ που ανάγονται στις δύο διαστάσεις των παραγόντων πρόγνωσης: την ~~επιμέτωση~~ των ατομικών παραγόντων και την τροποποίηση του περιβάλλοντος. Οι θεραπευτικές επιλογές θα γίνουν μέσα στο φάσμα των χημειοθεραπειών και ~~ψυχο~~θεραπειών των οποίων ο συνδυασμός είναι και εφικτός και, συχνά, επιθυμητός.

α). Η φαρμακευτική αγωγή. Εκτός από τη ~~θεραπεία~~ του άγχους με τα αγχολυτικά και των σχιζοφρενιών με τα νευροληπτικά, η ουσία της συζητήσεως αφορά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Η σταθερή ~~προυσία~~ της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου θα μπορούσε να δικαιολογήσει ~~επιπλέον~~ ευρεία χορήγηση τους, η οποία ωστόσο περιορίζεται από τον κίνδυνο ~~μια~~ ηθελημένης σοβαρής δηλητηριάσεως, γεγονός που μας ωθεί στο να ~~π~~ χρησιμοποιούμε μόνο σε περιπτώσεις βόρειων καταθλίψεων, οι οποίοι νοσηλεύονται στο νοσοκομείο μέχρι την βελτίωσή τους. Αυτό το ενδιαφέρον για τις ~~χημειο~~θεραπείες δεν συναντά ομόφωνη αποδοχή: «η θεραπεία επιλογής δεν ~~πρέπει~~ να αναζητηθεί στην φαρμακία⁷⁶. Η χρήση φαρμάκων μπορεί να έχει ~~αντί~~ δράση μεταθέτοντας το κέντρο της προσοχής από του ουσιαστικό στόχο ~~π~~ είναι η τροποποίηση των οικογενειακών σχέσεων και συγκρούσεων καταστάσεων της ζωής» το φαινόμενο αυτό δεν περιορίζεται στο γιατρό, αλλά επεκτείνεται ~~και~~ στον ασθενή:

τα αντικαταθλιπτικά εναντιώνονται στην ανάπτυξη των μοντέλων ελέγχου της κατάθλιψης⁷⁷.

Ωστόσο είναι αναμφισβήτητη η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής στην βαριά κατάθλιψη. Είναι φανερό ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα από ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα. (Henry Chabrol, μετ. Αν. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Η Πάπυρους Λάρους σημειώνει ότι ανάμεσα στις θεραπευτικές χημειοθεραπευτικές ή βιολογικές αγωγές που μπορεί να προλάβουν καλύτερα ένα μείζονα κίνδυνο αυτοκτονίας, το λίθιο για τους μανιοκαταθλιπτικούς (διπολική διαταραχή της διάθεσης) και οι ηλεκτροναρκώσεις, γενικά, είναι οι πιο αποτελεσματικές.

β). Ψυχοθεραπείες. Ο Henry Chabrol (μετ. Αν. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987) τονίζει ότι οι τρόποι της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, αποτελούν αντικείμενο συνεχών συζητήσεων. Ωστόσο ορισμένοι γενικοί κανόνες θεωρούνται έγκυροι, ανεξάρτητα από την χρησιμοποιούμενη τεχνική. Έτσι η εδραίωση μιας θετικής σχέσης, επιβάλλεται ως προκαταρκτική αρχή για κάθε ψυχολογική αγωγή. Είναι γνωστό ότι η αποτελεσματικότητα του θεραπευτή εξαρτάται από την ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και το ενεργό ενδιαφέρον που δείχνει. Αλλά η ψυχική σύγκρουση με την οποία βιώνει ο έφηβος την εξάρτηση αντιτίθεται στη δέσμευση του μέσα στη σχέση. Συχνά ο έφηβος διχάζεται ανάμεσα στις δύο αντίθετες ανάγκες του, εξάρτησης και ανεξαρτησίας: ο φόβος μήπως εγκαταλειφθεί, αν δεθεί, και η απειλή που ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει για την ανεξαρτησία του, εξηγούν τους δισταγμούς του να εμπλακεί στη σχέση. Το ν' αποφασίζει μαζί με τον έφηβο την πρακτική οργάνωση της θεραπείας, βοηθά ώστε να ελαττώνεται αυτή η διπλή αντίσταση. Μια θεραπευτική συνθήκη, που έγινε αμοιβαία αποδεκτή και που καθορίζει, κατά προσέγγιση, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον αριθμό των συναντήσεων, μπορεί να δώσει στον έφηβο την διαβεβαίωση ότι ο θεραπευτής του υποστηρίζει και αυτόν και την αυτονομία του. Για ν' αποφευχθεί να φανεί το θεραπευτικό σχέδιο άκαμπτο και πνιγρό, μπορεί να προβλεφθεί από την αρχή η πιθανότητα να μεταβληθεί, μετά από συμφωνία, ανάλογα με την εξέλιξη. Το δικαίωμα του εφήβου να διακόψει τη θεραπεία καλά θα είναι να αναφερθεί. Η χρονική οργάνωση της θεραπείας πρέπει να

συνοδεύεται με αναζήτηση σχετικά με τα μέσα και τους σκοπούς της θεραπείας. Είναι απαραίτητο να καθορισθούν μαζί με τον έφηβο αντικειμενικοί στόχοι τους οποίους μπορεί ν' αξιολογήσει⁷⁸, να του εξηγηθούν οι επιλεγμένες τεχνικές και να του ζητηθεί να εκτιμά και αυτός την θέση του σ' αυτές τις τεχνικές και την αποτελεσματικότητά τους σ' ολόκληρη τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτά τα προκαταρκτικά στάδια είναι υποχρεωτικά: προλαμβάνουν πρώιμες ρήξεις, συμμετέχουν στην ανασκευή της εκτίμησης που τρέφει ο έφηβος για τον εαυτό του και στην αύξηση του αισθήματος της υπευθυνότητας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την πορεία της θεραπείας, είναι η ξεκαθαρισμένη και θεληματική συμμετοχή του εφήβου, σε μια κατανοητή θεραπεία, που θεωρεί χρήσιμη.

Η εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λάρους τονίζει ότι οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι, ατομικές ή ομαδικές, έχουν εδώ μεγάλη σημασία. Σκοπός τους δεν είναι να υπαγορεύσουν στον αυτόχειρα την συμπεριφορά του, μα να τον βοηθήσουν να φθάσει σε μια κάποια ψυχολογική ωριμότητα, ενισχύοντας τις άμυνες του, ωριμότητα που πρέπει να οδηγεί τελικά σε μια καλύτερη προσαρμογή στο περιβάλλον.

Ο Henry Chabrol (μετ. Αν. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987) αναλύει τις ψυχοθεραπείες που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αγωγή του εφήβου με αυτοκτονικές τάσεις. Αναλύει αρχικά τις στηριζόμενες στην συμπεριφορά ψυχοθεραπείες και κατόπιν τις αναλυτικές ψυχοθεραπείες.

Η νοητική και στηριζόμενη στη συμπεριφορά προσέγγιση προτείνει ένα ποικίλο παιχνίδι συμπληρωματικών τεχνικών, οι οποίες επιτρέπουν την εφαρμογή μιας θεωρίας, προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Η νοητική και συμπεριφορική προσέγγιση, διαθέτει αιτιολογικές θεραπείες, ανεξάρτητα από το αν γίνεται αντιληπτή η αυτοκτονία σφαιρικά σαν έλλειμμα της κοινωνικής συνάφειας⁷⁹ ή σαν συνέπεια πολλαπλών ψυχολογικών παρεκκλίσεων (αγωνία, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, ανεπάρκεια των μηχανισμών ελέγχου). Η άσκηση στην επιθυμία είναι, σίγουρα, η μέθοδος που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. Αναπτύσσει συμπεριφορές που ευνοούν την κοινωνικότητα, ελαττώνει την αγωνία που συνδέουν με καταστάσεις αλληλεπίδρασης αποπροσανατολίζει την παρορμητικότητα. Επίσης διαπιστώθηκε, εμφανίζει ανώτερη αποτελεσματικότητα από τα τρικυκλικά στην ανάταξη της κατάθλιψης⁸⁰.

Η στηριζόμενη στη συμπεριφορά θεραπεία, στηρίζεται βασικά στην τεχνική της εναλλαγής των ρόλων και εύκολα εφαρμόζεται σε μια ομάδα. Συνθήκες κοινωνικές αλληλοδράσεων αναπαράγονται μέσα σ' αυτή. Οι πραγματοποιούμενες επιδόσεις προοδευτικά βελτιώνονται με τη χρήση κατευθυντήριων επιταγών, με την επανατροφοδότηση και με την απομίμηση μοντέλων και επιτρέπουν την εκμάθηση ειδικών κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων (problem solving therapy) έρχεται να καλύψει μια συχνή ανεπάρκεια των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η συνήθης τεχνική λειτουργεί σε πέντε στάδια: καθορισμός του προβλήματος, απαρίθμηση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, αποφάσεις και σχέδιο δράσης. Οι νοητικές θεραπείες ενδεικνύονται με τη μετατροπή της συμπεριφορά και των συναισθημάτων. Το θέμα είναι να βοηθηθεί ο έφηβος ν' αποκτήσει μια στρατηγική που να του επιτρέπει να εντοπίζει μ' ακρίβεια τις δυσλειτουργικές του σκέψεις και να τις αντικαταστά με καίριους συλλογισμούς και όχι να τον επιβληθεί αυτό που θα πρεπε να σκεφτεί. Αυτή η φροντίδα εγγράφεται σε μια διαρκή, κεντρική μέριμνα χαρακτηριστική της σύγχρονης συμπεριφορικής προσέγγισης να σέβεται και να αναπτύσσει τη αυτονομία του ατόμου μέσα σε μια θερμή και δημοκρατική σχέση. Ο θεραπευτή δεν διατείνεται ότι κατέχει κάποια μυστηριώδη γνώση, αλλά απλά μέσα για να διευκολύνει την εκμάθηση δεξιοτήτων η σπουδαιότητα των οποίων, μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτή από τον έφηβο.

Οι αναλυτικές ψυχοθεραπείες αντίθετα από τις στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες, όπου προέχουν οι μέθοδοι εκμάθησης, στις δυναμικές ψυχοθεραπείες η προσωπικότητα του θεραπευτή, αποτελεί το βασικό όργανο της αγωγής. Ο θεραπευτής γρήγορα θα έλθει αντιμέτωπος, τόσο με θετικές, όσο και με αρνητικές έντονες μεταβιβαστικές αντιδράσεις των οποίων θα πρέπει αμέσως να προβλέψει τις ολέθριες συνέπειες και να οργανώσει την τεχνική ώστε να τις ελέγχει.

Η πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, εκτός από το ότι δίνει πρόσβαση στις εξωτερικές επικοινωνίες, δομεί τη θεραπευτική συνθήκη επιτρέποντας τον περιορισμό των αισθηματικών μετακινήσεων και εννοώντας την έκφραση τους και ιδιαίτερα όταν ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιεί και κοινωνικές ενθαρρύνσεις για την ανάπτυξη της επικοινωνίας. Είναι επίσης αποδεκτό να δείξει κανείς καμιά σχετικά με τις βασικές αρχές της ψυχοθεραπείας και να παροτρύνει κανείς απλά τον έφηβο να μιλά όσο πιο ελεύθερα μπορεί, γι' αυτό που τον απασχολεί ή για ότι του έρχεται στο μυαλό, κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Τέλος πρέπει να

καθορισθούν οι θεραπευτικοί στόχοι και να θιχθεί το πρόβλημα της διάρκειας της θεραπείας.

