

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

“Η εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία
και ο συσχετισμός της με τις αυτοκτονίες εφήβων”



Υπεύθυνη Καθηγήτρια:
Κα ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΙΡΗ

Μετέχουσες Σπουδάστριες:
ΒΑΣΤΑΚΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
ΚΑΠΠΕΛΑ ΣΟΦΙΑ
ΣΤΑΣΙΝΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (Τ.Ε.Ι.) ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2002

ΑΡΧΟΝΤΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3188
----------------------	------

Η Επιτροπή για την έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας:

Χαραλάμπους Μαίρη
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Αλεξοπούλου Ουρανία
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Θεοδωράτου Μαρία
Επιστημονική Συνεργάτης

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτριά μας κ. Χαριλάμπους Μαίρη για την σωστή καθοδήγηση που μας παρείχε, τους επαγγελματίες των υπηρεσιών με τους οποίους χρειάστηκε να έρθουμε σε επαφή για την άντληση πληροφοριών και τέλος τους γονείς μας για την ηθική συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην παρούσα μελέτη που έχει ως θέμα την εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία και τον συσχετισμό της με τις αυτοκτονίες εφήβων, γίνεται λόγος για την εμφάνιση της κατάθλιψης ως συναισθηματικής διαταραχής στα χρόνια της εφηβείας, για τους παράγοντες που πιθανόν ευνοήσουν την εκδήλωσή της καθώς και για τον συσχετισμό της με τις απόπειρες αυτοκτονιών ή την ολοκλήρωσή τους.

Για την διεκπεραίωση του θέματος η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα κύρια κεφάλαια:

Το πρώτο κεφάλαιο που περιλαμβάνει την εισαγωγή, τον σκοπό της μελέτης μιας που είναι η διερεύνηση των παραγόντων που ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία με ιδιαίτερη έμφαση στους κυριότερους που πιθανόν να οδηγήσουν τον έφηβο στην απόπειρα, καθώς και η γνωστοποίηση και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού περιβάλλοντος του εφήβου, για την σοβαρότητα της καταστάσεως.

Επιπλέον, σ' αυτό το κεφάλαιο δίνονται και οι ορισμοί όρων που θεωρήσαμε ως τους πιο σημαντικούς για την καλύτερη κατανόηση του θέματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει την μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για την συγκέντρωση βιβλιογραφικού υλικού που χρειάστηκε για την συγγραφή του κειμένου.

Το τρίτο κεφάλαιο όπου και γίνεται η ανασκόπηση άλλων μελετών και σχετικών συγγραμμάτων, χωρίζεται σε έξι ενότητες: Στην πρώτη ενότητα γίνεται λόγος για την κατάθλιψη γενικότερα, για τα συμπτώματά της, για τις μορφές με τις οποίες μπορεί να εκδηλωθεί καθώς και για την ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων. Στην δεύτερη ενότητα αναλύονται τα αίτια της εφηβικής κατάθλιψης, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι επιρρεπείς σ' αυτήν καθώς και οι συνθήκες που μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνισή της. Επιπλέον μελετώνται ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την εκδήλωσή της καθώς και η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες ψυχωσικές διαταραχές. Στην τρίτη ενότητα μελετάται η σχέση της εφηβικής κατάθλιψης με την

αυτοκτονία. Δίνονται οι κατηγορίες αυτοκτονιών, τα συμπτώματα και τα αίτια της αυτοκτονίας καθώς και οι διαστάσεις του προβλήματος, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες. Στην τέταρτη ενότητα περιλαμβάνονται τα στάδια της πρόληψης, καθώς και προτάσεις προς τους γονείς για τις σχέσεις τους με τα παιδιά τους που βρίσκονται στο αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας. Στην πέμπτη ενότητα περιλαμβάνονται και αναλύονται οι μέθοδοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ενώ στην έκτη ενότητα αναφέρεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην συνεργασία του τόσο με τον έφηβο όσο και με την οικογένειά του.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που προέκυψαν ύστερα από τη μελέτη της εργασίας και σύμφωνα με τα οποία η οικογένεια θα πρέπει να βρίσκεται κοντά στον έφηβο, να υπάρχει συνεχής επικοινωνία μαζί του, να τον ενθαρρύνει στην ανάληψη πρωτοβουλιών και αποφάσεων και προπάντων να μην έχει επικριτική στάση απέναντί του. Επιπλέον, θα πρέπει να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού ώστε να αλλάξει η νοοτροπία τους για την αντιμετώπιση των θεμάτων ψυχικής υγείας του παιδιού. Μόνο τότε οι αρμόδιοι θα προβούν στις απαραίτητες ενέργειες ώστε να αναπτυχθούν τα ανάλογα και κατάλληλα προγράμματα πρόληψης.

Τέλος, ακολουθούν το παράρτημα στο οποίο παραθέτουμε περιπτώσεις και η βιβλιογραφία που αξιοποιήθηκε για την τέλεση της εργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	II
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή	1
Σκοπός της μελέτης	2
Ορισμοί όρων	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ	
ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	7
A' Γενικά περί της κατάθλιψης	7
A1 Ιστορική αναδρομή	7
A2 Τι είναι κατάθλιψη και πώς μπορούμε να τη αναγνωρίσουμε	9
A2.1 Θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με την έννοια της κατάθλιψης..	13
A2.2 Συμπτώματα κατάθλιψης	17
A3 Μορφές με τις οποίες μπορεί να εμφανιστεί η κατάθλιψη	30
A3.1 Ταξινόμηση καταθλιπτικών συνδρόμων..	35

Β' Η κατάθλιψη στην εφηβεία	40
B1 Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας- θεωρητικές προσεγγίσεις	41
B2 Η κατάθλιψη στην εφηβεία	45
B3 Ανακαλύπτοντας την κατάθλιψη των εφήβων	56
B4 Εξωτερίκευση της κατάθλιψης των έφηβων αγοριών και κοριτσιών	62
B5 Διτιμοπαθογένεια της εφηβικής κατάθλιψης.	64
B6 Άτομα επιρρεπείς στην κατάθλιψη και χαρακτηριστικά τους	74
B7 Συνθήκες που μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία	76
B8 Επικίνδυνοι παράγοντες όσον αφορά την εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβεία	81
B9 Η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες ψυχωσικές διαταραχές	82
B9.1 Κατάθλιψη και άγχος	83
B9.2 Κατάθλιψη και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	85
B9.3 Κατάθλιψη και επιθεικότητα	86
Γ' Εφηβική Κατάθλιψη και αυτοκτονία	89
Γ1 Η σχέση της αυτοκτονίας με την κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές παθήσεις	92

Γ2	Τύποι και κατηγορίες αυτοκτονιών	95
Γ3	Οι διαστάσεις του προβλήματος στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες	101
Γ4	Η απόπειρα αυτοκτονίας: Ένα μήνυμά	105
Γ5	Οι διεργασίες μέσα από τις οποίες διέρχεται ο έφηβος πριν την απόπειρα	108
Γ6	Θεωρητικές απόψεις για την έννοια του θανάτου	111
Γ7	Συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς ..	115
	Γ7.1 Σημεία-δείκτες αυτοκτονικής τάσης ...	116
Γ8	Αίτια αυτοκτονίας	117
	Γ8.1 Η οικογένεια ως σημαντικός παράγοντας για την ώθηση του νέου στην αυτοκτονία	121
Γ9	Η επιθετικότητα του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας	124
Γ10	Αντίδραση γονέων	127
Δ' Πρόληψη	129
Δ1	Στάδια πρόληψης	134
	Δ1.1 Πρωτογενής πρόληψη	135
	Δ1.1α Ομαδική πρόληψη	135
	Δ1.1β Ατομική πρόληψη	135
	Δ1.2 Πρόληψη-Παρέμβαση	137
	Δ1.3 Τριτογενής πρόληψη	140
	Δ1.3α Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας	140

Δ1.3β Αξιολόγηση	140
Δ1.3γ Πρόγνωση	142
Δ2 Παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση γονέα-εφήβου	143
Δ2.1 Τι να κάνουν οι γονείς	146
Δ2.2 Τι να μην κάνουν οι γονείς	147
Δ2.3 Θετικοί τρόποι για βοήθεια	148
Δ2.4 Πότε πρέπει οι γονείς να αναζητήσουν τη βοήθεια του ειδικού	149
Ε' Θεραπευτική αντιμετώπιση	149
Ε1 Συμβουλευτική	150
Ε2 Ψυχοθεραπεία	152
Ε3 Φαρμακευτική αγωγή	154
Ε4 Η αναγκαιότητα ύπαρξης του Παιδοψυχιατρικού Τομέα	158
Ζ' Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	162
Ζ1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην συνεργασία του με τον έφηβο	162
Ζ2 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην συνεργασία του με την οικογένεια	164
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	169
Παράρτημα	175
Βιβλιογραφία	182

"Υπάρχουν κάποια παιδιά, που δεν προλαβαίνουν να μεγαλώσουν. Υπάρχουν κάποια παιδιά χωρίς ορίζοντα. Αγόρια και κορίτσια που επιχειρούν το μακροβούτι του θανάτου στα δεκατέσσερα, στα δεκάξι, στα δεκαοχτώ. Με σημαντικές ή και ασήμαντες αιτίες. Που αγαπούν τον θάνατο, εκεί στο ξημέρωμα της ζωής. Ένα φαινόμενο που παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις και καθημερινά εξελίσσεται σε χιονοστιβάδα. Ένα πρόβλημα καθόλου μικρότερο απ' αυτό των ναρκωτικών, του AIDS και των τροχαίων ατυχημάτων. Που όμως το θυμόμαστε μόνο μετά από κάποιες αυτοκτονίες μαθητών, μετά ή και κατά τη διάρκεια των εξετάσεων.

Λοιπόν, τι πραγματικά συμβαίνει; Ας το δούμε..."

(Κ.Γ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ., 1994, 141-142)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι μία 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. Μία από αυτές τις διαταραχές είναι και η κατάθλιψη και μπορούμε να πούμε ότι αυτή η κατάθλιψη μέχρι 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.

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι συχνή και οι εκδηλώσεις της μπορούν να πάρουν πολλές μορφές, από τη φυσιολογική λεγόμενη κατάθλιψη μέχρι και την ψυχωσική της μορφή, με τις ενδιαμέσες μορφές που εκδηλώνονται με παραπτωματοκτικότητα, λήψη ναρκωτικών, ανοιχτά καταστροφική συμπεριφορά στην εξωτερική πραγματικότητα ή και αυτοκαταστροφικότητα με την εκδήλωσή της αυτοκτονίας και τις απόπειρες.