Η μεταβίβαση θα χαρακτηρίζεται πάντοτε από την αμφιβουλησία και μια πραγματική θεραπευτική συμμαχία δε θα μπορούσε να εδραιωθεί, παρά μόνο μέσα από ανάλυση της αρνητικής μεταβίβασης. Δεν πρέπει να πει κανείς ότι θα φτάσει σε μια επανορθωτική συγκινησιακή εμπειρία, βασισμένος σε μια εύθραυστη σχέση, η οποία αρνείται τις αναπόφευκτες λάθος στάσεις στη μετάβαση. Η επισήμανση και η συστηματική επεξήγηση της αρνητικής μεταβίβασης «εδώ και τώρα» χωρίς ερμηνεία ανάγεται σε γενετική προέλευση, είναι απαραίτητες για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Προς επίτευξη αυτού του σκοπού, είναι χρήσιμο να ερμηνευθούν οι πρωτόγονοι μηχανισμοί άμυνας, όπως είναι η προβολή όπως αυτοί δρουν μέσα στη μεταβίβαση. Έτσι ελαττώνεται η ροπή προς την έκβαση ψυχωσικού τύπου. Αντίθετα μπορεί να συμβουλέψει κανείς την ανάπτυξη της θετικής μεταβίβασης στις πρώιμες μορφές της ώστε να τροφοδοτηθεί η θεραπευτική συμμαχία, η οποία ενθαρρύνεται για θερμή και αυθεντική στάση. Επίσης πρέπει να επεξεργαστούν τα λαϊκά στοιχεία της θετικής μεταβίβασης, όπως η πρωτόγονη εξιδανίκευση, ή η απόδοση μαγικής εξουσίας στον θεραπευτή. Αυτή η στρατηγική της εισαγωγικής φάσης της θεραπείας επιτρέπει την ευνοϊκή έναρξη για τα επόμενα στάδια, επικεντρώνονται στην επεξεργασία των συμπεριφορών που προέρχονται από την εξάρτηση και στην ανάλυση της προοπτικής αποχωρισμού.

Είναι φανερό ότι δεν μπορεί κανείς να συστηματοποιήσει υπερβολικά θεραπευτική τακτική, η οποία πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε περίπτωση. Έτσι προκύπτουν δύο βασικές εναλλακτικές λύσεις: ή η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν είναι παρά στήριγμα σ' ένα ευρύτερο εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα ή αποτελεί τη μόνη θεραπευτική μέθοδο που προσαρμόζεται σ' ένα έφηβο. Σ' αυτήν την περίπτωση, θα ήταν εξωπραγματικό να ικανοποιηθεί κανείς με μια σύντομη αναλυτική ψυχοθεραπεία. Για τον Ladame, ουσιαστικά δεν υπάρχει παρά μόνο μια εναλλακτική λύση: ή εγκαταλείπονται οι δυναμικές θεραπείες ή αρχίζει μια έντονη και επιστάμενη θεραπεία, θεραπεία που μόνο αυτή μπορεί να ισχυρισθεί αυθεντική θεραπευτική ενέργεια. Σύμφωνα μ' αυτόν τον συλλογισμό, σ' αυτή την περίπτωση εκτίθεται κανείς αναπόφευκτα σε μεταβίβαση οριακής ποιότητας και σε παροξυσμό των τάσεων αυτοκτονίας. Το σωστό θεραπευτικό σχέδιο σπάνια πραγματοποιείται λόγω ενός σημαντικού ποσοστού εγκατάλειψης της θεραπείας. Μπορεί λοιπόν ν' αναρωτηθεί κανείς αν ο στόχος μιας παρατεταμένης θεραπείας δεν αποτελεί, στις

περισσότερες περιπτώσει, μια μάταια προσδοκία και εάν δεν είναι προβλέψιμο να ληφθεί υπόψη τα πραγματικά δεδομένα, προβλέπεται εξαρχής μια σύντομη θεραπεία, με περιορισμένες φιλοδοξίες. Επίσης, μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη, πως η αλλαγή δεν είναι δυνατή παρά μόνο με μια παρατεταμένη θεραπεία, δεν είναι από όλους αποδεκτή. Ότι τίθεται η ένδειξη για παρατεταμένη θεραπεία μόνο σε ορισμένες επιλεγμένες περιπτώσεις, τεταμένη θεραπεία μόνο σε ορισμένες επιλεγμένες περιπτώσεις, σύμφωνα με τα συνηθισμένα κριτήρια και χωρίς να παραμελούνται οι πολιτισμικοί και οι πνευματικοί παράγοντες καθώς και η προσαρμογή στην αρχική φάση της αγωγής. Κάποτε η ψυχοδυναμική παρέμβαση πρέπει να συνδυασθεί, μέσα από διάφορους τρόπους, με μια άλλη προσέγγιση η οποία να στηρίζεται στις νοητικές δραστηριότητες ή στη συμπεριφορά ή στο παράδοξο. «Οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές πρέπει να ποικίλουν⁸¹ και να προσαρμόζονται σε κάθε περίπτωση», ενάντια στις προκαταλήψεις και τις δογματικές στάσεις. Όποιο και αν είναι το ατομικό ψυχοθεραπευτικό σχέδιο, έχει σημασία να συσχετισθεί με μια υπέρβαση στην οικογένεια.

Η τροποποίηση του περιβάλλοντος.

Ο Β.Κ. Αναστασιάδης (Αθήνα, 1993) αναφέρεται στην σημασία του περιβάλλοντος του αυτόχειρα ή του τείνοντα προς την αυτοκτονίας εφήβου στην θεραπεία του. Εκείνο που προέχει είναι η τροποποίηση των οικογενειακών σχέσεων και των συγκρούσεων καταστάσεων της ζωής του. Πρέπει δηλαδή η φαρμακευτική αγωγή να συνδυάζεται με ένα ευρύτερο πρόγραμμα. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας απαιτείται να του προσφέρει η οικογένεια κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα και στήριξη. Εκείνο που κυρίως ενδιαφέρει είναι να εκφραστεί και να μοιραστεί με την οικογένειά του το πρόβλημα και να μην έρθει σε καμιά εχθρική αντιπαράθεση με αυτήν. Στην περίπτωση αυτή παίζουν πολύ σπουδαίο ρόλο οι ενθαρρυντικές δραστηριότητες και η βελτίωση της επικοινωνίας μαζί του για την επίλυση των προβλημάτων του. Είναι μάταιο να επιχειρήσει κανείς να σχεδιάσει μια οριστική στρατηγική αγωγής, γιατί αυτή είναι ανάγκη να προσαρμόζεται ανάλογα με την αντίδραση του ίδιου και της οικογένειάς του. Για την αποσόβηση άσχημων εκδηλώσεων και τάσεις για αυτοκτονίας απαιτείται ένα κοινωνικό περιβάλλον, που

να τον αποδέχεται, να τον σέβεται, να τον εκτιμά, να τον αγαπά και να τον συμπαραστέκεται στις δυσκολίες του.

Ο Henry Chabrol (μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987) αναφέρεται στο ζήτημα της τροποποίησης του περιβάλλοντος του ως μέρος της θεραπείας της αυτοκτονίας πιο αναλυτικά και λεπτομερών.

Η παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον και στις συνθήκες ζωής του εφήβου, είναι πάντοτε απαραίτητη. Πιθανώς σε περιπτώσεις απουσίας της οι προσπάθειες ατομικής ψυχοθεραπείας πιθανά ν' αποδειχθούν μάταιες. Ο σκοπός της παρέμβασης στην οικογένεια είναι η ανάπτυξη θετικότερων τρόπων αλληλεπίδρασης.

Στην αρχική φάση, είναι ουσιαστικό να ευνοηθούν οι προσπάθειες έκφρασης για κατανόηση και επικοινωνία των συναισθημάτων ενδιαφέροντος, φροντίδας και υποστήριξης που τρέφει η οικογένεια, για τον έφηβο. Όσο περισσότερο θετική είναι η αντίδραση της οικογένειας, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος υποτροπής⁸².

Είναι χρέος να βοηθηθούν οι γονείς ώστε να αντιληφθούν τα κίνητρα της πράξης της αυτοκτονίας. Ορισμένες φορές, η συνειδητοποίηση είναι αυθόρμητη, εμφανίζεται ένοχη και τότε ο θεραπευτής πρέπει να εκδηλώσει την υποστήριξή του.

Άλλοτε οι γονείς προβάλλουν κάθε ευθύνη στο εξωτερικό περιβάλλον, μερικές φορές έχοντας την υποστήριξη του εφήβου, και τότε πρέπει να είναι κανείς εξαιρετικά συνετός στη θεραπευτική προσέγγιση, για να αποφευχθεί η βίαιη αμφισβήτηση της οικογένειας, προς όφελος μιας θετικής συνεργασίας. Αυτό που ενδιαφέρει, είναι να μπορεί ο έφηβος να εκφραστεί ανοιχτά και να μοιραστεί με την οικογένεια του το εξωλεκτικό μήνυμα της αυτοκτονίας, αποφεύγοντας κάθε εχθρική αντιπαράθεση. Αυτό που έχει σημασία είναι να χρησιμοποιηθεί η έκφραση των συγκινήσεων με σκοπό την κινητοποίηση της επιθυμίας για αλλαγή.

Οι θεραπείες της οικογένειας είναι: οι στηριζόμενες στην συμπεριφορά, οι ψυχοδυναμικές και οι συστημικές θεραπείες. Όταν υπάρχει επιθυμία για αλλαγή όλες οι προσεγγίσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Οι στηριζόμενες στη συμπεριφορά θεραπείες είναι αυτές που πιο συχνά εφαρμόζονται γιατί δίνουν εύκολα να κατανοηθεί το μέσο δράσης και ο σκοπός της αγωγής ενώ συναντούν μικρή αντίσταση. Βασίζονται στην άσκηση για βελτίωση της κατάστασης και για την

επίλυση των προβλημάτων, στην αύξηση, των ενθαρρυντικών δραστηριοτήτων, ενώ έχουν διαπραγματευθεί οικογενειακό συμβόλαιο⁸³.

Οι ψυχοδυναμικές θεραπείες έχουν πιο περιορισμένες ενδείξεις, γιατί πρέπει να περιορίζονται σε μια αυθεντική επιθυμία για γνώση και στην αποδοχή αυτής της διαδικασίας. Όσον αφορά τις συστημικές θεραπείες, αυτές έχουν μια σειρά τεχνικών παρέμβασης που στοχεύουν σε μια σφαιρική γνωστοποίηση της λειτουργίας της οικογένειας. Εξαιτίας της δεξιότητας του να χειρίζονται τις αντιστάσεις έχουν ιδιαίτερη σημασία για τις στάσεις που αρνούνται την αναθεώρηση και την αλλαγή⁸⁴.

Αυτοί οι τρεις τύποι προσεγγίσεις όχι μόνο δεν είναι ασυμβίβαστοι μεταξύ τους αλλά αντίθετα μπορούν να συνδυαστούν, ώστε να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της αγωγής. Περισσότερο απ' ό,τι στις ατομικές θεραπείες, εδώ πρέπει να αποφασισθεί μια σύντομη αγωγή και να μην υπάρχει δισταγμός σε κάθε προσέγγιση να χρησιμοποιηθούν τα απαραίτητα μέσα για να έρθει η αλλαγή. Πραγματικά οι οργανωμένες οικογενειακές θεραπείες, εφαρμόζονται στις οικογένειες οικογενειακές θεραπείες, εφαρμόζονται στις οικογένειες εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας.⁸⁵

Σε 40 περιπτώσεις του Ladame η οικογενειακή θεραπεία ακολουθήθηκε μόνο μια φορά. Το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η σύντομη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι ότι διευκολύνει την πραγματοποίηση κάποιων συνεδρίων οικογενειακής θεραπείας. Η αποδοτικότητα⁸⁶ του συνδυασμού ατομικών και οικογενειακών θεραπειών είναι δεδομένη κατά την διάρκεια μιας σύντομης νοσηλείας. Συνέκριναν τα αποτελέσματα των θεραπειών που στηρίζονται στη συμπεριφορά και των θεραπειών και του αναλυτικού προσανατολισμού, σε άτομα που είχαν πραγματοποιήσει επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Όλα αυτά τα άτομα ήταν καταθλιπτικά και το μεγαλύτερο ποσοστό απ' αυτά, έπασχαν από διαταραχή της προσωπικότητας (ναρκισσική, οριακή, εξαρτώμενη). Κατά την διάρκεια της δεκαήμερου νοσηλείας, κάθε ομάδα μπήκε σ' ένα σύνολο τριανταδύο ωρών θεραπείας. Μετά από τη νοσηλεία οργανώθηκε η συνέχεια της αγωγής στα εξωτερικά ιατρεία. Η στηριζόμενη στη συμπεριφορά θεραπεία, η οποία στοχεύει στην τροποποίηση πολλών παραγόντων είναι σαφώς ανώτερη.

Είναι απαραίτητο να πολλαπλασιαστούν οι οργανωμένες μελέτες αυτού του είδους για ν' αξιολογηθούν οι διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί ν' αποτύχει ή να σταθεί αδύνατη, μολονότι είναι καθοριστική η ευθύνη της οικογένειας, στην πράξη αυτοκτονίας: όταν οι οικογενειακές συγκρούσεις είναι πολύ έντονες και δεν μπορούν να διευθετηθούν επαρκώς, πρέπει ν' αντιμετωπισθεί η περίπτωση απομάκρυνσης από την οικογένεια. Από το σύνολο των εφήβων⁸⁷ που μελετήθηκαν το 15% οδηγήθηκαν σε οικογένειες που συνεργάζονται με τους ψυχιάτρους και το 20% τοποθετήθηκαν σε ειδικά ιδρύματα. Τέλος αυτή η προσπάθεια που στοχεύει το πλαίσιο ζωής του εφήβου, πρέπει να συμπληρωθεί με παρεμβάσεις στα σχολικά και επαγγελματικά ιδρύματα.

Τελικά δεν πρέπει να υπάρχουν αυταπάτες: συχνά οι θεραπευτικές δυνατότητες περιορίζονται από τον συχνά ελλιπή εξοπλισμό και την περιορισμένη διαθεσιμότητα του θεραπευτή⁸⁸. Αυτές οι συνθήκες απαιτούν συχνά τον περιορισμό της αγωγής, στα βασικά αναγκαία και στην αναζήτηση των πιο, κατάλληλων και αποτελεσματικών μέσων δράσης κάθε προσέγγισης. Πρέπει να κατευθυνθούν από κοινού η αξιολόγηση και η παρέμβαση, διαρθρώνοντας ταυτόχρονα ατομικές και οικογενειακές ψυχοθεραπείες. Αν διατίθεται μικρό χρονικό διάστημα, φαίνεται ότι είναι απαραίτητα να περιορισθεί η θεραπεία της οικογένειας στα απολύτως βασικά. Έχει σημασία να διαπραγματευθεί από την αρχή μια τροποποίηση των συνθηκών διαβίωσης, ιδιαίτερα αν έχει αποφασιστεί η άμεση επιστροφή στην οικογένεια. Οι γονείς ενδέχεται να έχουν την εντύπωση ότι υποκύπτουν στον εκβιασμό και σ' αυτή την περίπτωση το πρόβλημα πρέπει να θιγεί.

Σ' αυτή την πρώτη παρέμβαση, πρέπει να εκτιμηθούν οι προσδοκίες του εφήβου και οι πραγματικές δυνατότητες αλλαγής: μια αποτυχία, θα μετέβαλε την εμπιστοσύνη του εφήβου και της οικογένειας του στον θεραπευτή. Αντίθετα, μια πρόωρη βελτίωση γενικά ενισχύει την συνεργασία στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η αντίδραση της οικογένειας σ' αυτή την παρέμβαση, η οποία αναλύεται κατά την διάρκεια της δεύτερης συνεδρίας, επιτρέπει ν' αξιολογηθούν οι αντιστάσεις και τα κίνητρα.

Η διαπραγμάτευση ενός συμβολαίου αμοιβαίας δέσμευσης, αντιπροσωπεύει την ελάχιστη θεραπευτική πράξη, η οποία ευνοείται από την κατάλληλη χρησιμοποίηση ψυχοδυναμικών και συστηματικών διαδικασιών. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία του εφήβου είναι επιθυμητή μόνο όταν είναι επιβεβαιωμένο ότι μια σύντομη θεραπεία είναι άχρηστη, όπως υποστηρίζει ο Ladame.

Μια σύντομη θεραπεία, η οποία επικεντρώνεται στις συγκρούσεις εξάρτησης και στις οιδιποδικές συγκρούσεις, συχνά φαίνεται ότι επαρκεί για να ελευθερώσει την προοπτική της ανάπτυξης και να εισάγει σε διεργασίες προόδου οι οποίες δημιουργούνται από τις ενθαρρύνσεις που διακινεί η θεραπεία. Η πολλαπλότητα των αιτιολογιών της αυτοκτονίας του εφήβου, δικαιολογεί μια θεραπευτική, η οποία αναπτύσσεται σε οικογενειακές σχέσεις με τη συμπεριφορά, νοητικές και βιολογικές διαστάσεις. Φαίνεται ότι μια εκλεκτική παρέμβαση μέτριας διάρκειας, μπορεί να επιφέρει ικανοποιητική βελτίωση. Πρέπει να παραμένει ενεργά στη συνείδηση, ότι κάθε παρέμβαση, ανεξάρτητα από το αν έχει αξιολογητικό ή παρεμβατικό σκοπό, έρχεται να διαταράξει ένα σύστημα κυκλικών αιτιολογιών του οποίου όλα τα στοιχεία δύσκολα ελέγχονται και ότι μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες. Είναι μάταιο να επιχειρηθεί να σχεδιασθεί μια οριστική στρατηγική αγωγή η θεραπευτική τακτική πρέπει να εφαρμόζεται ανάλογα με την αντίδραση του εφήβου και της οικογένειας του. Είναι φανερό, ότι όσο πιο διαφορετικές βαθιές, γνώσεις της ειδικότητας του διαθέτει ο θεραπευτής, τόσο καλύτερα θα μπορέσει να καθορίσει τον τύπο και το επίπεδο των παρεμβάσεων του, με τις αλλαγές που προκαλούνται.

Μερικά σημεία προσοχής κατά την θεραπεία

Ο Ν. Μάνου (Θεσσαλονίκη, 1988), παραθέτει μερικά σημεία που πρέπει να προσέχει ο ειδικός κατά την θεραπεία. Συγκεκριμένα:

- i. Η επίφαση υγείας. Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονιών, όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Τα άτομα που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρες τους (π.χ τα έκαναν για να κερδίσουν τη συμπάθεια ή την προσοχή) πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκονται εκτός κινδύνου. Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μια ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα. Η πιθανότητα για μια επόμενη πιο σοβαρή απόπειρα

αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι προβληματικές συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμένουν αμετάβλητες.

- ii. Υπαρξιακές αμφιβολίες. Ο ειδικός μπορεί να εμπλακεί σε αμφισβήτηση για το ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά της αυτοκτονίας. Θα πρέπει να χει υπόψιν του ότι όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς είναι αμφιθυμικοί για το να πεθάνουν και κατά πάσα πιθανότητα θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες σπάνια βοηθούν στην διάρκεια της κρίσης.
- iii. Οι προσωπικές αντιδράσεις. Ο ειδικός μπορεί να νιώσει ιδιαίτερα ενοχλημένος, από τη απελπισία και την απόγνωση του ασθενή ή από την χειραγώγηση του. Η μπορεί να νιώσει οργή ή τρόμο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Η μπορεί ν' αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει το άτομο πολύ πιο υγιές απ' ό,τι πραγματικά είναι. Θα πρέπει, λοιπόν, να κοιτάξει μέσα του και ν' αναγνωρίσει τις προκαταλήψεις του, τα «τυφλά του σημεία» τις συγκρούσεις του, ώστε να μπορέσει να κάνει αντικειμενική εκτίμηση και αν χρειασθεί, να μη διστάσει να ζητήσει τη βοήθεια ενός συναδέλφου ή επιβλέποντα.

III. Τριτογενής πρόληψη

Κλασικά η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Ωστόσο οι μακροχρόνιες μελέτες αποκάλυψαν ότι η επανάληψη των πράξεων αυτοκτονίας δεν ήταν ο μόνος κίνδυνος που απειλεί τον έφηβο. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στη διερεύνηση της έννοιας της τριτογενούς πρόληψης, στο σύνολο των παθολογικών γεγονότων τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Έγινε ανάγκη λοιπόν να υιοθετηθεί ο τρόπος θεραπείας σε σχέση με την ύπαρξη επικίνδυνων παραγόντων αλλά, αυτή τη στιγμή, δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την επιθυμητή θεραπευτική προσέγγιση. Η απουσία οργανωμένων μελετών για έλεγχο των αποτελεσμάτων των διαφόρων τύπων θεραπείας, εγκαταλείπει τον κλινικό σε εμπειρικές εκλογές, όπου η προσωπική του διαμόρφωση ως θεραπευτή υπερέχει των απαιτήσεων της κλινικής περίπτωσης. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες εργασίες που περιγράφουν την πρόγνωση αυτών των εφήβων, μετά από μια συνηθισμένη ψυχιατρική παρακολούθηση της μεθόδου. Η

επιδείνωση της εξέλιξης αποκαλύπτει την ανεπάρκεια που απαιτεί μια πληρέστερη αγωγή (Henry Chabld, μετ. Α. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Ο Β. Κ. Αναστασιάδης (Αθήνα, 1993) δίνει στοιχεία από έρευνες που αποδεικνύουν ότι ύστερα από τη θεραπεία έχουμε υποτροπή της απόπειρας 25% στα αγόρια και 30% στα κορίτσια. Επίσης εμφανίζονται και πάλι έλλειψη κοινωνικής συμπεριφοράς, κατάθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά. Ακόμη στα άτομα αυτά εμφανίζονται αργότερα συχνός αλκοολισμός, διαζύγιο, απαλλαγή από τη στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας ανικανότητας, δικαστικές καταδίκες, αποχές από την εργασία για σωματική ή ψυχική νόσο και απόκτηση αναπηρικής σύνταξης.