Η κατάθλιψη με επακόλουθο την αυτοκτονία είναι ένα πρόβλημα που αν και δεν αναφέρεται τόσο συχνά από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ωστόσο μας αφορά έμμεσα με την έννοια ότι κάποτε μπορεί να χτυπήσει και τη δική μας πόρτα και τότε μόνο θα ανησυχήσουμε και θα αναρωτηθούμε ποια ήταν η αιτία που οδήγησε τον έφηβο στην εκδήλωσή της.

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα μπορούν να βοηθηθούν στηριζόμενοι στη

γνώση και την πολύτιμη εμπειρία των μεγάλων. Δεν είναι εύκολο να βοηθήσει κανείς τους εφήβους· ίσως μάλιστα να αντιδράσουν αρχικά με σκληρή περιφρόνηση. Όταν όμως βρίσκονται μπροστά στη λήψη πολύ σημαντικών αποφάσεων, τότε οι περισσότεροι είναι ανοικτοί σε κάθε ευαίσθητη και λογική καθοδήγηση. Μπορούμε να επηρεάσουμε κάποιον πιο εύκολα όταν βρίσκεται σε περίοδο ραγδαίων αλλαγών και γνωρίζουμε ότι η εφηβεία είναι μια τέτοια περίοδος ρευστότητας.

Σκοπός της μελέτης:

Σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ότι ο σκοπός της πτυχιακής μας εργασίας είναι η μελέτη των παραγόντων που ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία με ιδιαίτερη έμφαση στους κυριότερους ώστε να οδηγηθεί ο έφηβος στην απόπειρα. Επιπλέον επιδιώκεται η γνωστοποίηση και η σπουδαιότητα της συναισθηματικής αυτής διαταραχής ώστε να ληφθεί σοβαρά υπόψη από το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου και με την κατάλληλη αντιμετώπιση να αποφευχθεί τελικά η πιο δυσάρεστη έκβασή της που είναι η αυτοκτονία.

Οι επιμέρους στόχοι της εργασίας μας είναι:

- Η μελέτη της εφηβείας και η διερεύνηση της καταθλιπτικής φάσης του εφήβου.
- Η διερεύνηση του κοινωνικού περιβάλλοντος του εφήβου ως αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση της αυτοκτονίας.
- Η διερεύνηση της σωστής αντιμετώπισης και οι μέθοδοι βοήθειας προς τους εφήβους.

Ορισμοί Όρων

Ηβη: "Είναι η έννοια η οποία αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο, διάρκειας 2-4 ετών περίπου, βιολογικής ανάπτυξης κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας".

(Ι.Ν.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ.,Χ.Χ:11)

Εφηβεία: "Είναι η έννοια η οποία αναφέρεται σε μια μακρότερη αναπτυξιακή περίοδο διάρκειας 7-8 ετών και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα".(Ι.Ν.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ.,Χ.Χ: 12)

Συναισθημα: "Είναι η έννοια η οποία αναφέρεται στις ευάρεστες ή δυσάρεστες εσωτερικές εμπειρίες και καταστάσεις του ατόμου. Πρόκειται για τις χαρές, τις λύπες, τις συγκινήσεις, τις αγάπες μας, τα μίσση και τα άλλα πάθη που πολλές φορές πλήμμυρίζουν την ψυχή μας". (Γ.Ε.ΚΡΑΣΑΝΑΚΗΣ., 1988: 17).

Συναισθηματική ανάπτυξη: "Αναφέρεται στη δυναμική ευάρεστη ή δυσάρεστη κατάσταση του ατόμου και σε όλα τα ψυχικά φαινόμενα που την συνοδεύουν, την κατευθύνουν και τη προσδιορίζουν". (Γ.Ε.ΚΡΑΣΑΝΑΚΗΣ., 1988:18).

Κατάθλιψη: "Είναι η νόσος η οποία αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων. Περιλαμβάνει τα σημεία και τα συμπτώματα τα οποία οφείλονται κατά κύριο λόγο σε διατάραξη του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωστικών λειτουργιών αλλά και των λειτουργιών του φυτικού νευρικού συστήματος". (Γ.ΤΡΙΚΚΛΣ.,1998:13).

Έφηβος: "Θεωρείται το αγόρι ή το κορίτσι που εγκατέλειψε την παιδική ηλικία και βρίσκεται ήδη σε μια περίοδο σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης, μετά την οποία θα περάσει στην νεότητα και αργότερα στην ωριμότητα". (Γ.Ε.ΚΡΑΣΛΑΝΑΚΗΣ., 1992: 21)

Αυτοκτονία: "Η αυτοκτονία μπορεί να οριστεί ως ο θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου, εναντίον του ιδίου του του εαυτού". (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ., 1995: 453)

Απόπειρα αυτοκτονίας: "Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια πράξη που εμπίπτει στην δυνατότητα ή την σκέψη τού θανάτου. Δεν είναι απλώς η αποτυχία του αυτοκτονικού εγκλήρηματος, είναι ένας ιδιαίτερος τρόπος συμπεριφοράς, η επιδημιολογία και η ψυχολογική σημασία του οποίου δεν ταυτίζονται απόλυτα με εκείνες της αυτοκτονίας". (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ., 1995: 453).

Αυτοκτονική συμπεριφορά: "Ορίζεται ως η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο στρέφει την επιθετικότητά του ενάντιον του εαυτού του. Η άποψη της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Freud 1915) είναι ότι το άτομο ταυτίζεται με το αντικείμενο της αγάπης και επομένως, βλέποντας τον εαυτό του, βλέπει και το αντικείμενο. Λειτουργεί, δηλαδή, στην προκειμένη περίπτωση ο μηχανισμός της στροφής της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού παράλληλα με το μηχανισμό της ταύτισης". (Σ.ΜΠΕΡΑΤΗ., 1994: 189).

Οικογένεια: "Η οικογένεια είναι το πρωταρχικό κοινωνικό κύτταρο, μέσα στο οποίο διαπλάθεται και διαμορφώνεται ο ανθρώπινος χαρακτήρας. Είναι ο βασικός κοινωνικός θεσμός, που έχει σαν σκοπό και στόχο να διατηρήσει τους συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ των μελών της και να προστατεύσει τα μέλη της και ιδιαίτερα τα νεαρά μέλη της, τα παιδιά". (Ε.ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ., Α.ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ., Θ.ΠΑΠΑΦΛΕΣΣΑ., 1995: 38).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Γνωρίζουμε ότι τα εφηβικά χρόνια μπορεί να είναι τόσο συναρπαστικά και περιπεισιώδη όσο μιπερδεμένα και γεμάτα συγκρούσεις, διότι με την απαρχή της εφηβείας οι νέοι έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές συναισθηματικές, διανοητικές και φυσικές αλλαγές. Πρέπει να μάθουν να: **α)** προσαρμοστούν σε ένα αλλαγμένο σώμα, **β)** χειριστούν έντονα συναισθήματα, **γ)** έρθουν αντιμέτωποι με σεξουαλικές σχέσεις και **δ)** επεξεργαστούν μια ταυτότητα που διαχωρίζεται από τους γονείς και εγκρίνεται από τους συνομηλικούς.

Λόγω των ραγδαίων αυτών αλλαγών ο έφηβος είναι πιθανό να έρθει αντιμέτωπος με συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη η οποία και θεωρείται η πιο διαδεδομένη από τα προβλήματα διανοητικής υγείας. Η απαρχή της κατάθλιψης κατά τα εφηβικά χρόνια μπορεί να είναι βαθμιαία ή ξαφνική, σύντομη ή μακρόχρονη και μπορεί να συσχειστεί με άλλες δυσλειτουργίες, όπως ανησυχία, προβλήματα φαγητού και άλλα. Κατά κύριο όμως λόγο, συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό με την αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου.

Αποφασίσαμε να μελετήσουμε το θέμα της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία και να δούμε αν και πώς συσχείζεται με τις αυτοκτονίες εφήβων. Σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε ποιες συγκινησιακές καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν τον έφηβο στην κατάθλιψη και ίσως στην απόπειρά της αυτοκτονίας ή και την ολοκλήρωσή της.

Αρχικά επιδιώξαμε να γίνει έρευνα του θέματος, αλλά η επίτευξή της, ήταν αδύνατη για το λόγο ότι οι περισσότερες από τις απόπειρες και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες καταγράφονται ως ατυχήματα. Εκτός αυτού τόσο οι υπηρεσίες όσο και οι επαγγελματίες που επισκεφτήκαμε ήταν απέναντί μας συγκρατημένοι και επιφυλακτικοί, σχετικά με το είδος των πληροφοριών που έπρεπε να μας παρέχουν

και αυτό διότι τα στοιχεία είναι απόρρητα. Έτσι καταλήξαμε στη βιβλιογραφική μελέτη του θέματος.

Πριν ξεκινήσουμε τη συγγραφή του κειμένου ακολουθήσαμε τα εξής στάδια: α) τη συγκέντρωση βιβλιογραφικού υλικού σύμφωνα με τις διάφορες παραμέτρους που συνθέτουν το θέμα μιας όπως: η κατάθλιψη, η εφηβεία, η αυτοκτονική συμπεριφορά και η αυτοκτονία. Χρειάστηκε να επισκεφτούμε βιβλιοθήκες, υπηρεσίες και επαγγελματίες που έχουν ως αντικείμενο δουλειάς τους την εφηβεία και την κατάθλιψη γενικότερα, καθώς και τμήματα παιδοψυχιατρικού τομέα, β) την ανάγνωση του βιβλιογραφικού υλικού. Χρειάστηκε να μελετήσουμε την εφηβεία και την κατάθλιψη γενικότερα έχοντας ως κύριο σκοπό μας να κατανοήσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα τις δύο αυτές έννοιες καθώς και τα συμπτώματά της κατάθλιψης, η εμφάνιση της οποίας παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο και στο αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας, γι' αυτό και δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται ή να μένει απαραίτητη η σπουδαιότητά της, γ) την κατάρτιση του βιβλιογραφικού υλικού που ήταν απαραίτητο για την συγγραφή του κειμένου.

Η δομή των περιεχομένων της μελέτης αναφέρεται κατά κύριο λόγο στην ανασκόπηση άλλων μελετών και σχετικών συγκριμάτων. Αρχικά ξεκινάμε με την έννοια της κατάθλιψης στη γενικότερη μορφή της ώστε να την κατανοήσουμε καλύτερα, συνεχίζουμε με την εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία και τις συνθήκες που μπορούν να την ευνοήσουν. Ακολουθεί μελέτη για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εφηβικής κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. Επιπλέον, γίνεται λόγος για τα στάδια της πρόληψης, για τα είδη της θεραπευτικής αντιμετώπισης καθώς και για την σπουδαιότητα της Κοινωνικής Εργασίας στον χειρισμό και στην αντιμετώπιση συναισθηματικών διαταραχών.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη διεξαγωγή συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Α' Γενικά περί της κατάθλιψης

"Πόσο βαριές είναι οι μέρες.
Δεν υπάρχει καμία φωτιά
να με ζεστάνει,
κανένας ήλιος να γελάσει μαζί μου.
Όλα είναι μίζερα.
Όλα είναι άσπλαχνα.
Ακόμα και τα' αγαπημένα άστρα
μοιάζουν αφάνταστα θλιμμένα."

Α1 Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολούθησε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής του μέχρι σήμερα.

Ο Ιπποκράτης (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998:23) την ονόμασε μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό.

Αντίθετα, ο Freud υποστήριξε ότι η κατάθλιψη είναι ένα είδος ασυνείδητου πένθους. Όλη η ζωτική ενέργειά του ανθρώπου που υποφέρει, αποστραγγίζεται, χωρίς όμως ο ίδιος να ξέρει ποιο είναι το νόημα του μαρτυρίου του.

Στο καθημερινό μας λεξιλόγιο ο όρος κατάθλιψη υποδηλώνει μια κακή διάθεση που μπορεί να κυμαίνεται από την απλή απογοήτευση, ως τα ακραία δυσάρεστα γεγονότα που συμβαίνουν καθημερινά στη ζωή μας. Σήμερα, στο δυτικό κόσμο η συχνότητα της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα αυξημένη, σε σημείο που θα μπορούσαμε να πούμε ότι παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο νοσούν από την κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής τους από αυτή. (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, 1998: 1).

Την κατάθλιψη την συναντούμε σε όλο το φάσμα των ηλικιών, από την παιδική ηλικία, έως και τα γεράματα. Ιδιαίτερα έντονη επίσης είναι η επίδρασή της στη διάρκεια της εφηβείας, κατά την οποία συμβαίνουν στον άνθρωπο, αναπτυξιακές αλλαγές καθώς επίσης και εξελικτικές διαταραχές. Οι σημαντικότερες από τις αναπτυξιακές αλλαγές εντοπίζονται: **α) στο βιοσωματικό τομέα:** Οι μεταλλαγές της ήβης είναι απότομες και καθολικές. Στη 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 την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας, **β) στο 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. Μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα, εναλλακτικές λύσεις, 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, **γ)στον συναισθηματικό τομέα:** κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό στον τομέα αυτό είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης, **δ)στον κοινωνικό τομέα:** η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικους και για συμμόρφωση προς την ομάδα των συνομηλίκων φθάνει στο αποκορύφωμά της. 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. (Ι.Ν.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ., Χ.Χ: 16-19).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην έννοια της κατάθλιψης και στα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα, στις μορφές εκδήλωσής της, στα συμπτώματα και σε όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν δραστικά στην εκδήλωσή της.

A2 Τι είναι κατάθλιψη και πώς μπορούμε να την αναγνωρίσουμε.

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακώλουθούσε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι και σήμερα. Εκατομμύρια ανθρώπων σε όλον τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτή. (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ., 1996: 9).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998:15) υπολογίζεται ότι περίπου εκατό εκατομμύρια άνθρωποι σε

παγκόσμια κλίμακα υποφέρουν, ανά πάσα στιγμή, από κλινικά αναγνωρίσιμα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που καθιστά τη διαταραχή αυτή ένα από τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας. Επιπλέον εκτιμάται ότι ένα ποσοστό, που κυμαίνεται μεταξύ δέκα και είκοσι πέντε τοις εκατό, του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή του ξεκάθαρα συμπτώματα κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια παθολογική συναισθηματική έκφραση, η οποία παρουσιάζεται αιφνίδια και το κυριότερό είναι υπερβολική σε ένταση και διάρκεια. Η συγκεκριμένη πάθηση συνδέεται συνήθως με κάποια αλλαγή, η οποία ενέχει το στοιχείο της απώλειας, γεγονός το οποίο δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση πως δεν υπάρχει μέλλον και πως ποτέ δεν πρόκειται να συνέλθει, παρόλο που βαθιά μέσα του πιστεύει πως πρέπει να ξεπεράσει αυτή τη δυσάρεστη εμπειρία. Όλοι οι άνθρωποι, μετά από κάποιο θλιβερό γεγονός, όπως είναι ο θάνατος κάποιου προσφιλούς προσώπου, η αποτυχία για προαγωγή, η οικονομική καταστροφή, η ερωτική απογοήτευση, η επαγγελματική αποτυχία και άλλα, αντιδρούν με κάποια βαθιά θλίψη και επιδεικνύουν μια εντελώς διαφορετική συμπεριφορά. Μειώνουν το προφορικό τους λόγο και τις εκφράσεις τους, περιορίζουν ή σταματούν τελείως τις επαφές τους με άλλα πρόσωπα, παρουσιάζουν ανορεξία, κλείνονται στο δικό τους κόσμο και ζούνε πολύ διαφορετικά απ' ό τι ζούσαν προηγουμένως προτού επισυμβεί το δυσάρεστο γεγονός. Βέβαια, η πραγματική αιτία της κατάθλιψης είναι η απώλεια του αντικειμένου αγάπης ή κάποιου πολύτιμου αγαθού. (Χ.Α. ΧΡΙΣΤΟΦΙΔΗΣ., 1991: 216). Μολονότι η συμβολή των διαφόρων τραυματικών γεγονότων της ζωής στη δημιουργία της κατάθλιψης είναι αναντίρρητη, η καθημερινή εμπειρία και η κοινή λογική μας διδάσκουν πως για να πάθει ένα άτομο κατάθλιψη, δεν είναι αρκετό να

συμβούν (ή να μη συμβούν) μερικά γεγονότα ή πράγματα. Είναι δυνατό ένα άτομο να ρέπει προς την κατάθλιψη αν πιστεύει πως δεν έχει αυτό που θα ήθελε να έχει ή πως έχει κάτι που δεν θα ήθελε να έχει. Έτσι λοιπόν, είναι πιθανό το άτομο να έχει προδιάθεση για κατάθλιψη, όχι τόσο από το τι του συμβαίνει αλλά από τον τρόπο που διερμηνεύει ή αξιολογεί αυτά που του συμβαίνουν (Ι.Γ.ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ.,1998: 161). Πολλές φορές θεωρεί ότι είναι ο ίδιος υπεύθυνος για τις αποτυχίες του ενώ αρνείται ή υποβιβάζει στο ελάχιστο της επιτυχίες του ή τις αποδίδει σε εξωτερικούς παράγοντες. Λισθάνεται καταπονημένος από τις υπερβολικές επιταγές του περιβάλλοντος το οποίο αντιτάσσει ανυπέρβλητα εμπόδια στα σχέδιά του. Προβλέπει ότι οι παρούσες δυσκολίες θα εξακολουθήσουν και περιμένει την αποτυχία των επιχειρήσεών του. Αυτή η αρνητική παραμόρφωση της πραγματικότητας, οδηγεί στην κατάθλιψη η οποία, περιορίζοντας τις ικανότητες προσαρμογής του ατόμου, επιβεβαιώνει την πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκές. Έτσι αρχίζει η εκτέλεση μιας ανοδικής πορείας αμοιβαίας ενισχύσεως των νοητικών διαστροφών και των καταθλιπτικών συγκινήσεων (Η.ΧΑΒΡΟΛ.,1987: 40).

Ο καθένας μας γνωρίζει σε κάποιο βαθμό τι σημαίνει να υποφέρεις από κατάθλιψη ακόμη και παρόδικά, γιατί κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να ξεφύγει στην διάρκεια της ζωής του, την απογοήτευση, το πένθος ή την αποτυχία. Επιπλέον πολλοί άνθρωποι έχουν νιώσει μια γενική διάθεση θλίψης ή αποθάρρυνσης που φαίνεται να τους καταλαμβάνει χωρίς φανερό εξωτερικό αίτιο και που την αποδίδουν, σωστά μερικές φορές, σε κακή υγεία, σε αλλαγές του καιρού ή σε άλλα τέτοια ασήμαντα αίτια (Α.ΣΤΟΡ.,1979: 110).

Στο σημείο αυτό καλό είναι να επισημάνουμε τον διαχωρισμό που υπάρχει ανάμεσα στην έννοια της θλίψης και στην έννοια της κατάθλιψης.

Θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Ένα ισχυρό ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή επαγγελματική υποβάθμιση ή ακόμη και η απώλεια υλικών αγαθών, είναι φυσικό να προκαλεί θλίψη (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.,1998: 2). Έτσι λοιπόν, η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μία επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο σε αντίθεση με την κατάθλιψη που αποτελεί ένα παθολογικό συναίσθημα, δηλαδή είτε μη αναμενόμενο, είτε υπερβολικό σε ένταση ή διάρκεια και το οποίο χαρακτηρίζεται από μία «άτονη» και «χωρίς χρώμα» διάθεση, που έχει περιγραφεί και ως **«επώδυνη αναισθησία»**: «επώδυνη» γιατί το άτομο έχει συνείδηση του ότι η ζωή ήταν κάποτε ευχάριστη και «αναισθησία» λόγω του γενικού μούδιασματος και της καθήλωσης που νιώθει. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 39).

Στην συζήτησή μας γύρω από την κατάθλιψη είναι σημαντικό να κάνουμε την διάκριση ανάμεσα στην κατάθλιψη σαν απλό σύμπτωμα, την κατάθλιψη σαν σύνδρομο και την κατάθλιψη σαν πάθηση. Η κατάθλιψη σαν σύμπτωμα είναι φαινόμενο που συναντάται σε όλες τις ηλικίες με την μορφή θλίψης ή δυσφορίας. Θλίψη, λύπη και απόγνωση μπορεί να εμφανιστούν, χωρίς να συνοδεύονται από άλλα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα, σαν αντίδραση σε μια απώλεια, σε ένα ναρκισσιστικό πλήγμα ή μια απογοήτευση. Το κατάθλιπτικό σύνδρομο αποτελείται συνήθως και από άλλα συμπτώματα, εκτός από την καταθλιπτική διάθεση, όπως απουσία ενδιαφέροντος για

δραστηριότητα, δυσκολία στην συγκέντρωση και κάποια γενικότερη βραδύτητα στη δραστηριότητα. Τέλος η κατάθλιψη σαν πάθηση προϋποθέτει μια χαρακτηριστική κλινική εικόνα, πιθανόν με βιολογική και οικογενειακή προέλευση, μια περίπου προκαθορισμένη πορεία και μια αντίδραση στα αντικαταθλιπτικά (Ε. ΠΑΠΑΜΑΤΘΙΑΚΗ - LESTER., 1987: 236).