Η εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λάρους αναφέρει για την τριτογενή πρόληψη ότι πρέπει να προληφθεί η υποτροπή αδιάφορα αν πρόκειται ή όχι για πρόσωπο που παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές (παρατηρούνται κάποτε υποτροπές σε αναλογία μια στις τρεις περιπτώσεις, κυρίως στους νέους). Συνεπώς πρέπει να υπάρχει φροντίδα ώστε να ακολουθήσει πιστά η θεραπεία ή να εφαρμόζονται ακριβώς οι συνθήκες και ο τρόπος διαβίωσης, καθώς και οι μέθοδοι που συνέστησε ο ειδικός. Μόλις οι ιδέες ή επιθυμίες ξαναεμφανισθούν, πρέπει χωρίς καθυστέρηση να ζητηθεί πάλι η συμβουλή του ειδικού, ακόμη και η νέα εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας

Ο θάνατος με αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας ανεσταλθείσας πρόθεσης ή της «φαρμακευτικής ρουλέτας» (Melntine και συνεργάτες). Η τάση για υποτροπή, εκτιμήθηκε περισσότερο από έρευνες που έγιναν στο ιστορικό των ασθενών παρά από μελέτες που έγιναν θέμα την πιθανότητα υποτροπής βρέθηκαν (Caultier και συνεργάτες, 1965) προηγούμενες απόπειρες στο 25% των αγοριών και στο 30% των κοριτσιών μεταξύ 400 εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας 26% μεταξύ 50 ατόμων. Το δίδαγμα το οποίο βγαίνει απ' αυτές τις διαπιστώσεις είναι περιορισμένο. Μόνο οι περιπτώσεις με βάση την πιθανότητα υποτροπής, επιτρέπουν τις διαπιστώσεις, μαζί με την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων πρόληψης παρακολουθήθηκαν⁸⁹ έφηβοι κατά τη διάρκεια 2 ετών μετά την απόπειρα αυτοκτονίας. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου στο 31% των περιπτώσεων υπήρξε υποτροπή. Αλλά μόνο στους 6 από τους 26 υπήρξε βελτίωση. Η έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής, η κατάθλιψη, οι

αντικοινωνικές εκδηλώσεις ή ο αλκοολισμός, χαρακτηρίζαν συχνά της εξέλιξη των άλλων. Η διάρκεια της νοσηλείας και της ψυχοθεραπείας δεν επηρέαζαν την πρόγνωση. Μόνο η τροποποίηση του περιβάλλοντος όπου ζούσε δεν βγήκε αποτελεσματική. Μια τέτοια μελέτη, δείχνει ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου, δεν αντανακλά μια κρίση, η οποία έχει την τάση να περνά εύκολα. Αντίθετα, αποτελεί ένδειξη μιας έλλειψης προσαρμογής, αν δεν υπάρξει μια δραστική παρέμβαση, έχει την τάση να διατηρηθεί. Η αξιοσημείωτη μελέτη του Otto (1972) επιβεβαιώνει ότι η υποτροπή είναι ο μόνος κίνδυνος, ο οποίος επιβαρύνει την εξέλιξη του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας: 1547 παιδιά και έφηβοι, που είχαν πραγματοποιήσει μια απόπειρα αυτοκτονίας παρακολουθήθηκαν κατά την διάρκεια δέκα ή δεκαπέντε ετών και συγκρίθηκαν με ομάδα ελέγχου. Κατά την διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος πολλά πέθαναν εκ των οποίων 67 από αυτοκτονία έναντι 27 της ομάδας ελέγχου. Η αντιπαράθεση της εξέλιξης των δύο πληθυσμών αποκαλύπτει ένα σημαντικό αυξημένο ποσοστό των ενδείξεων της έλλειψης κοινωνικής προσαρμογής στα άτομα τα οποία είχαν παλαιότερα εμφανίσει τάσεις αυτοκτονίας: χαρακτηρίζονται από αυξημένη συχνότητα αλκοολισμού, διαζυγίων, απαλλαγών λόγω ανικανότητας από την στρατιωτική θητεία κ.τ.λ. Έγινε προσπάθεια⁹⁰ να προσδιορισθεί η ψυχολογική πρόγνωση. Μετά από 6-7 χρόνια μπόρεσαν να βρουν και να μελετήσουν μόνο 13 από 130 εφήβους. Όλοι είχαν προσβληθεί από σοβαρή ψυχοπαθολογία, η οποία στις πέντε περιπτώσεις κρίθηκε κοντά στην ψύχωση. Η εξέταση που διεξάγεται μέσα από την οπτική, την οποία προτιμούν αυτοί οι συγγραφείς, δείχνει, πάντοτε, έλλειψη επίλυσης της διαδικασίας του διαχωρισμού και της έναρξης των ταυτοποιήσεων. Από το σύνολο αυτών των μελετών, προκύπτει η εντύπωση ότι η απόπειρα αυτοκτονίας, συχνά αποτελεί μαρτυρία μιας χρονικής παρεκτροπής της ανάπτυξης, και δεν είναι δυνατόν να διαγραφεί με μια απλή παρέμβαση. Μια δραστήρια και παρατεινόμενη θεραπευτική η οποία απευθύνεται ταυτόχρονα στον έφηβο και στο περιβάλλον του, είναι συχνά απαραίτητη. Μια απόπειρα αυτοκτονίας, πρέπει να προκαλέσει μια πλήρη αξιολόγηση (των παραγόντων που την προσδιορίζουν) η οποία θα αποσκοπεί στην επιλογή των περιπτώσεων οι οποίες απαιτούν αυτή τη θεραπευτική προσπάθεια. (Henry Chabrol, μετ. Αν. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ο ρόλος του ΚΛ στην αντιμετώπιση της αυτοκτονίας στην Ελλάδα, δυστυχώς, περιορίζεται στην θεραπεία περισσότερο παρά στην πρόληψη (σχολική Κοινωνική Εργασία, «ανοιχτό σχολείο κ.τ.λ). Συγκεκριμένα ο ρόλος του ΚΛ μπορεί να παρουσιαστεί σε τρεις άξονες – σταθμούς α) την παρέμβαση του στην κρίση, β) στις υπηρεσίες υγείας, (νοσοκομείο, ψυχιατρική κλινική εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) και γ) στην οικογένεια και το άτομο με το πρόβλημα

A. Η παρέμβαση του ΚΛ στην κρίση περιλαμβάνει τις εξής βασικές ενέργειες:

- i. Αξιολόγηση της κατάστασης της κρίσης. Συλλογή σύνθεση πληροφοριών και γεγονότων που συντέλεσαν στην κρίση. Σημαντική είναι η διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης και ερμηνείας που δίνει κάθε μέλος στα γεγονότα που διαταράσσουν την ισορροπία του οικογενειακού συστήματος, ενώ παράλληλα αξιολογούνται οι ικανότητες που διαθέτουν σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο για την επίλυση της κρίσης.

Στην αρχική φάση ο ΚΛ θα πρέπει να ολοκληρώσει τη διαγνωστική εκτίμηση, που αφορά όχι μόνο τη φύση του προβλήματος και των εσωτερικών παραγόντων που το περιπλέκουν αλλά και να διαμορφώσει μια σαφή αντίληψη της εργασιμότητας της οικογένειας στο σύνολο της και του κάθε μέλους ξεχωριστά. Δηλαδή πως λειτουργεί αναφορικά με το πρόβλημα, τις ικανότητες, τη δυνατότητα χρησιμοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων.

- ii. Υποστηρικτική παρέμβαση στο παρόν. Στο δεύτερο στάδιο παρέχεται στήριξη στα μέλη, ενθαρρύνοντας τα να μοιραστούν τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς. Παράλληλα ενεργοποιεί ένα ευρύτερο υποστηρικτικό σύστημα που περιλαμβάνει μέλη της εκτεταμένης οικογένειας ή άτομα από τη κοινότητα που παίζουν σημαντικό ρόλο τη συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή τους. Συγχρόνως ο ΚΛ προβαίνει στην ερμηνεία και διασαφήνιση γεγονότων και συναισθημάτων, κάτι που βοηθά το άτομο – πελάτη να μπορέσει να διακρίνει τα υποκειμενικά και αντικειμενικά στοιχεία της κατάστασης και να ξεκαθαρίσει τα υποκειμενικά στοιχεία που αλλοιώνουν την πραγματικότητα.

Ο ΚΛ προχωρεί στην συνέχεια με τον ασθενή σε μια «από κοινού διάγνωση» βοηθώντας τον να κατανοήσει καλύτερα το πρόβλημα την ένταση και την διάρκειά του. Έτσι θα μπορέσει με τη βοήθεια του ΚΛ να αυτοκαθορίσει την απόφασή του να προχωρήσει στην μετατόπιση του προβλήματος που αντιμετωπίζει συνειδητά κι όσο πιο ελεύθερα είναι δυνατόν.

Στο σημείο αυτό ο ΚΛ και ο ασθενής προσδιορίζουν τους άμεσου, συγκεκριμένους στόχους δράσης. Ο ΚΛ κατευθύνει τις ενέργειες των μελών ενισχύοντας της αυτοπεποίθησή τους, καθώς αρχίζουν να ελέγχουν ένα μέρος της κατάστασής τους.

- iii. Προγραμματισμός και προσαρμογή για το μέλλον. Στο στάδιο αυτό ο ΚΛ βοηθά την οικογένεια να αναγνωρίσει τις ικανότητες που διαθέτει για να αντιμετωπίσει την κρίση. Έτσι σταδιακά προβαίνει στην ανάλυση αυξανόμενων ευρύτερων ευθυνών μέσα στα πλαίσια της οικογενειακής ομάδας που προσεγγίζει θεραπευτικά. Στη φάση αυτή περιλαμβάνονται αλλαγές που αφορούν άλλοτε τα μέλη της οικογένειας – τροποποίηση συμπεριφοράς, ρόλων, σχέσεων ή και αντιλήψεων τους – κι άλλοτε την εξωτερική πραγματικότητα – εναλλακτικές λύσεις στο περιβάλλον, διαμόρφωση των συνθηκών της ζωής τους.

Ο ΚΛ χρησιμοποιώντας την παράλληλη πολλαπλή συνέντευξη, ως βασικό εργαλείο, παρατηρεί την αλληλοαντίδραση των μελών και τη συναισθηματική τους επικοινωνία. Συγχρόνως παρέχει στα μέλη της οικογένειας τη δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας και αλληλοενημέρωσης μεταξύ των μελών όσον αφορά την «αρρώστια», τη θεραπεία και τις επιπτώσεις ή προοπτικές της (πρόγνωση). Δίνει την δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων σε ένα κλίμα αναγνώρισης, παραδοχής και κατανόησης, όπου όλα τα μέλη γίνονται αποδεκτά σαν μοναδική ξεχωριστή οντότητα. Επίσης στις ενέργειες του ΚΛ περιλαμβάνεται η κατεύθυνση και σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια με κύρια χαρακτηριστικά την αμοιβαιότητα τη συμπληρωματικότητα, την επαλληλία, το διάλογο, τη συνεργασία και την παράλληλη ατομική υπευθυνότητα.

Σκοπός του ΚΛ είναι όχι μόνο να μειωθεί το σύμπτωμα αλλά να προληφθούν άλλα συμπτώματα. Εξάλλου η οικογένεια μέσα από τις σημαντικές αλλαγές που βιώνει, επανεξετάζει πως ορίζεται η ίδια και επαναπροσδιορίζει την πορεία της. Βασικός στόχος της παρέμβασης του ΚΛ στην αρχική αυτή περίοδο είναι να

βοηθήσει σε ένα ατομικό επίπεδο, κάθε μέλος της οικογένειας να αναγνωρίσει και να επεξεργαστεί τις εμπειρίες που βιώνει και παράλληλα ενθαρρύνει στο επίπεδο του οικογενειακού συστήματος την επικοινωνία μεταξύ των μελών και την ενεργό συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την «αρρώστια» και τη θεραπεία. Σε περιπτώσεις παθολογικών αντιδράσεων ο ΚΛ παραπέμπει σε ψυχίατρο (Σ. Λαγού, Μ. Παπαδοπούλου, Εκλογή, 1991).

Είναι σημαντικό να μπορεί ο ΚΛ να αξιολογήσει την σοβαρότητα της κρίσης που διέρχονται τα άτομα την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους διαθέσιμους μηχανισμούς στήριξης καθώς και το αν τα άτομα που σχετίζονται με την κρίση είναι επιρρεπή. Ο Florence Hollis (μετ. Α. Βαριδάκη, 1990) αναφέρει μερικές από τις περιοχές που πρέπει να αξιολογήσει ο ΚΛ:

- 1) Τι σημαίνει η κρίση για τα άτομα και τις οικογένειές τους, τι συνέπειες έχει η κρίση στα άτομα που την διέρχονται.
- 2) Παρούσες προσαρμοστικές ικανότητες. Είναι έτοιμοι και ικανοί να εφαρμόσουν νέες μεθόδους μηχανισμούς αντιμετώπισης που απαιτούν οι περιστάσεις; Πόσο ευέλικτοι και δημιουργικοί είναι αυτοί οι μηχανισμοί; Η λειτουργικότητα του ατόμου και οι ικανότητες επίλυσης προβλημάτων μήπως παρουσιάζουν κάποια αναπηρία;
- 3) Προ- υπάρχουσες δομές και προσωπικότητα. Χαρακτηριστικά του ατόμου, δυνατά σημεία, προσαρμοστικοί μηχανισμοί , μηχανισμοί άμυνας, όλα αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτονται αμέσως με την εμφάνιση της κρίσης.
- 4) Σχετικές προϋπάρχουσες εμπειρίες ζωής. Γενικά στην κρίση εστιάζεται ο ειδικός στις παρούσες συνθήκες στους μηχανισμούς άμυνας και στο απαιτούμενο σύστημα στήριξης που χρειάζεται το άτομο για να κυριαρχήσει στην κατάσταση. Συμβαίνει όμως καμιά φορά να συνδέουν προηγούμενα γεγονότα, συναισθήματα ή δυσκολίες με την παρούσα κατάσταση. Σε περίπτωση που παλιές συγκρούσεις και απώλειες δεν έχουν ξεπεραστεί με σωστό τρόπο, με την αφορμή της κρίσης μπορεί να επανεμφανιστούν και να επανεξεταστούν.

Όταν είναι σε κρίση, είναι πολύ σημαντικό η προσέγγιση της οικογένειας να είναι η κατάλληλη. Προφανώς, θετική υποστήριξη και όχι παρεμβατική στάση παρέχουν στο άτομο το κατάλληλο πλαίσιο για να αντέξει και να ξεπεράσει την δοκιμασία του. Όταν όμως η οικογένεια με αυταρχικό και δικτατορικό τρόπο

κατηγορεί το θύμα ή γίνει υπέρ-προστατευτική, τότε η πορεία της επίλυσης της κρίσης παρεμποδίζεται.

Κάθε κρίση έχει τις δικές της απαιτήσεις από το περιβάλλον που εξαρτώνται εν μέρει από όλους αυτούς τους παράγοντες που συντελούν σε σύστημα στήριξης.

Υπάρχουν ορισμένα άτομα που είναι, πολύ ευαίσθητα, ευάλωτα και επιρρεπή στις κρίσεις. Ζουν συνεχώς έχοντας μια ηττοπαθή συμπεριφορά και στάση ζωής που φανερώνει πολύ ανησυχία, αποτυχία, αποδιοργάνωση και αδυναμία να αντιμετωπίσουν ακόμα και τα πιο μικρά προβλήματα της ζωής. Στην περίπτωση αυτή δεν γίνεται συζήτηση για αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου στο προηγούμενο στάδιο πριν την αυτοκτονία απλά γίνεται προσπάθεια από τον ΚΛ να βοηθήσει τον έφηβο ώστε να δυναμώσει και να ισχυροποιήσει τους μηχανισμούς του για να τα βγάλει πέρα. Τον στηρίζει να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του, την αυτονομία του και την κυριαρχία του αλλά δεν ενθαρρύνει πολύ την κάθαρση και την εκφόρτιση.

Συνήθως αυτοί οι έφηβοι χρειάζονται μια πιο μακρόχρονη θεραπεία από την παρέμβαση στην κρίση. Μια πιο μακρόχρονη θεραπεία θα τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν τις εσωτερικές τους δυνάμεις να χτίσουν πάνω σ' αυτές και να αποφεύγουν τις επαναλαμβανόμενες συναισθηματικές μεταπτώσεις.

Β Στην διάρκεια της αντιμετώπισης της αυτοκτονίας η περίθαλψη είναι άλλοτε ενδονοσοκομειακή (νοσοκομείο, ψυχιατρική κλινική) και άλλοτε εξωνοσοκομειακή, όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο της θεραπείας της αυτοκτονίας. Έτσι θα παρουσιασθεί ο ρόλος του ΚΛ σε υπηρεσίες υγείας (νοσοκομείο) και σε ψυχιατρικά πλαίσια (ψυχιατρική κλινική) καθώς και στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (κοινωνική ψυχιατρική) πάντοτε σε σχέση με αυτοκτονικούς εφήβους.

Ο ΚΛ στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας έχει αποστολή να συμβάλλει στην θεραπεία του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας ή έχει κάνει απόπειρα. Με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και να δώσει στον γιατρό και στο νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια πληρέστερη εικόνα του ασθενή.

Μπορεί επίσης να ερμηνεύσει στον ασθενή και την οικογένειά του τη σοβαρότητα της κατάστασης, την πιθανή διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να διαμορφώσουν μια θετική στάση προς τις υπηρεσίες και το προσωπικό του νοσοκομείου. Όσο πιο ρεαλιστική

εικόνα έχουν ο έφηβος και το περιβάλλον του για την κατάσταση του, τόσο μειώνεται το άγχος και αυξάνει η ικανότητα τους για σωστές αποφάσεις, σχετικά με την θεραπεία. Επιπλέον μπορούν να κάνουν καλύτερες εκτιμήσεις για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες τόσο για τον ίδιο τον έφηβο όσο και για την οικογένειά του από αυτήν την απόπειρα.

Ο ΚΛ μπορεί ακόμη να λειτουργήσει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του εφήβου – ασθενή και των διαφόρων διοικητικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, ιδιαίτερα για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης επιδομάτων και άλλων παροχών. Παράλληλα, βοηθά ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας του νοσοκομείου, συγκεκριμένα συλλέγει πληροφορίες και παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στην επιστημονική ομάδα. Συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για την προσαρμογή του εφήβου στο νοσοκομείο, όσο διαρκεί η νοσηλεία. Συντονίζει τις ενέργειες και δραστηριότητες των διαφόρων υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του εφήβου από το νοσοκομείο.

Σε ψυχιατρικά πλαίσια όπου συνήθως νοσηλεύονται οι αυτοκτονικοί έφηβοι ο ΚΛ συνεργάζεται με την οικογένεια ώστε να εξετάσουν πιθανές λύσεις που υπάρχουν, ώστε να βοηθήσουν αποτελεσματικά. Εκτός από εργασία με άτομα – ασθενείς, χρησιμοποιεί την μέθοδο της εργασίας με ομάδες, προκειμένου να συζητήσει με ομάδα ασθενών εφήβων που έχουν αυτοκτονικές τάσεις ή με ομάδα συγγενών των ασθενών – εφήβων.

Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ψυχικής υγείας ο ΚΛ καλείται να συμβάλλει στην διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του αυτοκτονικού εφήβου. Η ομάδα αυτή αποτελείται από ειδικούς ψυχικής υγείας όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι και ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί. Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας βασίζεται στην παραδοχή ότι καμιά επιστήμη και κανένα επάγγελμα δεν διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και μεθόδους για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων περιστάσεων όπως η αυτοκτονία που έχει ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές. Συνεπώς, είναι αναγκαία και χρήσιμη για την καλύτερη δυνατή βοήθεια προς τον έφηβο ασθενή η συλλογική εργασία και συμβολή των μελών της ομάδας. Η διεπιστημονική ομάδα είναι επίσης απαραίτητη για την ψυχολογική στήριξη των μελών της.

Ο ΚΛ έχει κοινές γνώσεις και δεξιότητες που έχουν και άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας όσον αφορά την ανθρώπινη συμπεριφορά, την δυναμική των ομάδων, τις βιολογικές, κληρονομικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις της

αυτοκτονίας. Έχει επίσης δεξιότητες για την διεξαγωγή συνεντεύξεων, την συλλογή πληροφοριακού υλικού για τον ασθενή (κοινωνικό ιστορικό) και την οικογένειά του, το οποίο χρησιμοποιείται τόσο στη διαγνωστική φάση όσο και στην κατάσχεση του θεραπευτικού σχεδίου. Έχει όμως και ειδικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες φέρνει στην διεπιστημονική ομάδα: την κοινωνική διάσταση και τους κοινωνικούς παράγοντες που επέδρασαν στην εκδήλωση της πράξης της αυτοκτονίας. «Δίνει το κοινωνικό στίγμα στην επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης για τις αντικειμενικές συνθήκες τις πραγματικές ανάγκες και τις ρεαλιστικές δυνατές λύσεις» (Καλλινικάκη, 1994).

Τέλος ο ΚΛ διατηρεί κατά κανόνα επαφή με τις περιπτώσεις των αυτοκτονικών εφήβων όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία και αρχίσει η φάση της κοινωνικής, επαγγελματικής αποκατάστασης στην κοινότητα γιατί αυτός, περισσότερο από κάθε άλλο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, γνωρίζει τις πυγμές – πόρους και κοινωνικές υπηρεσίες διαθέτει η κοινότητα. Όσο καλή και αποτελεσματική κι αν είναι η θεραπευτική αγωγή, όσο καλά κι αν εργάζεται η διεπιστημονική ομάδα τελικά η κοινωνική ένταξη ή επανένταξη του αυτοκτονικού εφήβου και η επαγγελματική του αποκατάσταση εξαρτάται από τη στάση της ευρύτερης κοινότητας και της κοινής γνώμης για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας του αυτοκτονικού εφήβου. Η διαμόρφωση θετικής στάσης και αποδοχής αυτών των εφήβων από την κοινή γνώμη συνδέεται με την καλή πληροφόρηση την εκπαίδευση του κοινού στις ανάγκες αυτών των εφήβων και την ενεργοποίηση τόσο της κοινής γνώμης όσο και των επίσημων δικτύων κοινωνικής φροντίδας για την δημιουργία χρηματοδότηση και πολιτική υποστήριξη των αναγκαίων υπηρεσιών. Ο ΚΛ ενεργεί δηλαδή σε τρία επίπεδα, στο μικρό- επίπεδο (έφηβος – οικογένεια) ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και σε μακρό- επίπεδο (κοινότητα) (Π. Σταθόπουλος, Αθήνα, 1995).

Εκτός βέβαια από την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία ο αυτοκτονικός έφηβος ανάλογα με την εκτίμηση και πρόγνωση της κατάστασης του (παράγοντας αυτοκτονίας, υποστηρικτικό περιβάλλον) υποβάλλεται μερικές φορές σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στα πλαίσια της κοινωνικής ψυχιατρικής. Τα βασικότερα σημεία της δουλειάς του ΚΛ στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αυτοκτονικών εφήβων που τη διαχωρίζουν από την δουλειά της υπόλοιπης ψυχιατρικής θεραπευτική ομάδας είναι σύμφωνα με του Π. Σακελλαρόπουλο – Μ. Λειβαδίτη, (Αθήνα 1996):

- Πρώτα απ' όλα δουλεύει με τον αυτοκτονικό έφηβο, έρχεται σ' επαφή άμεσα μ' αυτόν και δημιουργεί θεραπευτική σχέση.
- Συνεργάζεται με την οικογένειά του και το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον μέσα ή έξω από την ψυχιατρική κλινική. Ο ΚΛ είναι ίσως ο μόνος ειδικός της ψυχιατρικής ομάδας που έχει συχνά την δυνατότητα να επισκεφθεί τον έφηβο μέσα στο περιβάλλον του να μοιραστεί κατά κάποιο τρόπο την οικογενειακή και κοινωνική - επαγγελματική (σχολική) του ζωή. Να γνωρίσει από κοντά τις καθημερινές του εμπειρίες καθώς και τους ανθρώπους που τις μοιράζονται μαζί του. Ο ψυχιατρικός ΚΛ έχει, δηλαδή μια ιδιαίτερη θέση στην φροντίδα του αρρώστου μέσα στο χώρο όπου εκτυλίσσονται καθημερινά οι διαπροσωπικές του σχέσεις. Η παρουσία του, όταν ο ασθενής περιθάλπεται στο περιβάλλον του, είναι τεράστιας σημασίας για την μείωση της έντασης και του άγχους του ίδιου και της οικογένειάς του, η ένταση αυτή μπορεί να προκαλείται από κάθε αλλαγή που σχετίζεται με την κατάσταση του, είτε αυτή πλησιάζει στην πραγματικότητα είτε απομακρύνεται από αυτήν.