A2.1 Θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με την έννοια της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, στο επίκεντρο της καταθλιπτικής διαταραχής βρίσκεται η φανταστική ή πραγματική απώλεια ενός σημαντικού ή αγαπημένου «αντικειμένου», λόγω θανάτου, χωρισμού, απόρριψης ή συμβολικά, μέσα από την απώλεια κάποιου συγκεκριμένου ή και σχετικά αφηρημένου ιδεώδους ή ιδανικού. Σε γενικές γραμμές, αυτά τα «αντικείμενα» είναι άτομα που υπήρξαν σημαντικά στα αρχικά στάδια της ζωής ενός ατόμου. Συνήθως πρόκειται για τους γονείς και πιο συχνά για την μητέρα. Η απώλεια αυτή στην πρώτη παιδική ηλικία θεωρείται ότι λειτουργεί ως «προδιάθεση» ή, αλλιώς, ως παράγοντας ευάλωτότητας, που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη αργότερα εάν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μία σημαντική απώλεια ή απογοήτευση. Κατά συνέπεια, μέσα από την κατάθλιψη πραγματοποιείται το πένθος ενός ασυνείδητου αντικειμένου.

Οι **Why brow**, **Akiskal** και **McKinney**, στην προσπάθειά τους να ορίσουν την κατάθλιψη, καταλήγουν στα εξής: **Πρώτου:** υπάρχει μια διαφορά στην ποιότητα και την ένταση της διάθεσης, που φαίνεται να διαπερνά όλες τις πλευρές του ατόμου και δεν μπορεί να ξεπεραστεί, σε σημείο που το άτομο δεν αντιδρά θετικά στη διαβεβαίωση, στην

υποστήριξη και στην ανακούφιση που του παρέχονται. **Δεύτερου:** είναι δυνατόν να μην μπορεί να εντοπιστεί κανένα ερέθισμα ως υπεύθυνο για αυτή τη διάθεση ή η αντίδραση του καταθλιπτικού να είναι δυσανάλογη προς το ερέθισμα που την προκάλεσε και **Τρίτου:** η διάθεση φαίνεται να έχει «ζωή» από μόνη της· επιμένει αυτόνομα. Αυτό συχνά αναφέρεται ως μέρος της ποιοτικής διαφοράς μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης.

Ο ψυχαναλυτής **Rado** από την πλευρά του υποστήριξε ότι, όπως τα παιδιά, τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη εξαρτώνται πολύ για την διατήρηση της αυτοεκτίμησής τους από την αγάπη και την επιδοκιμασία των άλλων. Λόγω της μεγάλης τους εξάρτησης από τους άλλους, οι καταθλιπτικοί επηρεάζονται περισσότερο από τις απογοητεύσεις και ματαιώσεις στο κοινωνικό τους περιβάλλον, και οι οποίες ματαιώσεις οδηγούν σε συναισθήματα εκθρόνητας που απομακρύνουν τους άλλους από το περιβάλλον του καταθλιπτικού. Το καταθλιπτικό άτομο στη συνέχεια προσπαθεί να ξανακερδίσει την υποστήριξη των άλλων μέσα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τον πόνο που νιώθει, καθώς και την αρνητική στάση που το ίδιο υιοθετεί απέναντι στον εαυτό του. Στην περίπτωση που η καταθλιπτική συμπεριφορά δεν ξανακερδίσει τη χαμένη αγάπη και στοργή, αυτά τα συμπτώματα χειροτερεύουν και γίνονται αυτότιμωρία, μεταμέλεια, ενοχή και κατάθλιψη. Συνεπώς, η κατάθλιψη, στην ουσία της αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια βελτίωσης της αυτοεκτίμησης μετά από μια σημαντική απώλεια.

Αντίθετα, μια άλλη εξίσου σημαντική ψυχαναλύτρια, η **Klein**, υποστήριξε ότι η προδιάθεση για την κατάθλιψη δεν οφείλεται σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα, όπως απώλειες, αλλά κυρίως στην ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του. Αν η σχέση με την μητέρα δεν ευνοεί την ανάπτυξη θετικών

συναισθημάτων στο παιδί, όπως ότι είναι καλό, αγαπητό και ασφαλές, το παιδί δεν θα μπορέσει να ξεπεράσει την αμφιθυμία που νιώθει σε σχέση με τα αντικείμενα αγάπης και θα είναι πάντοτε επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια. Εκτός από την αποτυχία του παιδιού να ξεπεράσει τα καταθλιπτικά άγχη και φόβους και να αναπτύξει αυτοεκτίμηση, η αμφιθυμία, σύμφωνα με την Klein, παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 103,106-107).

Σύμφωνα με την μηχηβιοριστική θεωρία η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της απώλειας των κοινωνικών δεξιοτήτων. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί πότε θεωρείται ότι ένα άτομο έχει κοινωνικές δεξιότητες. Ένα άτομο λοιπόν θεωρείται ότι έχει κοινωνικές δεξιότητες όταν καταφέρνει αφενός να αποσπά θετικές αντιδράσεις από το κοινωνικό του περιβάλλον και αφετέρου να αποφεύγει τις αρνητικές συνέπειες των πράξεών του. Οι καταθλιπτικοί, σύμφωνα πάντα με την μηχηβιοριστική θεωρία, θεωρείται ότι δεν έχουν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες για να αντλήσουν ικανοποίηση και χαρά από τους άλλους και έτσι γίνονται ευάλωτοι στις μικρές αυξομειώσεις των εξωτερικών ενισχύσεων. Δημιουργούν μόνοι τους ένα αρνητικό κοινωνικό περιβάλλον, όπου είτε η υποστήριξη των άλλων χάνεται είτε οι αντιδράσεις τους είναι διφορούμενες, δηλαδή τόσο υποστηρικτικές όσο και εχθρικές. Όλα αυτά ξεκινούν με τα αρχικά καταθλιπτικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο καταθλιπτικός. Τα άτομα του κοινωνικού περιγυρου αντιδρούν συνήθως σ' αυτή την περίπτωση με πραγματικό ενδιαφέρον και υποστήριξη. Σταδιακά, οι καταθλιπτικές συμπεριφορές γίνονται απαιτήσεις που εκδηλώνονται με όλο και μεγαλύτερη συχνότητα. Συνεπώς, η συμπεριφορά του καταθλιπτικού γίνεται απωθητική και προκαλεί συναισθήματα μνησικακίας και θυμού στα άτομα με τα

οποία συναναστρέφεται. Φυσικά, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι το καταθλιπτικό άτομο υποφέρει, γεγονός που σε συνδυασμό με τα αισθήματα μνησικακίας και θυμού, προκαλεί ενοχές, οι οποίες λειτουργούν ανασταλτικά στην ανοικτή έκφραση αυτής της εκθρότητας. Έτσι στην προσπάθειά τους να μειώσουν τόσο τις ενοχές όσο και τον θυμό τους, τα άτομα με τα οποία έρχονται σε επαφή οι καταθλιπτικοί αντιδρούν απέναντί τους όχι μόνο με καλυμμένη εκθρότητα, αλλά και με ψεύτικο καθουσιασμό και υποστήριξη. Τα καταθλιπτικά άτομα αντιλαμβάνονται τα αντικρουόμενα αυτά μηνύματα, τα οποία εκλαμβάνουν ως απόρριψη και στην προσπάθειά τους να ξανακερδίσουν την υποστήριξη των άλλων χειροτερεύει η κατάστασή τους. Η διαδικασία αυτή συνήθως συνεχίζεται μέχρις του σημείου όπου οι άλλοι απομακρύνονται από τους καταθλιπτικούς. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 127).

Εκτός όμως από τις θεωρίες που ήδη έχουν αναφερθεί και αναλυθεί, η πιο γνωστικά προσανατολισμένη είναι η θεωρία του **Beck** σύμφωνα με τον οποίο διαταραχές του περιεχομένου, της δομής και της λειτουργίας της σκέψης συμβάλλουν καθοριστικά στην έναρξη, στην διαμόρφωση της κλινικής εικόνας και στην διατήρηση της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα ανακάλυψε ότι οι καταθλιπτικοί χαρακτηρίζονται από έναν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης: έχουν την τάση να θεωρούν τον εαυτό τους «χαμένο» και «συνεχώς «μιαταιωμένο», «αποστερημένο» και «εμποδισμένο». Οι προοπτικές τους για το μέλλον, όπως οι ίδιοι τις εκτιμούν, είναι συνήθως σκότείνες και απαισιόδοξες και αισθάνονται σχεδόν ανίκανοι να βελτιώσουν την τύχη τους και εμπλέκονται σε έναν τυπικά σταθερό αρνητικό τρόπο σκέψης όσον αφορά τους εαυτούς τους και το μέλλον τους.

Εκτός από τον αρνητικό τρόπο σκέψης, ο Beck διαπίστωσε ότι οι καταθλιπτικοί κάνουν μερικά λάθη λογικού συλλογισμού και συμπέρανε ότι οι αρνητικές σκέψεις και ιδέες που τυπικά χαρακτηρίζουν τον καταθλιπτικό, όπως και η τάση για αρνητική ερμηνεία των γεγονότων βρίσκονται πιθδνόν στη βάση της καταθλιπτικής διάθεσης. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΛΣ.,1998: 161-162).

Αφού λοιπόν αναφερθήκαμε στη σημασία και την αναγνώριση της κατάθλιψης καθώς και σε ορισμένες θεωρίες γύρω από αυτήν, χρήσιμο θα ήταν να αναφερθούμε στη συνέχεια στα στοιχεία εκείνα που αποτελούν τα χαρακτηριστικά της γνώρισματα και που συνιστούν την συμπτωματολογία της κατάθλιψης.

A2.2 Συμπτώματα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη (Γ.ΒΑΣΣΑΜΑΤΖΗΣ.,2000: 24), όπως συμβαίνει και σε οποιαδήποτε άλλη νόσο, αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία και την χαρακτηρίζουν. Τα καταθλιπτικά αυτά στοιχεία λοιπόν, χαρακτηρίζουν και συναρθώνονται με τις στάσεις του ατόμου σε σχέση με τους άλλους και τον εαυτό του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και μια γενικότερη παθολογική λειτουργία της προσωπικότητας και οφείλονται κατά κύριο λόγο στη διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωστικών λειτουργιών αλλά και των λειτουργιών τού φυτικού νευρικού συστήματος. (Γ.ΤΡΙΚΚΛΣ.,1998: 13).

Η συμπτωματολογία λοιπόν της κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων, που είτε αναπτύσσονται πρόσδευτικά είτε παρουσιάζονται σχετικά αφνίδια και που ποικίλλουν σε σοβαρότητα και διάρκεια. Στην καλύτερη περίπτωση συναντάται η «φυσιολογική» κατάθλιψη, όπου ένα άτομο βιώνει μια μεταβατική περίοδο θλίψης,

που συνήθως δεν διαρκεί περισσότερο από μια εβδομάδα και αποτελεί αντίδραση σε κάποιο συγκεκριμένο και αναγνωρίσιμο στρεσογόνο γεγονός. Όταν η κατάθλιψη φτάσει σε κλινικά επίπεδα, τα συμπτώματα είναι μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, με κύρια χαρακτηριστικά την ψυχοκινητική επιβράδυνση, την απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθεις δραστηριότητες, τα συναισθήματα απελπισίας, αδυναμίας, αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ενοχών. Στην πιο σοβαρή της μορφή η κατάθλιψη αγγίζει τα ψυχωσικά όρια και το άτομο συνήθως παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, ενοχές και απελπισία, πλήρη ανηδονία, ενώ ενδέχεται και να χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα και να αναπτύξει παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και σοβαρή κινητική και ψυχολογική επιβράδυνση. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που ο καταθλιπτικός άρρωστος έχει και ακουστικές ή και οπτικές ψευδαισθήσεις.

Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται συνήθως και με παράπονα για οργανικές ενοχλήσεις ή για ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση, και μπορεί να αποτελούν αντιδράσεις σε προσωπικές εμπειρίες (παραδείγματος χάρη: θλίψη, πένθος), σε αντίξοες κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις (παραδείγματος χάρη: ρατσισμός, φτώχεια) ή ακόμη και σε οργανικές παθήσεις (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 16,27).

Είναι αξιοσημείωτο να αναφέρουμε ότι οι κυριότερες ψυχικές λειτουργίες που διαταράσσονται με την ύπαρξη της κατάθλιψης στον άνθρωπο είναι οι ακόλουθες: **Πρώτον: η προσοχή και η συγκέντρωση:** η έκπτωση της προσοχής είναι σχετικά ελαφρά, αλλά επηρεάζει την αρχική φάση της απόκτησης και της κωδικοποίησης των πληροφοριών και **Δεύτερον: η μνήμη:** οι καταθλιπτικοί

παραπονούνται για εύκολη λησιμόνυση, η οποία συσχετίζεται θετικά με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Οι διαταραχές της μνήμης μπορούν να αφορούν σε: **α)** αναποτελεσματική επεξεργασία των πληροφοριών στη βραχύχρονη μνήμη, ιδίως όταν το πληροφοριακό υλικό δεν είναι δομημένο και απαιτεί προσπάθεια, **β)** αναποτελεσματική μεταφορά των πληροφοριών από την βραχύχρονη στην μακροχρόνια μνήμη και **γ)** έκπτωση της ανάσχυσης των αποθηκευμένων στη μνήμη πληροφοριών. Παρόλα αυτά η έκπτωση της μνήμης δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από μια γενική έκπτωση της προσοχής και επίσης δεν αποτελεί συνέπεια της ελαττωμένης κινητοποίησης των αρρώστων εξαιτίας της κατάθλιψης. (Γ.Ν.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ., 1998: 45).

Σε γενικές γραμμές, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

α) Συμπτώματα σχετικά με το συναισθημά: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εκθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστικότητα.

β) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, κατάθλιπτικό πρόσωπο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.

γ) Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό και στο περιβάλλον: αυτομομφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημπορίας, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

δ) Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης και

ε) Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (νευροφυτικά συμπτώματα): αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας

και εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα.

Ο Klerman, απ' την πλευρά του συνέταξε έναν ανάλυτικό κατάλογο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στον οποίο περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1) Καταθλιπτική διάθεση: Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρουν κάποιο βαθμό θλίψης ή ότι αισθάνονται δυστυχημένοι. Αυτό μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας και της βαθιάς απελπισίας και συχνά περιγράφεται από το άτομο ως μοναξιά, «βαριεστημάρα» ή και παντελή έλλειψη κάθε ελπίδας για βελτίωση της κατάστασης. Οι καταθλιπτικοί θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίει συχνά· μερικοί μάλιστα αναφέρουν ότι αισθάνονται σαν να «κλαίει εσωτερικά».

Συνήθως οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο: οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα απλανές και η έκφραση θλιμμένη. Φαίνονται κουρασμένοι και δίνουν την εντύπωση ότι έχουν ηλικία μεγαλύτερη απ' την πραγματική. Στα αρχικά στάδια, πάντως, μερικοί είναι δυνατόν να μην εμφανίζουν τέτοια χαρακτηριστικά, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή και απόγνωση.

2) Ανηδονία ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθειες δραστηριότητες: Πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπορ και τα λοιπά. Με λίγα λόγια, τίποτα δεν τους ευχαριστεί. Επιπλέον, σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς μπορούν να

βιώσουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι. Οι καταθλιπτικοί συχνά αναφέρουν ότι ακόμη και απλές δραστηριότητες ρουτίνας τους φαίνονται «βουνό» και ότι η απόδοσή τους είναι κατώτερη τόσο των δικών τους προσδοκιών, όσο και των άλλων. Αυτές οι αυτοεκτιμήσεις όμως δεν ανταποκρίνονται πάντα στην πραγματικότητα.

3) Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας: Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν.

4) Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης: Οι καταθλιπτικοί συνήθως μιλούν πολύ αργά, σε σημείο που πολλές φορές η συνέντευξη μαζί τους είναι δύσκολη· αργούν πολύ να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται και, όταν απαντήσουν, αυτό γίνεται συχνά μονολεκτικά και με μεγάλα κενά. Στις βαριές περιπτώσεις φτάνει μέχρι αφωνίας και αλαλίας. Μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή δραστηριότητα και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές.

5) Αλλαγές στην όρεξη: Πολλοί καταθλιπτικοί δεν έχουν όρεξη και χάνουν βάρος. Αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα ακόμη και όταν πρόκειται για το αγαπημένο τους φαγητό. Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών, που κυμαίνεται μεταξύ 70% και 80% υποφέρουν από ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους και η οποία μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική ακόμα για τη ζωή. Αντίθετα ένα

σημαντικό μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών παρουσιάζει αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας.

6) Διαταραχή του ύπνου: Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης και παρουσιάζει τις εντονότερες διαταραχές, τόσο ως προς την έναρξή του (αϋπνία επέλευσης) όσο και ως προς τη συντήρησή του (ενδιάμεση και τελική αϋπνία). Το άτομο που συνήθως αισθάνεται εξαντλημένο, και δεν έχει πρόβλημα να κοιμηθεί, ξυπνά μετά από μερικές ώρες και του είναι αδύνατον να ξανακοιμηθεί. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική (το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Σε μερικές δε περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται δεκαπέντε και πλέον ώρες την ημέρα.

7) Σωματικά παράπονα και δυσφορία: Συχνά οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργάνικά προβλήματα. Σύμφωνα με τον Klerman, μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα που παρουσιάζουν είναι πονοκέφαλος, πόνοι ψηλά στην πλάτη και στο σβέρκο, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι κατά τη διάρκεια της ούρησης και τα λοιπά.

8) Διέγερση: Οι καταθλιπτικοί μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω-κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους κάνουν απότομες κινήσεις και τα λοιπά. Αυτές όμως οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση.

9) Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης: Η απώλεια του ενδιαφέροντος για τη σεξουαλική δραστηριότητα, που στους άνδρες μπορεί να εκφραστεί και με διαταραχή της στύσης, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και τη γενική ανηδονία που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς. Μερικές φορές, βεβαίως, τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλα οργανικά ή ψυχογενή προβλήματα.

10) Μειωμένη ικανότητα σκέψης και σύγκέντρωσης: Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες σύγκέντρωσης. Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά «κολλούν» σε κάποιες σκέψεις, σε σημείο να παρουσιάζουν μερικές φορές ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

11) Συναισθήματα και σκέψεις ανάξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομορφής, ενοχών και ντροπής: Συχνά αυτά τα συμπτώματα αποτελούν ένα κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως προβληματικό σε σχέση με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά τα οποία οι ίδιοι αξιολογούν ως τα πιο σημαντικά (νοημοσύνη, ομορφιά, υγεία και τα λοιπά). Οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρόντος ή του παρελθόντος. Μερικές φορές μάλιστα υπερβάλλουν σε τέτοιο βαθμό τις αποτυχίες ή τα λάθη τους, ώστε δίνουν την εντύπωση ότι ψάχνουν στο περιβάλλον για αποδεικτικά στοιχεία προβλημάτων που οι ίδιοι έχουν δημιουργήσει.

Ειδικότερα, όσον αφορά τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς, εκδηλώνεται με την πεποίθηση του

ατόμου ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι μία «αποτυχία» και μία «απογοήτευση».

12) Άγχος: Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία.

13) Συναισθήματα ανικανότητας, απαισιοδοξίας και απελπισίας: Ο κόσμος, όπως τον αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί, είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σε αυτόν. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 32-37). Βλέπουν έναν κόσμο που έχει υπερβολικές απαιτήσεις από αυτούς, που στερείται χαράς και ικανοποίησης και που παρουσιάζει ανυπέρβλητα εμπόδια στην πραγματοποίηση των στόχων και των φιλοδοξιών τους. Αντιλαμβάνονται με αρνητικό τρόπο την τρέχουσα κατάσταση και τις εμπειρίες τους και ερμηνεύουν τις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον ως αποτυχημένες. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 165).

14) Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας: Πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται τον θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας και θεωρούν ότι είναι η μόνη λύση για να ξεφύγουν από μία πραγματικότητα που τους είναι επώδυνη. Συχνά λένε: «Θα ήθελα να ξεφύγω από όλα αυτά», «Δεν έχω λόγους να θέλω να ζω», «Εύχομαι να μην είχα ποτέ γεννηθεί», «Θα ήθελα να είχα πεθάνει». (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 37) και

15) Αρνητική θεώρηση του μέλλοντος: Οι καταθλιπτικοί περιμένουν ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτή τη στιγμή θα παραμείνουν και θα είναι κατά κάποιον τρόπο τα ίδια για πάντα. Αναφερόμενοι στο μέλλον βλέπουν μία ζωή ατελείωτων δυσκολιών, στερήσεων και ματαιώσεων. Επιπλέον, όταν σκέφτονται να θέσουν σε εφαρμογή κάποιες συγκεκριμένες ενέργειες, περιμένουν την

αποτυχία. Κάποιες εκφράσεις οι οποίες δείχνουν αυτή την αρνητική θεώρηση του μέλλοντος και που χαρακτηρίζουν τους καταθλιπτικούς είναι οι ακόλουθες: «τίποτα δεν πρόκειται ποτέ να μου πάει καλά» ή «το ξέρω το μέλλον μου, δεν έχω τίποτα να περιμένω». (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 165).