Επιπλέον αυτό το σχήμα συνεργασίας αποβλέπει στο να αποδοθεί στην οικογένεια ο θετικός ρόλος που μπορεί να έχει στην θεραπεία και στην αποκατάσταση του εφήβου μειώνοντας παράλληλα την ενοχή για την πράξη της αυτοκτονίας. Έτσι ενισχύεται σε μια πιο ενεργητική στάση από το να αποθηκεύσει τον ασθενή - έφηβο σε άσυλο.

- Ο ΚΛ αντιπροσωπεύει για τον αυτοκτονικό έφηβο την επαφή του με την πραγματικότητα. Είναι ίσως ο μόνος ειδικός από την ψυχιατρική ομάδα που δεν συνδέεται άμεσα με την αυτοκτονία και την νοσηλεία του ασθενή αλλά συνδέεται περισσότερο με το υγιές μέρος της προσωπικότητάς του και την αποκατάστασή του στον κοινωνικό χώρο. Προσπαθεί να διευκολύνει την επανασύνδεση του εφήβου μ' αυτή την πραγματικότητα αντιμετωπίζοντας μαζί του τα πιο κοντινά και καθημερινά αλλά ταυτόχρονα, πολύ σημαντικά προβλήματα, όπως της διαβίωσης, των επιδιώξεων του δίνοντας του συνεχώς τη δυνατότητα να τα εκφράζει και προσφέροντας του τον απαιτούμενο χρόνο για προσαρμογή.

Είναι αυτός που θα τον συνοδέψει πραγματικά ή συμβολικά, στην πορεία επανασύνδεσης με τη ζωή του και επαναπόκτησης των κοινωνικών του

δικαιωμάτων, κινητοποιώντας υποστηρικτικές διαδικασίες του άμεσου περιβάλλοντος, για να μειωθεί κατά το δυνατό, η ένταση και η εύκολη απογοήτευση, και συνεπώς η υποτροπή.

Γ. Ο ΚΛ είναι θεραπευτής και σε περιπτώσεις εφήβων με αυτοκτονικές τάσεις λειτουργεί θεραπευτικά τόσο ,με τον ίδιο τον έφηβο όσο και με την οικογένεια. Οι στρατηγικές θεραπείας με αυτοκτονικούς εφήβους σε 6 στάδια που οφείλει να τα ακολουθήσει ο ψυχιατρικός ΚΛ

- 1) Δημιουργία θετικής σχέσης με τον αυτοκτονικό ασθενή με εμπιστοσύνη, ενδιαφέρον και όχι κριτική στάση απέναντί του.
 - 2) Παροχή βοήθειας προς τον έφηβο να αναγνωρίσει και να συγκεκριμενοποιήσει ποιο είναι το βασικό πρόβλημα που τον ώθησε στη αυτοκτονία.
 - 3) Αξιολόγηση της δυνατότητας πραγματοποίησης της αυτοκτονίας. Οι επόμενες κινήσεις του θεραπευτού ΚΛ θα εξαρτηθούν από αυτήν τη εκτίμηση.
 - 4) Αξιολόγηση των δυνατών σημείων και των «πόρων» του ασθενή. Το άτομο όταν είναι σε αυτοκτονική κρίση από την σύγχυση και αποδιοργάνωση του, μπορεί να παραβλέψει άτομα που θα ήταν πρόθυμα να βοηθήσουν. Ο θεραπευτή ΚΛ εξετάζοντας τα σημαντικά άτομα στη ζωή του εφήβου μπορεί να ανακαλύψει πηγές που το άτομο τις είχε ξεχάσει και η ανακάλυψη αυτή να αποβεί πολύ σημαντική για τον ασθενή.
 - 5) Κινητοποίηση των δυνάμεων και πόρων μέσα και έξω από τον ασθενή. Ο ασθενής – έφηβος θα πρέπει να ενθαρρύνεται να κάνει όσο πιο πολλά μπορεί για τον εαυτό του και ο θεραπευτής ΚΛ θα πρέπει να τον βοηθά στις δραστηριότητες αυτές.
 - 6) Ανάπτυξη ενός θεραπευτικού πλάνου. Μια κρίση χρειάζεται δράση. Τα θεραπευτικά πλάνα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν εισαγωγή σε νοσοκομείο, ψυχοθεραπεία, υποστήριξη και άλλες εναλλακτικές λύσεις που αναλύθηκαν στο κεφάλαιο της θεραπείας της αυτοκτονίας.
- Όποιος κι αν είναι ο εκλυτικός παράγοντας, η κρίση φέρνει μια αποδιοργάνωση στην ομοιοστατική ισορροπία του ατόμου και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Αν και η χρονική διάρκεια της οξείας κατάστασης διαφέρει σε κάθε κρίση, από την ίδια όμως την φύση της κρίσης υπάρχει χρονικός περιορισμός. Η ένταση και το άγχος που φέρνει η κρίση μέχρι να βρεθεί κάποιο είδος λύσης συνήθως διαρκούν μια περίοδο περίπου 6 εβδομάδων με ή χωρίς επαγγελματική βοήθεια. Το άτομο αντιλαμβάνεται την κρίση σαν μια απειλή της ισορροπίας και

ευημερίας του και γι' αυτό αντιδρά με άγχος σαν μια απώλεια και γι' αυτό αντιδρά με κατάθλιψη ή αντιλαμβάνεται την κρίση σαν μια «πρόκληση» και κινητοποιεί την ενέργειά του προς μια θετική κατεύθυνση για δράση και ανάπτυξη.

Η ένταση που προέρχεται από κρίση ζητά ανακούφιση. Όταν οι έφηβοι και οι οικογένειές τους βρίσκονται σε αστάθεια, το «εγώ» είναι ρευστό, οι «άμυνες» έχουν μετακινηθεί, τα «συναίσθηματα» βρίσκονται στην κορυφή και αναζητάτε κάποια ανακούφιση και κάποιες απαντήσεις σε ερωτήματα. Ο ΚΛ είναι αυτός που θα δώσει ανακούφιση και απαντήσεις μαζί με όλα τα θεραπευτικά μέτρα που προαναφέρθηκαν. Αυτά με την σειρά τους μπορούν να φέρουν κάποια αποτελέσματα. Μερικά θετικά αποτελέσματα είναι:

α) Επίλυση – Απόφαση. π.χ Όταν στηρίζει η οικογένεια τον έφηβο που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ πριν τον κατηγορούσε και κάνει το παν για την θεραπεία του.

β) Επαναπροσδιορισμός. Συχνά είναι απαραίτητος για την επίλυση της κατάστασης που οδήγησε στην κρίση π.χ όταν οι οικογένειες με εφήβους που έχουν αυτοκτονικές τάσεις βοηθηθούν και οι δύο πλευρές να κατανοήσουν ότι η απόπειρα ή τάση και η ακατάλληλη συμπεριφορά ή άσχημη συμπεριφορά, δεν έχουν την πρόθεση να πληγώσουν και να εκδικηθούν αλλά προέρχονται μάλλον από φόβο, απογοήτευση, αμφιβολίες, αμφισβητήσεις κ.τ.λ.

γ) Παραίτηση. π.χ Όταν ο αυτοκτονικός έφηβος παραιτηθεί από την ιδέα της αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφής και κάνει νέα σχέδια και όνειρα για τη ζωή. (Horence Hollis, μετ. Α. Βαριδάκη, 1990).

Σύμφωνα με την Α. Βαριδάκη (1990) η παρεμβολή σε κατάσταση κρίσεως όπως αυτής της αυτοκτονίας σημαίνει την θεραπευτική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στη ζωή ενός ατόμου, μιας οικογένειας με σκοπό την ανακούφιση από την ένταση η οποία προξενείται από μια κρίσιμη κατάσταση. Έτσι κινητοποιούνται οι δυνάμεις αυτών που έχουν επηρεασθεί άμεσα και έμμεσα από την κατάσταση κρίσεως. Ο ΚΛ έχει τον διπλό αντικειμενικό σκοπό, να μειώσει, όσο είναι δυνατόν, την επίδραση του περιστατικού που προκάλεσε την κρίση να χρησιμοποιήσει την κατάσταση κρίσεων για να βοηθήσει στη φυγή όχι μόνον των παρόντων προβλημάτων, αλλά και για να ισχυροποιήσει τα άτομα να αντεπεξέρχονται σε μελλοντικές αντιξοότητες, χρησιμοποιώντας καλύτερου

προσαρμοστικούς μηχανισμούς. Πιστεύεται λοιπόν ότι η κρίση προκαλεί κίνδυνο αλλά και νέες ευκαιρίες και δυνατότητες για επαναπροσαρμογή.

Για τη λύση του προβλήματος, θα πρέπει πρώτα να καθοριστεί το πρόβλημα και να εντοπισθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες (εφ' όσον είναι ψυχολογικοί) που το προκάλεσαν. Η έκφραση και χειρισμός των συναισθημάτων οδηγούνται με την βοήθεια του ΚΛ ώστε να παραδεχθεί ο έφηβος ότι υπάρχουν τα συναισθήματα αυτά και θα τα τοποθετήσει ο ίδιος σε βάση λογική. Ο ΚΛ χρησιμοποιεί τις κοινότητες πηγές βοήθειας. Το άτομο και η οικογένεια σε περίοδο κρίσεων γίνονται πιο επιρρεπείς στην επίδραση «των σημαντικών» ατόμων του περιβάλλοντος. Επιπλέον ο βαθμός ενέργειας του βοηθού, δεν χρειάζεται να είναι υψηλός. Λίγη βοήθεια η οποία δίδεται στην κατάλληλη χρονική περίοδο είναι πιο αποτελεσματική από συνεχή βοήθεια, που δίδεται σε περίοδο μειωμένης συναισθηματικής προσέγγισης. Ο ΚΛ βλέπει τον εαυτό του σαν μέρος του συνόλου του κοινωνικού συστήματος, και όχι σαν μια μεμονωμένη πηγή βοήθειας. Πεποίθηση των ΚΛ είναι ότι τα περισσότερα άτομα μπορούν να βοηθηθούν αποτελεσματικά σε σύντομο χρονικό διάστημα διότι η εντατική υποβοηθητική, υποστηρικτική σχέση ενδυναμώνει το Εγώ του εφήβου στην αρχή της θεραπείας. Έτσι εφ' όσον αρχίσει το άτομο με την βοήθεια του ΚΛ την διαδικασία αλλαγής και βελτίωσης του, στη συνέχεια, την ενσωματώνει, ώστε αργότερα με την ήδη βελτιωμένη συμπεριφορά να μπορεί να συνεχίζει μόνος του. Λίγη βοήθεια, η οποία κατευθύνεται στο κατάλληλα επιλεγμένο χρονικό διάστημα, είναι περισσότερο αποτελεσματική, από την μακράς διάρκειας επαγγελματική βοήθεια η οποία δίδεται σε περίοδο μειωμένης συναισθηματικής προσιτότητας και απευθύνεται για μια σημαντική αρχή στην αντιμετώπιση της κρίσης.

ΟΚΛ συγκεκριμένα εργάζεται με την οικογένεια του αυτοκτονικού εφήβου με τους εξής στόχους σύμφωνα με ειδικούς:

- Να επιφέρει κάποιες βελτιώσεις στη στάση και τη συμπεριφορά της οικογένειας, ώστε να γίνει ικανή να κατανοήσει τα πρόβλημα σε πραγματικές διαστάσεις.

- Να πιστέψει η οικογένεια ότι πέρα από τον κοινωνικό διασυρμό και τις ενοχές τους, υπάρχει το παιδί τους που πρέπει να βοηθηθεί.

- Να βοηθήσει την οικογένεια να δεχτούν το πρόβλημα σε σχέση με το παιδί τους και όχι τον κόσμο την κοινωνία, κ.τ.λ
- Να τους προτείνει επιλογές θεραπείας
- Να εμπνεύσει αίσθημα ελπίδας και σιγουριάς στην οικογένεια.
- Να διαμορφώσει την στάση της οικογένειας έτσι ώστε να βοηθά στην θεραπεία του παιδιού της και όχι να την εμποδίζει.

Για τον θεραπευτή ΚΛ είναι αναγκαίο να διαγνώσει αν η οικογένεια είναι συναισθηματικά έτοιμη να δεχτεί την βοήθεια – παρέμβαση. Αν δεν είναι οφείλει να την προετοιμάσει διότι η παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει και εκπαίδευση της οικογένειας να απαλλαγούν από την ενοχή, το θυμό, τη μνησικακία. Επίσης βοήθεια ώστε να ξαναποκτήσουν τη δική τους εκτίμηση και παραγωγικότητα και να συμβάλλουν έτσι στην θεραπεία του παιδιού τους.. Ο ΚΛ βοηθά ώστε να αρχίσουν μετά την κρίση να ξαναφτιάχνουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, να επανασυνδέσουν τους οικογενειακούς δεσμούς, να βγουν ίσως από το τέλμα της απομόνωσης.

Η Α. Ιωαννίδου – Τζόνσον Τουρνά (Πάτρα, 1995) αναφέρεται στην εργασία με οικογένειες και στην θεραπεία της οικογένειας όταν αυτή νοσεί και οδηγεί ένα μέλος της, στην προκειμένη περίπτωση τους εφήβους, σε ψυχοπαθολογική συμπεριφορά.

Για αντιμετώπιση κρίσης χρησιμοποιείται η υποστηρικτική ή συμβουλευτική εργασία από τον ΚΛ. Συνήθως η χρονική διάρκεια τέτοιας παρέμβασης είναι μικρή (έως και 3 μήνες) και στόχος είναι να βοηθήσει οικογένειες να περάσουν την περίοδο της κρίσης της απόπειρας. Στόχος της παρέμβασης είναι να βοηθήσει η οικογένεια να ξεπεράσει την προσωρινή δυσκολία λόγω των συγκεκριμένων γεγονότων, χρησιμοποιώντας τεχνικές που ενδυναμώνουν παρά διαβρώνουν το οικογενειακό σύστημα.

Υπάρχουν οικογένειες που η κρίση οδηγεί στην ανακάλυψη άλλων παλιών σοβαρών προβλημάτων. Με την κατάλληλη υποστηρικτική παρέμβαση, ο/η ΚΛ , μπορεί να ανοίξει το δρόμο και για περαιτέρω μακρόχρονη παρέμβαση. Ο επαγγελματίας που θα δώσει αυτή τη μεγαλύτερη χρονικής διάρκειας, παρέμβαση, θα μπορεί να είναι ο ΚΛ, ο ψυχίατρος ή ο κλινικός ψυχολόγος.

Ο ΚΛ πρέπει να υπολογίζει και να μην αγνοεί ορισμένους παράγοντες, ώστε να βοηθηθούν οι οικογένειες των αυτοκτονικών εφήβων. Ζώντες και μη ζώντες συγγενείς έχουν επιρροή στην οικογένεια και φορές έχουν καθοριστική επίδραση

στο αποτέλεσμα της απόπειρα του εφήβου. Πρέπει να υπολογίζει την επίδραση της μεγαλύτερης οικογένειας ή του άμεσου περιβάλλοντος στην πυρηνική οικογένεια ως προς την λειτουργικότητά της, καθώς και την διαφορά μεταξύ των μελών ως προς την δύναμη επιρροής του κάθε της μέλους.

Ο ΚΛ είναι αυτός που θα μπορούσε να αναγνωρίσει πρότυπα και ρόλους και να το υποδείξει στην οικογένεια. Οι ρόλοι θα συμπεριλαμβάνουν τον αποδιοπομπαίο τράγο, το θύμα, τον διώκτη, τον επικριτή κ.τ.λ Αντιμετώπιση χρησιμοποιείται για να διακόψει τον φαύλο κύκλο της κατηγορίας και τιμωρίας που συχνά χαρακτηρίζει τις οικογενειακές σχέσεις. Ο ΚΛ χρησιμοποιεί το τι γίνεται την ώρα της συνάντησης για να βγάλει προ τα έξω τους κεντρικούς άξονες του/των προβλημάτων. Η πορεία της συνάντησης συνδέεται κατευθείαν με το περιεχόμενο της δουλειάς καθώς η οικογένεια παρουσιάζει τα δυσλειτουργικά της πρότυπα μπροστά στον θεραπευτή. Ο θεραπευτής ΚΛ ελέγχει τους διαπροσωπικούς κινδύνους, υποστηρίζει ορισμένα μέλη και προσπαθεί συνέχεια να παρουσιάζει ένα μοντέλο θετικών διαπροσωπικών λειτουργικότητας (μοντέλο του Ackerman).

Ο ΚΛ χρειάζεται κάπου να μπορέσει να δεθεί ψυχικά με όλα τα μέλη του συστήματος της οικογένειας του εφήβου. Με άλλα λόγια χρειάζεται να ταυτιστεί συγχρόνως με τα δύο συστήματα. Το ένα είναι ο έφηβος με τις αυτοκτονικές τάσεις ή την απόπειρα και το άλλο η οικογένεια.

Τέλος ο ΚΛ μέσα από την θεραπεία οικογένειας προσπαθεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αυτοκτονίας του εφήβου δίνοντας προσοχή στο οικογενειακό πλαίσιο της ατομικής δράσης του εφήβου – βλέπει την ατομική εξέλιξη του εφήβου μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΕΡΕΥΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

(ΔΕΙΓΜΑ)

1. Η έρευνα που έγινε ως δεύτερο μέρος της εργασίας έχει ως σκοπό την στήριξη και επαλήθευση, στον όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό, του θεωρητικού μέρους της εργασίας σχετικά με την εφηβική αυτοκτονία. Στοχεύει στη πρακτική προσέγγιση της αυτοκτονίας των εφήβων ως ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο, των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου σ' αυτή τη φάση της ζωής του ανθρώπου και της αποδοτικότητας της αντιμετώπισης της είτε προληπτικά είτε θεραπευτικά, επίσης στοχεύει στο να δώσει έμπρακτα στοιχεία για διάφορες πτυχές της εφηβικής αυτοκτονίας όπως τα μέσα και οι τρόποι αυτοκτονίας ή η συμμετοχή των δικών τους στην θεραπεία τους κ.τ.λ

Η έρευνα είναι σημαντική διότι καταρχήν ασχολείται με ένα φαινόμενο επίκαιρο με όλο και μεγαλύτερη κλιμάκωση και άνοδο στον κατάλογο των θανάτων της εφηβικής ηλικίας. Εκτός απ' αυτό αφορά μια ιδιαίτερη φάση της ζωής του ανθρώπου, της εφηβείας και βοηθά στην απάντηση ερωτημάτων που οδηγούν έναν νέο άνθρωπο στην απόφαση καταστροφής του εαυτού του, σε μια αντίθετη δηλαδή συμπεριφορά από αυτήν που γενετικά καθορίζει αυτή η ηλικία η εφηβεία θεωρείται η ηλικία των ονείρων, της δράσης και της συνεχούς αναζήτησης για γνώση της ζωής και των καταστάσεων της.

Η μεθοδολογία της έρευνας έχει να κάνει με ερωτηματολόγια λαμβάνοντας ως δείγμα τους πλέον γνώστες και θεραπευτές της αυτοκτονίας, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και παιδοψυχολόγους. Επιλέχθηκαν 6 σημεία της Ελλάδος έτσι ώστε να καλύπτεται όλη η έκταση της Ελλάδος. Δηλαδή η Θράκη, η Θεσσαλονίκη, η Λάρισα, η Αθήνα, η Πάτρα και το Ηράκλειο. Καταρτίστηκαν ερωτηματολόγια με σχετικές ερωτήσεις πάνω στην αυτοκτονία και ζητήθηκε η συμπλήρωση τους από ειδικούς των κατά τόπων υπηρεσιών στις παραπάνω περιοχές. Οι υπηρεσίες είναι η Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής με έδρα την Αλεξ/πολη και εμβέλεια και υπηρεσίες σ' όλη την Θράκη, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Λαρίσης, το

Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, η ψυχιατρική Κλινική Πατρών και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ηρακλείου. Στάλθηκαν από 2 ερωτηματολόγια σ' όλες τις υπηρεσίες εκτός από τη Θράκη που στάλθηκαν 3. (ένα για κάθε νομό). Ζητήθηκε η συμπλήρωσή τους από έναν ψυχίατρο και έναν Κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«ΕΦΗΒΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ»

1) Πόσες περιπτώσεις αυτοκτονικής συμπεριφοράς και απόπειρας εφήβων (14-20) αντιμετώπισε η υπηρεσία σας την τελευταία πενταετία (αν είναι δύσκολο, την τελευταία διετία); Αναφορά αριθμού και φύλου εφήβων.

.....

2) Πιο φύλο υπερίσχυσε στις τάσεις και πιο στις απόπειρες αυτοκτονίας; Αναφορά συγκεκριμένων στοιχείων.

.....

3) Ποιοι οι παράγοντες κινδύνου και οι αιτίες των περιπτώσεων των αυτοκτονικών εφήβων; Αναφορά με αριθμό σε κάθε παράγοντα ή αιτία.

α) ψυχικές διαταραχές

β) Οικογενειακοί παράγοντες

γ) Ψυχοκοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί
στρεσογόνοι παράγοντες

δ) Άλλοι.....

4) Είναι συχνός και ισχυρός ο παράγοντας της προηγούμενης απόπειρας σ' αυτές τις περιπτώσεις;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5) Παρουσιάστηκε η πραγματική αιτία στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων ή συμπεριλήφθηκε σε γενικότερα προβλήματα της εφηβείας και της οικογένειας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6) Ποιο μέσο της απόπειρας των περιπτώσεων των αυτοκτονικών εφήβων; Αναφορά σε αριθμό και σε κάθε μέσο ή μέθοδο.

α) Υπερδοσολογία φαρμάκων ή ουσιών β) Αυτοτραυματισμοί

γ) Άλλα (Αναφορά μέσου)

7) Ποια η συμμετοχή του οικογενειακού και κοινωνικού κύκλου των αυτοκτονικών εφήβων στην θεραπεία τους; Γενική προσέγγιση

α) Μεγάλη β) Ικανοποιητική

γ) Μικρή δ) Ανύπαρκτη

8) Ποια η πορεία της θεραπείας των αυτοκτονικών εφήβων κατά προσέγγιση, υπολογιζόμενης και της περίπτωσης της υποτροπής;

α) Πολύ καλή β) Ικανοποιητική

γ) Κακή δ) Πολύ άσχημη.....

9) Ποιο το ποσοστό υποτροπών, εάν υπήρξαν, σε ένα προσεγγίσιμο αριθμό σε σχέση με τον αριθμό των περιπτώσεων των αυτοκτονικών εφήβων; Αναφορά σε ποσοστό %

.....

10) Θεωρείτε ότι υπάρχει προληπτική αντιμετώπιση της εφηβικής αυτοκτονίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, ποια θεωρείται ότι είναι αυτή; Αναφορά σε λίγες γραμμές και περιεκτικά.

.....

.....

.....

11) Ποια η εικόνα των Ελλήνων στο πρόβλημα της αυτοκτονίας στο μέλλον, με βάση την παρούσα κατάσταση;

- α) Πολύ καλή β) Ενθαρρυντική.....
 γ) Σταθερή δ) Ασχημη.....