Επιπλέον ο υψηλός βαθμός εξάρτησης από τους άλλους φαίνεται ότι χαρακτηρίζει μερικά καταθλιπτικά άτομα τα οποία τείνουν να παρουσιάζουν κατάθλιψη όταν βιώνουν κοινωνική απόρριψη. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 112). Πολλοί άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη είναι πεπεισμένοι ότι πάσχουν από κάποια φοβερή σωματική ασθένεια, παρόλο που δεν έχουν κανένα δείγμα καρκίνου, σύφιλης ή φυματίωσης. Όσοι εξωτερικεύσουν αυτές τους τις σκέψεις θα ομολογήσουν ότι τρέφουν συναισθήματα αδυναμίας και αυτοκατάκρισης που συχνά παίρνουν τη μορφή αυτοκατηγορίας για περασμένα ασημαντα παραπτώματα. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι ότι χειρότερο έχει ο κόσμος και σωριάζουν κατηγορίες πάνω στον εαυτό τους, ειδικά επειδή είχαν εκθρικά συναισθήματα προς το άμεσο περιβάλλον τους. Ο καταθλιπτικός ασθενής θα μπορούσαμε πολύ χαρακτηριστικά να πούμε ότι αντικρίζει τη ζωή και τα γεγονότα που συμβαίνουν ολόγυρά του, σαν να τα βλέπει μέσα από «μαύρους φακούς».

Επιπρόσθετα το κατάθλιπτικό άτομο αισθάνεται ότι η εμφάνισή του έχει αλλάξει και ότι το ίδιο έχει ασχημύνει, πιστεύει ότι είναι στόχος της αντιπάθειας και της εκθρότητας των άλλων και διακατέχεται από ένα δίσθημα έλλειψης βοήθειας. Πιο συγκεκριμένα αισθάνεται πως δεν υπάρχει κανείς στον οποίο μπορεί να στραφεί πραγματικά το άτομο, εφόσον πιστεύει ότι ο περίγυρός του το παραμελεί ή το αγνοεί. (Α.ΣΤΟΡ., 1979: 111). Ωστόσο είναι σημαντικό

να αναφερθεί ότι η συμπεριφορά του καταθλιπτικού μπορεί να χαρακτηρίζεται από ένα μέχρι και έξι προβλήματα στη συμπεριφορά αυτοελέγχου και τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

Πρώτον: όσον αφορά την αυτοκαταγραφή, τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επιλεκτικά την προσοχή τους στα αρνητικά γεγονότα που ακολουθούν τη συμπεριφορά τους, σε σημείο σχετικού αποκλεισμού των θετικών γεγονότων. Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί ίσως να εξηγήσει την απαισιοδοξία και την σκυθρωπή εμφάνισή τους,

Δεύτερον: τα καταθλιπτικά άτομα εστιάζουν επίλεκτικά την προσοχή τους στις άμεσες συνέπειες της συμπεριφοράς τους.

Τρίτον: τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα σε ό,τι αφορά τη διαδικασία της αυτοεκτίμησής τους γιατί συχνά δεν καταφέρνουν να φτάσουν τους στόχους τους με αποτέλεσμα να εκτιμούν τους εαυτούς τους αρνητικά και με έναν σφαιρικό και υπεργενικευμένο τρόπο.

Τέταρτον: ένα άλλο στοιχείο που δημιουργεί πρόβλημα και έχει να κάνει με την αυτοεκτίμηση είναι το γεγονός ότι οι καταθλιπτικοί φαίνεται να έχουν δυσκολίες στην ακριβή και σωστή απόδοση αιτιών ή ευθυνών για τις επιδόσεις και τα επιτεύγματά τους. Έτσι, όταν η επίδοσή τους είναι πετυχημένη, συχνά αποδίδουν αυτή την επιτυχία τους σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι η τύχη ή η ευκολία της συγκεκριμένης δραστηριότητας και αρνούνται κατά κάποιον τρόπο να δεχτούν την αναγνώριση και την τιμή που τους αναλογεί για την επιτυχία τους. Αντίθετα, οι καταθλιπτικοί τείνουν να αποδίδουν τα αίτια για τις αποτυχημένες προσπάθειές τους σε εσωτερικούς παράγοντες, όπως έλλειψη δεξιοτήτων και προσπάθειας και παίρνουν όλη την ευθύνη της αποτυχίας τους, ακόμη και όταν κάτι τέτοιο δεν ισχύει.

Πέμπτον: όσον αφορά την αυτοενίσχυση, οι καταθλιπτικοί δεν δίνουν την απαραίτητη ενίσχυση στους εαυτούς τους ώστε να διατηρήσουν τις καλά προσαρμοσμένες συμπεριφορές τους. Είναι πιθανό αυτό το χαμηλό ποσοστό αυτοενίσχυσης να εξηγήσει έν μέρει τα χαμηλά επίπεδα γενικής δραστηριότητας καθώς και την έλλειψη επιμονής που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη και

Έκτον: εκτός από την έλλειψη επαρκούς αυτοεκτίμησης, φαίνεται ότι οι καταθλιπτικοί εφαρμόζουν υπερβολικά αυστηρές τιμωρίες στους ίδιους τους εαυτούς τους, γεγονός που τελικά καταλήγει σε υπερβολική ανασιολή. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 138-139).

Εφόσον αναλύσαμε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάθλιψης, θα ήταν εξίσου σημαντικό να αναφέρουμε και τα γνωστικά λάθη που κάνουν οι καταθλιπτικοί σχετικά με την ερμηνεία των πληροφοριών. Τα πιο σημαντικά λοιπόν από αυτά σύμφωνα με τον Beck και τους συνεργάτες του είναι:

α)Αυθαίρετα συμπεράσματα: διαδικασία εξαγωγής ενός συμπεράσματος με ανεπαρκή ή και ανύπαρκτα στοιχεία, ή ακόμα και όταν τα διαθέσιμα στοιχεία είναι αντίθετα προς το συμπέρασμα. Μέσα από αυτό τον τύπο λαθών λογικής ο καταθλιπτικός καταλήγει σε αρνητικά και αυθαίρετα συμπεράσματα για διάφορες καταστάσεις.

β)Επιλεκτική αφαίρεση: επικέντρωση σε μία λεπτομέρεια η οποία αποσπάται από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται και έτσι το άτομο, αγνοώντας άλλα πιο σημαντικά και φανερά χαρακτηριστικά της κατάστασης, ξανασυλλαμβάνει την όλη κατάσταση με βάση τη συγκεκριμένη λεπτομέρεια. Μέσα από την επιλεκτική αφαίρεση, ο καταθλιπτικός συστηματικά επικεντρώνεται στις αρνητικές πλευρές των καταστάσεων και μπορεί να αντιληφθεί ένα ολόκληρο γεγονός ως

αρνητικό επικεντρώνοντας την προσοχή του σε ένα δευτερεύον και σχετικά ασήμαντο αρνητικό στοιχείο.

γ)Υπεργενίκευση ή υπερβολική γενίκευσή: διαδικασία εξαγωγής ενός γενικού και σφαιρικού συμπεράσματος με βάση ένα μοναδικό και ίσως ασήμαντο συμβάν. Μέσα από την υπεργενίκευση το άτομο μπορεί να διαμορφώσει μια πεποίθηση ή έναν κανόνα βασισμένο σε ένα συγκεκριμένο γεγονός και στη συνέχεια να το εφαρμόσει αδικαιολόγητα σε άλλες ανόμοιες καταστάσεις. Παραδείγματα υπεργενίκευσης είναι: «Αυτό πάντα μου συμβαίνει» ή «Το ξερα ότι θα πάρω χαμηλό βαθμό σε αυτό το μάθημα, αφού είμαι βλάκας».

δ)Μεγέθυνση και ελαχιστοποίηση: ανακριβής εκτίμηση της σχετικής σπουδαιότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος. Με άλλα λόγια η μεγέθυνση και η ελαχιστοποίηση αναφέρονται στην τάση των κατάθλιπτικών ατόμων να υπερβάλουν τη σημασία των αρνητικών εμπειριών, ενώ ταυτόχρονα υποτιμούν το μέγεθος και τη σημασία των θετικών εμπειριών.

ε)Προσωποποίηση: τάση του ατόμου να αποδίδει εξωτερικά πράγματα και γεγονότα στον εαυτό του, παρά τα υπάρχοντα στοιχεία που υποστηρίζουν το αντίθετο. Ο καταθλιπτικός στην προκειμένη περίπτωση τείνει να αποδίδει στον εαυτό του αρνητικά και εξωτερικά προς αυτόν γεγονότα, με τα οποία στην πραγματικότητα δεν έχει σχέση και

στ)Διχοτομική σκέψη: τάση του ατόμου να σκέπτεται με απόλυτο τρόπο του τύπου ή όλα ή τίποτα (μαύρο ή άσπρο). Το άτομο που χρησιμοποιεί αυτό το λάθος λογικής τείνει να κρίνει τις εμπειρίες και τα γεγονότα με τρόπο άκαμπτο και διχοτομικό, έτσι ώστε είτε όλα θα είναι καλά είτε όλα κακά. Ένα παράδειγμα διχοτομικής σκέψης είναι:

«Αν με παρατήσει, μπορεί και να πεθάνω». (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 170-171).

Άτομα επομένως που παρουσιάζουν κατάθλιπτικά συμπτώματα συχνά χρειάζονται κλινική παρακολούθηση, έστω και αν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια μιας καταθλιπτικής διαταραχής. Τα άτομα όμως που εκδηλώνουν το λιγότερο τέσσερα από τα ακόλουθα συμπτώματα (**Πίνακας Ι**) σε καθημερινή βάση για περισσότερο από δυο εβδομάδες ή των οποίων οι λειτουργίες έχουν επηρεαστεί βλαβερά από τα συγκεκριμένα συμπτώματα θα θεωρηθεί ότι υποφέρουν από καταθλιπτική δυσλειτουργία.

Πίνακας Ι. Συμπτώματα Κατάθλιψης

Λυπημένη, ανήσυχη διάθεση ή αίσθημα «κενού»
Έλλειψη ενδιαφέροντος σε καθημερινές δραστηριότητες.
Κόπωση και ελαττωμένη ενέργεια.
Ανωμαλίες στον ύπνο(αϋπνία, πρόωρο ξύπνημα ή μεγάλη υπνηλία).
Διαταραχές στη διατροφή (ανορεξία ή βδουλμία).
Δυσκολία στην συγκέντρωση, στη μνήμη, στη λήψη αποφάσεων.
Αισθήματα ενοχής και αναξιότητας.
Αισθήματα απελπίσιας, απόγνωσης και απαισιοδοξίας.
Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.
Ευερεθιστικότητα.
Ευσυγκινησία.
Αυξημένη τεμπελιά.
Χρόνιοι και διάσπαρτοι σωματικοί πόνοι, μη ανταποκρινόμενοι σε θεραπεία.