3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Οι υπηρεσίες απάντησαν το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με την τελευταία διετία. Τα ποσοστά είναι ενδιαφέροντα. Στο παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής αντιμετωπίστηκαν 140 περίπου περιπτώσεις αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην ηλικία από 14-20 ετών, 39 στη Ψυχιατρική κλινική Πατρών, 19 στο Κέντρο Κοιν. Ψυχικής Υγείας Λάρισας, 12 στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Επικλείου 13 από την Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής (υπηρεσίες Θράκης) Αλεξοπόλης και 3 από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης. Αν αναλογιστεί κανείς τα υπόλοιπα κέντρα Ψυχικής Υγείας των άλλων τομέων στην Θεσσαλονίκη το ποσοστό πλησιάζει τις 25-30 περιπτώσεις σύμφωνα με στοιχεία.

Τα κορίτσια υπερिशχούν στις τάσεις και στις απόπειρες σε ποσοστό περίπου 70% έναντι 30% των αγοριών. Οι αιτίες των αποπειρών είναι οικογενειακοί και ψυχοκοινωνικοί - περιβαλλοντικοί (στρεσογόνοι) παράγοντες περισσότερο και λιγότερο οι ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια ο παράγοντας της προηγούμενης απόπειρας είναι συχνός και το μέσο ~~υπό~~ απόπειρας είναι περίπου στο 91% η υπερδοσολογία φαρμάκων και ουσιών και γύρω στο 9% οι αυτοτραυματισμοί και άλλα μέσα.

Όσον αφορά με το θέμα της αντιμετώπισης (πρόληψη - θεραπεία) η πορεία της θεραπείας είναι στις περισσότερες ικανοποιητική ενώ η συμμετοχή του οικογενειακού και κοινωνικού κύκλου στη θεραπεία ως μικρή. Όλες οι υπηρεσίες θεωρούν ότι υπάρχει πρόληψη στην αυτοκτονία ταπεινά και συμφωνούν στις σχολές γονέων και στις ομάδες γονέων που διοργανώνονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση ή από φορείς ψυχικής υγείας.

Τέλος όλες οι υπηρεσίες θεωρούν ότι η μελλοντική εικόνα της εφηβικής αυτοκτονίας σύμφωνα με την παρούσα κατάσταση θα είναι σταθερή έως ανησυχητική.

4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Η ερευνητική προσέγγιση αποτέλεσε το δυσκολότερο κομμάτι της εργασίας. Το πρώτο πρόβλημα ήταν η προθυμία των υπηρεσιών και η αναγκαστική πίεση από την πλευρά μας. Εκτός απ' αυτό τα στοιχεία δόθηκαν κατά προσέγγιση αφού ήταν δύσκολο να συγκεντρώσουν λόγω έλλειψης οργανωμένου αρχείου ιστορικών και συγκεντρωτικών στοιχείων. Τέλος πρόβλημα στάθηκε η έλλειψη προσωπικού σε ορισμένες υπηρεσίες κάτι που θα διευκόλυνε πολύ την έρευνα (π.χ έλλειψη ψυχιάτρου στο Κ.Ψ. Υ Ηρακλείου έλλειψη ΚΛ στο Κ.Ψ.Υ Λάρισας κ.τ.λ)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ

Η έρευνα βοήθησε ώστε να στηριχθεί το θεματικό κομμάτι της εργασίας αφού με τα στοιχεία που έδωσε απέδειξε την ~~καρία~~ ~~καρία~~. Μερικά στοιχεία που βοηθούν στην διερμύνηση και αντιμετώπιση της εφηβικής αυτοκτονίας προέκυψαν από την έρευνα, αυτά είναι η ~~προυσία~~ ~~προυσία~~ του φαινομένου σε μεγαλύτερο βαθμό στις αστικές περιοχές από ~~ότι~~ ~~ότι~~ στην υπόλοιπη Ελλάδα και συγκεκριμένα στα μεγάλα αστικά κέντρα από ~~ότι~~ ~~ότι~~ μικρές πόλεις και αγροτικές περιοχές, η υπερίσχυση των κοριτσιών στις τάσεις ~~απόπειρας~~ ~~απόπειρας~~ σε αντίθεση με τα αγόρια που πετυχαίνουν τον στόχο τους, η ~~παιδο~~ ~~παιδο~~σοκολογία φαρμάκων και ουσιών ως το κυριότερο μέσο απόπειρας ~~καθώς και~~ ~~καθώς και~~ η κυριότερη αιτία της εφηβικής αυτοκτονίας που αποδείχθηκε ότι είναι ~~οικογενειακοί~~ ~~οικογενειακοί~~ παράγοντες και οι στρεσογόμοι (ψυχοκοινωνικοί) που συνδέονται με την οικογένεια ή τον κοινωνικό κύκλο των εφήβων.

Τα παραπάνω στοιχεία συνδέονται άμεσα με ~~την~~ ~~την~~ ανάπτυξη του θέματος της εφηβικής αυτοκτονίας που προηγήθηκε. Το κοινωνικό αυτό φαινόμενο αποτελείται από μικρότερα και λιγότερο οδυνηρά ~~επεισόδια~~ ~~επεισόδια~~ που οδηγούν στην κατάληξη της αυτοκτονίας ή της απόπειρας ~~αυτοκτονίας~~ ~~αυτοκτονίας~~. Όλα λειτουργούν αλυσιδωτά, μέχρι την απόπειρα, επιτυχημένη ~~και~~ ~~και~~ μη, σύμφωνα με μια καθορισμένη ψυχολογία, την ψυχολογία του «~~από~~ ~~από~~χειρα» που αναπτύσσεται σιγά - σιγά όταν δεν υπάρχει σωστό οικογενειακό ~~επίπεδο~~ ~~επίπεδο~~ υποδομή ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο προληπτικό μέσο ~~αντι~~ ~~αντι~~πόπισης της αυτοκτονίας, η αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμός.

Τα προβλήματα που συνεπάγονται οι αυτοκαταπονοητικές συμπεριφορές είναι σύνθετα και σε πολλαπλά επίπεδα.

Σε οικονομικό επίπεδο, αλλά και γενικότερα ~~επίπεδο~~ ~~επίπεδο~~ ενεργού δυναμικού μιας χώρας, η αυτοκτονίας (ιδιαίτερα όταν αφορά ~~πρό~~ ~~πρό~~ άτομα) αποτελεί μεγάλο κοινωνικοοικονομικό πλήγμα

Οι αυξητικές τάσεις αυτοκτονιών σε πολλές ~~προς~~ ~~προς~~ του κόσμου που ήδη παρατηρούνται και οι αυξήσεις που αναμένονται ~~ενα~~ ~~ενα~~πτυσσόμενες χώρες και

χώρες , της Νότιας Ευρώπης, θα κορυφώσουν τα προσεχή χρόνια τα προβλήματα που συνεπάγονται οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Έμφαση πρέπει να δοθεί στην διερεύνηση πλευρών και παραμέτρων που προσδιορίζουν το φαινόμενο της αυτοκαταστροφής. Η εγκυρότητα και η πληρότητα των στοιχείων που καταγράφονται σε σχέση με τις απόπειρες ή τις επιτυχείς αυτοκτονίες είναι μια πρώτη φροντίδα.

Η διερεύνηση και η εντόπιση ατόμων υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας, τόσο στο γενετικό πληθυσμό, όσο και σε συγκεκριμένες ομάδες, π.χ έφηβοι, θα βοηθήσει στη χάραξη στρατηγικών προληπτικών παρεμβάσεων.

Η οργάνωση υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό, για άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία θεωρείται απαραίτητη.

Ακόμη παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος είναι οι παρακάτω:

α) Εκπαίδευση των μη- Ψυχιάτρων Ιατρών και μη- Ψυχιάτρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Κοινωνικών Λειτουργών, Νοσηλευτών κ.α) στην αναγνώριση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.

β) Οργάνωση υπηρεσιών «παρέμβασης σε κρίση» (Μονάδες Τηλεφωνικής Βοήθειας, Κινητές Μονάδες κ.τ.λ).

γ) Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και τάσεις.

δ) Αποκάλυψη και μέτρηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης σε αποπειραθέντες αυτοκτονίας.

ε) Συστηματική παρακολούθηση (follow up) των αποπειραθέντων αυτοκτονίας.

ς) Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων (έγκαιρη εντόπιση εφήβων υψηλού κινδύνου στο σχολείο)

η) Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, επώδυνα ή τερματικά νοσήματα.

θ) Ενημέρωση του ευρέως κοινού για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης και τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος της απόπειρας αυτοκτονίας.

ι) Σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης από τους επαγγελματίες σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής. Σωστότερο θα ήταν να συζητηθεί με ειδικό ο τρόπος παρουσίασης ενός θέματος αυτοκτονίας, πριν δει τα φως της δημοσιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναστασιάδης Β.Κ. «Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας» Αθήνα 1993
- Βουλγαράκης Ηλίας, «Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή» εκδόσεις Αρμός
- Chadrol Henry « Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου» μετ. Τερζόγλου Αν, εκδ. Χατζινικολή, Αθήνα 1987
- Durkheim Emile, «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας», μετ. Μ. Μαρκάκης, εκδ. Αναγνωστίδη
- Hollo Florence, «Casework» μετ. Λ. Βαριδάκη, 1990
- Herbert Martin, «Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας» Β' έκδοση, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. «Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά». Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1991
- Ιωαννίδου- Johnson- Τουρνά Α. «Κοινωνική εργασία με οικογένεια», Πάτρα 1995
- Καργάκος Σαραντος Ι. «Προβληματισμοί: ένας διάλογος με τους νέους» Δ' τόμος, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1989.
- Λεοντάρη Α. «Αυτοαντίληψη» εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
- Μαδιανός Δ. «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στον γενικό πληθυσμό» Γ' τόμος, Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη.
- Μάνου Ν. «Βασικά χαρακτηριστικά κλινικής ψυχιατρικής» εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988.
- Νιτσοπούλου Μ «Προβληματικά παιδιά και κοινωνική ευθύνη» Γ' έκδοση, εκδ. Ειρήνη, Αθήνα, 1986
- Πάπυρον Λάρους- εγκυκλοπαίδεια (Αυτοκτονία)
- Πιπερόπουλος Γ. «Ένας ψυχολόγος κοντά σου». εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- Papay Glennys, «Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους» εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
- Ross Kobler E. «Γι' αυτόν που πεθαίνει» εκδ. Τάμασος.
- Sellers Sean «Ο Σατανισμός της νέας εποχής» εκδ. Στερέωμα.
- Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια» εκδ. Έλλην. Αθήνα 1995.
- Τσιάντης Ι. «Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας» Τεύχος Β' εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1993.

- Τσιάντης Ι. « Εφηβεία ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο»
Αθήνα 1991.
- Τσιάντης Ι. «Εφηβεία» Βασική Παιδοψυχιατρική Β' Τόμος, Τεύχος 1 , εκδ.
Καστανιώτη, Αθήνα 1998
- Χαρτοκολλης Π. «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική» εκδ. Θεμέλιο , Αθήνα 1989.
- «Κ.Ε με περιπτώσεις κρίσης» Μ. Παπαδοπούλου- Σ. Αλγού, Εκλογή, Ιούλιος-
Αύγουστος- Σεπτέμβριος 1991
- «Επικινδυνότητα και κοινωνική Ψυχιατρική» Μ. Λειβαδίτης- Π.
Σακελλαρόπουλος , Αθήνα 1990.
- «Ψυχιατρική» επιμέλεια :Χ. Ιεροδιακόνου- Χ. Φωτιάδης- Ε. Δημητρίου, εκδ.
Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988
- «Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής» Τόμος Α' επιμέλεια: Γ.Ν. Χριστοδούλου-
Β.Π. Κονταξάκης, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής , Αθήνα 1994
- «Ο έφηβος και η οικογένεια» Δύο συμπόσια
- «Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής» Β'τόμος, Β'μέρος. Ψυχοπαθολογία.
επιμέλεια , Τσιάντης Ι. - Μανωλόπουλος Ι. , εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1988.