Πηγή:

(P.H.D., G.D.OSTER., M.S.W., S.S.MONTGOMERY., 1995: 45)

Στη συνέχεια, και εφόσον ολοκληρώσαμε με το κεφάλαιο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, θα ήταν χρήσιμο και σημαντικό να δούμε τον διαχωρισμό που κάνουν οι γιατροί ως προς τα είδη, στα οποία διακρίνεται η κατάθλιψη.

A3 Μορφές με τις οποίες μπορεί να εμφανιστεί η κατάθλιψη:

Παραδοσιακά, οι ψυχολογικές διαταραχές, ανάλογα με την σοβαρότητά τους, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν είτε ως ψυχωσικές είτε ως νευρωσικές γεγονός όμως που δεν αποκλείει και την ταξινόμησή τους σε κάποιες άλλες μορφές.

Η διαφοροποίηση ψυχωσικών και νευρωσικών διαταραχών στηρίζεται κυρίως στην επαφή που έχει το άτομο με την πραγματικότητα, καθώς και στη ικανότητά του να αντιλαμβάνεται και να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του με έναν σχετικά αποτελεσματικό τρόπο. Οι νευρωσικοί ναι μεν μπορεί να έχουν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή λειτουργία τους, αλλά δεν χάνουν την επαφή τους με την πραγματικότητα. Αντίθετα στις ψυχώσεις (παραδειγματος χάρη στη σχιζοφρένεια), η αντίληψη του ατόμου όσον αφορά την πραγματικότητα που το περιβάλλει είναι πολύ σοβαρά αλλοιωμένη. Πολλοί ψυχωσικοί έχουν παραληρητικές ιδέες ή λαθεμένα «πιστεύω», παραισθήσεις ή μη ανταποκρινόμενες στην πραγματικότητα αντιλήψεις. Άλλοι πάλι αποσύρονται σε ένα δικό τους ιδιωτικό κόσμο. Σε όλες πάντως τις περιπτώσεις η αίσθησή της πραγματικότητας που έχει ο ψυχωσικός είναι σοβαρά αποδυναμωμένη, έτσι ώστε το άτομο δεν μπορεί να επιτύχει ούτε την ελάχιστη εκείνη λειτουργικότητα που θα του επέτρεπε μια στοιχειώδη προσαρμογή, εφόσον οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες ή η σοβαρού βαθμού απόσυρση δυσκολεύουν στην ουσία τις διόδους επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και του

περιβάλλοντός του. Η νευρωσική κατάθλιψη, αντίθετα, παρά την έντονα αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει στη ζωή ενός ατόμου, του επιτρέπει να έχει επίγνωση του τι συμβαίνει γύρω του και να παρουσιάζει μια σχετική λειτουργικότητα. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 51-52).

Επιπρόσθετα οι ειδικοί κάνουν λόγο και για τις ακόλουθες μορφές κατάθλιψης που μπορεί να εμφανιστούν σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής του ανθρώπου. Αυτές είναι:

α)η ενδογενής κατάθλιψη: Αναφέρεται στις μορφές κατάθλιψης που πιστεύεται ότι προκαλούνται από βιολογικές αιτίες. Παρουσιάζεται ξαφνικά και οφείλεται σε πολυετές άγχος που έχει όμως αιτίες βαθιά ριζωμένες μέσα στο χρόνο. Ενδογενής κατάθλιψη μπορεί να παρουσιαστεί κατά την διάρκεια της λοχείας ή της εμμηνόπαυσης, κατά την διάρκεια κάποιας ασθένειας, λόγω ορμονικών διαταραχών ή λόγω λήψης κάποιων συγκεκριμένων ειδών φαρμάκων.

Τα συμπτώματα της ενδογενής καταθλίψεως παρουσιάζονται κυρίως σωματοποιημένα. Πιο συγκεκριμένα οι καταθλιπτικοί, της συγκεκριμένης κατηγορίας, εμφανίζουν πολλά νευροφυτικά ή οργανικά συμπτώματα, όπως απώλεια βάρους και σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ψυχοκινητική επιβράδυνση και διαταραχή του ύπνου. Η ενδογενής κατάθλιψη επίσης παρουσιάζει ημερήσια διακύμανση δυσφορικών συναισθημάτων και επεισοδιακό χαρακτήρα με διαλείμματα ομαλότητας μεταξύ των επεισοδίων. Μια ενδογενής κατάθλιψη εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί ορισμένες φορές να αγγίξει τα όρια της ψύχωσης. Στην περίπτωση αυτή ο καταθλιπτικός άρρωστος βιώνει συναισθήματα άναξιότητας ή ενοχής και έχει έμμονες ιδέες, οι οποίες μπορούν να φτάσουν ως το παραλήρημα, ακόμη και ως τις ψευδαισθήσεις. Ιδιαίτερα επικίνδυνες

είναι οι ιδέες της αυτοκτονίας, οι οποίες τις πιο πολλές φορές δεν παραμένουν στο επίπεδο της σκέψης, αλλά θέτονται σε εφαρμογή.

Ο καταθλιπτικός και ιδίως ο πάσχων από ενδογενή κατάθλιψη ασθενής ενδέχεται να παρουσιάσει μανιοκαταθλιπτική διαταραχή. Ο άρρωστος είναι υπερκινητικός και ασυνάρτητος, έχει ψευδαισθήσεις και κάνει κάθε επαφή με την πραγματικότητα.

Συνήθως όμως η συγκεκριμένη μορφή κατάθλιψης εμφανίζεται βαθμιαία ως μια υπομανιακή κατάσταση. Αρχικά ο άρρωστος είναι θερμός, επιδεικτικός και ευχάριστος, χωρίς να νιώθει ότι του συμβαίνει κάτι περίεργο. Στη συνέχεια όμως, γίνεται ενοχλητικός, ανυπόμονος, παράλογος. Σε μία οξεία φάση της διαταραχής όλα αυτά τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα και εμφανέστερα.

β)η αντιδραστική κατάθλιψη: Παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι η ενδογενής και προκαλείται από περιβαλλοντικούς κυρίως παράγοντες, που συχνά ερμηνεύονται ως ψυχολογικοί. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 55-56). Συνήθως ενέχει το στοιχείο του άγχους και οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες από τους άντρες. Στην αντιδραστική κατάθλιψη κυριαρχεί έντονα το αίσθημα της απώλειας, το οποίο όμως ενδέχεται να μην είναι ιδιαίτερα εμφανές. Όταν λέμε απώλεια δεν εννοούμε μόνο το να χάσει κάποιος ένα αγαπημένο του πρόσωπο, γιατί απώλεια μπορεί να αποτελέσει και μία μετάκλιση ή μια αλλαγή συνηθειών, ή οτιδήποτε άλλο πού φέρνει αντιμέτωπο το άτομο με κάποια αλλαγή, την οποία δεν είναι ίσως ακόμη έτοιμο να αποδεχτεί.

Αυτό που συνήθως συμβαίνει είναι ότι το άτομο συσσωρεύει μέσα του αρνητικά συναισθήματα για κάποιο διάστημα, έτσι ώστε και μια μικρή αιτία μπορεί να αποτελέσει την αφορμή για την εκδήλωση αντιδραστικής κατάθλιψης. Τα κυριότερα και συχνότερα συμπτώματα

που εμφανίζουν οι πάσχοντες της αντιδραστικής κατάθλιψης είναι ότι καταφεύγουν στο φαγητό προκειμένου να νιώσουν ανακούφιση και ότι ξυπνούν σε φυσιολογικές ώρες, παρόλο που το βράδυ δυσκολεύονται να κοιμηθούν.

γ)η συγκαλυμμένη κατάθλιψη: Εμφανίζεται κυρίως με ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Στην κλινική εικόνα πολλές φορές κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, ενώ τα ψυχικά εκδηλώνονται με υποκλινική μορφή. Συχνά σωματικά συμπτώματα είναι η ζάλη, η ξηροστομία, η πίεση στο στήθος, ιδρώτες, διαταραχές του σφυγμού, η δυσκοιλιότητα ή η διάρροια, η συχνουρία και άλλα.

Η κλινική συμπτωματολογία της συγκαλυμμένης κατάθλιψης διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο και διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία. Στους εφήβους συχνότερα συνυπάρχουν εκδηλώσεις όπως ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, ενώ αρκετά συχνές είναι και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής δηλαδή ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία. (Ε.Χ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.,1998: 88 και 89).

δ)η παραληρητική κατάθλιψη: Τα κλινικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν αυτό το είδος της κατάθλιψης είναι οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών είναι συνήθως ενοχικό, μηδενισμού, επικείμενων καταστροφών, πτώχευσης και παρανοϊκό.

Οι ψευδαισθήσεις σπάνια συναντώνται χωρίς την παρουσία παραληρητικών ιδεών. Συχνότερα συναντώνται οι οπτικές, οι ακουστικές και οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις.(Ε.ΛΥΚΟΥΡΑΣ.,1998:95).

ε)η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή: η οποία μοιάζει να είναι συνδεδεμένη με τη μείωση της διάρκειας της ημέρας κατά τον χειμώνα.

στ)η επιλόχεια κατάθλιψη: Πενήντα με εβδομήντα πέντε τοις εκατό όλων των γυναικών, μετά τον τοκετό, βιώνουν την "επιλόχεια κακοδιαθεσία".

ζ)η άτυπη κατάθλιψη: Η άτυπη κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα που είναι αντίθετα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, που έχουν ήδη αναφερθεί. Για παράδειγμα αντί να κοιμάται κανείς λιγότερο, κοιμάται περισσότερο· αντί να χάνει βάρος, βάζει· αντί να έχει μειωμένη ενεργητικότητα, έχει υπερενεργητικότητα. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από άτυπη κατάθλιψη τείνουν, κατά κύριο λόγο, να είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην απόρριψη και

η)η διπλή κατάθλιψη: Κάποιος χαρακτηρίζεται ότι έχει διπλή κατάθλιψη στην περίπτωση κατά την οποία υποφέρει ταυτόχρονα και από χρόνια αλλά και από μείζονα κατάθλιψη. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι χρόνιες καταθλίψεις μπορεί να συνεχίζονται για αρκετά χρόνια, ακόμα και δεκαετίες, σε αντίθεση με τις μείζονες καταθλίψεις που έχουν μια αρχή, ένα μέσο και ένα τέλος. (H.H.BLOOMFIELD.,MD.,P.MCWILLIAMS., 1997: 48,50).

Οι Harold H. Bloomfield και Peter McWilliams στο βιβλίο τους "Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη", (1997:38) θεωρούν ότι οι τρεις βασικοί τύποι της κατάθλιψης είναι οι εξής:

(α) Η Μείζων κατάθλιψη: Όταν εμφανιστεί κρατάει για πολλούς μήνες και αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα έχει την τάση να ξαναεμφανίζεται. Κάθε επανεμφάνιση έχει μεγαλύτερη διάρκεια και καταβάλλει τον άνθρωπο περισσότερο από την προηγούμενη. Στις

Μείζονες καταθλίψεις εμφανίζονται διαταραχές των νοητικών λειτουργιών, όπως διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής. Υπάρχουν εμφανείς διαταραχές της μνήμης: εύκολη λησμόνυση, έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης, ακαμψία στην επεξεργασία των πληροφοριών καθώς και μειωμένη ροή και ποσότητα του λόγου και καθυστέρηση στις απαντήσεις, οι οποίες είναι συχνά μονολεκτικές και μονοσύλλαβες. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999: 38,39)

(β) Η Χρόνια κατάθλιψη: Πολλοί άνθρωποι την έχουν σχεδόν σε όλη τους τη ζωή. Είναι γνωστή και σαν δυσθυμία-δυσ, που σημαίνει δυσλειτουργία σύμφωνα με την ελληνική ρίζα, και θυμία, από την ελληνική λέξη θυμός που σημαίνει ψυχική διάθεση. Δυσθυμία λοιπόν είναι η δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης ενός ατόμου και τέλος

(γ) Η Μανιοκατάθλιψη: Στην περίπτωση αυτή, η εκδήλωση της κατάθλιψης, μπορεί να εναλλάσσεται με μέρες ή εβδομάδες μανίας τις οποίες χαρακτηρίζουν υπερβολική έξαρση, αδικαιολόγητες μεγαλεπίβολες σκέψεις που, πολλές φορές, συνοδεύονται και από ακραίες ή επικίνδυνες πράξεις. Είναι επίσης γνωστή σαν διπολική κατάθλιψη, γιατί το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται ταυτόχρονα μεταξύ της κακής διάθεσης και της μεγάλης χαράς, με απρόβλεπτες γρήγορες μεταστροφές από την μία κατάσταση στην άλλη. (H.H.BLOOMFIELD., M.D.,P.McWILLIAMS.,1997: 38).

A3.1 Ταξινόμηση Καταθλιπτικών Συνδρόμων

Για πολλούς αιώνες, αλλά και σήμερα ακόμη, ένα κύριο μέλημα των κλινικών είναι η θέσπιση διαγνωστικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό των καταθλιπτικών διαταραχών. Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων παρουσιάζει δυσκολίες και αποτελεί

αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διαφωνιών. Η κυριότερη αιτία για τις υπάρχουσες διαφωνίες οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα αντιλαμβάνονται την αιτιολογία της κατάθλιψης, η οποία και αντανάκλαται στα συστήματα ταξινόμησης που προτείνουν.

Εξαιρέση όμως στην παραπάνω τακτική αποτελούν τα συστήματα ταξινόμησης που προτείνουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ICD-10) και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-IV), (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 50) τα οποία είναι καθαρά περιγραφικά και όχι αιτιοπαθογενετικά. Τόσο το ICD-10 όσο και το DSM-IV αποτελούν αυτή τη στιγμή τα πιο σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών όπου η ταξινόμηση γίνεται με βάση τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, αν και το ιδανικότερο θα ήταν η ταξινόμηση να βασίζεται στις αιτίες που προκαλούν αυτές τις διαταραχές. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 28). Θα ήταν ίσως σημαντικό να αναφέρουμε κάποια στοιχεία για το καθένα από τα ταξινομικά συστήματα ξεχωριστά ώστε να αποκτήσουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα και να τα κατανοήσουμε καλύτερα.

• Ταξινομικό σύστημα ICD-10

Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που δημοσιεύθηκε το 1992, η κατάθλιψη υπάγεται στις λεγόμενες «διαταραχές της διάθεσης» ή συναισθηματικές διαταραχές και στις ομοιότητες υπάγονται οι ακόλουθες:

1. Το Μανιακό επεισόδιο, **2.** Η Διπολική συναισθηματική διαταραχή, για την διάγνωση της οποίας είναι απαραίτητη η ύπαρξη επανειλημμένων (τουλάχιστον δυο) επεισοδίων όπου το κάθε επεισόδιο θα έχει διάρκεια τουλάχιστον δυο εβδομάδων, **3.** Το Καταθλιπτικό

επεισόδιο, 4.η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, στα πλαίσια της οποίας υπάγεται η ανυδραστική κατάθλιψη, 5.Οι επίμονες διαταραχές της διάθεσης, στις οποίες υπάγεται η νευρωσική κατάθλιψη (με διάρκεια μεγαλύτερη των δύο ετών) προσεγγίζοντας εννοιολογικά τη δυσθυμία. Στα πλαίσια όμως των επίμονων διαταραχών της διάθεσης, εκτός από τη δυσθυμία, περιλαμβάνεται και η κυκλοθυμία, 6.άλλες διαταραχές της διάθεσης και 7.μη καθοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης.

• Ταξινομικό σύστημα DSM-IV

Το «διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών» της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), που δημοσιεύθηκε το 1994, διαχωρίζει τις καταθλιπτικές διαταραχές κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες: (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.,1998:9).

1.Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο): Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται τουλάχιστον από πέντε από τα συμπτώματα που θα ακολουθήσουν, από τα οποία το ένα απαραίτητως πρέπει να είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης και τα οποία διαδράμουν κατά την διάρκεια ενός τουλάχιστον δεκαπενθήμερου. Τα συμπτώματα λοιπόν είναι:**α)**Καταθλιπτικό συναίσθημα κατά την διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους της ημέρας, **β)**Εκσεσημασμένη μείωση ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, **γ)**Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους, από μείωση ή αύξηση της όρεξης, σχεδόν κάθε ημέρα, **δ)**αϋπνία ή υπέρυπνια σχεδόν κάθε ημέρα, **ε)**Ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή σχεδόν κάθε ημέρα, **στ)**κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα,

ζ) Συναισθήματα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ενοχής σχεδόν κάθε ημέρα, **η)** Δυσκολία στη συγκέντρωση και στη λειτουργία της σκέψης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε ημέρα, και **θ)** Επαναληπτικές σκέψεις θανάτου, επαναληπτικές αυτοκαταστροφικές σκέψεις χωρίς ή με συγκεκριμένο σχέδιο ή αυτοκαταστροφική απόπειρα.

Τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούν συναισθήματα κακής διάθεσης και δυστυχίας στον πάσχοντα και παρεμβαίνουν καθοριστικά στην προσωπική, κοινωνική, επαγγελματική και γενική λειτουργικότητα του ατόμου.

2. Μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο: Τα διαγνωστικά κριτήρια για το μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: **α)** την ύπαρξη ενός και μοναδικού καταθλιπτικού επεισοδίου, **β)** το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν βρίσκεται στα πλαίσια σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και **γ)** δεν έχει προϋπάρξει μανιακό, υπομανιακό ή μικτό επεισόδιο.

3. Δυσθυμική διαταραχή: Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση σχεδόν όλη την ημέρα επί τουλάχιστον δύο χρόνια. Ο πάσχων παραπονείται ότι αισθάνεται συνεχώς θλιμμένος, αλλά η θλίψη του είναι περισσότερο, υποκειμενική και λιγότερο αντικειμενική. (Γ.ΤΡΙΚΚΑΣ., 1998: 15-16, 18-19). Κατά την διάρκεια της καταθλιπτικής διάθεσης είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν τουλάχιστον δυο από τα ακόλουθα συμπτώματα ώστε να μπορούμε να κάνουμε λόγο για δυσθυμική διαταραχή: **(α)** μειωμένη όρεξη ή αυξημένη λήψη τροφής, **(β)** αϋπνία ή υπερυπνία, **(γ)** μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, **(δ)** χαμηλή αυτοεκτίμηση, **(ε)** μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και **(στ)** συναισθήματα απελπισίας. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999: 42).

Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται σε τέτοια βαρύτητα ώστε να πληρούνται τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

4.Μη προσδιοριζόμενη αλλιώς καταθλιπτική διαταραχή: Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως: **(α)**η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, **(β)**η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, **(γ)**η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, όπου τα συμπτώματα ναί μεν μπορεί να είναι ικανής βαρύτητας αλλά δεν διαρκούν τόσο ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, και **(δ)** η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή. (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΛΟΥΛΟΥ.,1998: 10).

5.Κυκλοθυμική διαταραχή: Συνήθως αρχίζει πριν από την ηλικία των 21 ετών και η έναρξή της είναι βραδεία και αθόρυβη. Χαρακτηρίζεται από εναλλαγή υποκλινικών φάσεων κατάθλιψης και υπομανίας και μπορεί να θεωρηθεί ως μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Τα διαγνωστικά κριτήρια της κύκλοθυμίας είναι τα ακόλουθα: **α)**η ύπαρξη μεγάλου αριθμού υπομανιακών φάσεων που εναλλάσσονται με περιόδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε διάστημα τουλάχιστον δυο ετών ή τουλάχιστον ενός έτους, **β)**κατά την διάρκεια των δυο πρώτων ετών της κύκλοθυμίας είναι χαρακτηριστική η μη ύπαρξη μανιακού, μικτού ή μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, και **γ)**τα συμπτώματά της δεν οφείλονται σε άμεση επίδραση κάποιας ουσίας ή σε μια σωματική πάθηση ενώ προκαλούν αίσθημα δυστυχίας στον πάσχοντα και επηρεάζουν την προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητά του.(Γ.ΤΡΙΚΚΑΣ.,1998: 20).

6.Καταθλιπτική διαταραχή λόγω σωματικής νόσου.

7.Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών και

8. Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση. (Σ.Χ. ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999: 41).

Ωστόσο, στο ταξινομικό σύστημα DSM-IV διακρίνονται δύο κυρίως τύποι κατάθλιψης: η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμική διαταραχή, για τις οποίες ήδη έχουμε κάνει λόγο.

Πριν να ολοκληρώσουμε το συγκεκριμένο κεφάλαιο και εφόσον αναλύσαμε τα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ναι μεν μπορεί να υπάρχουν εμφανείς ομοιότητες μεταξύ των συστημάτων ταξινόμησης των καταθλιπτικών συνδρόμων, αλλά υπάρχουν και πολλές διαφορές.

Β' Η Κατάθλιψη στην εφηβεία.

Μέσα στο φάσμα των ηλικιών της ζωής του ανθρώπου η εφηβεία κατέχει θέση ευδιάκριτη και χαρακτηριστική. Είναι η ηλικία με τα έντονα χρώματα των ανάπτυξιακών κρίσεων και αλλαγών, αλλά και της πρωτότυπης ατομικής και κοινωνικής παρούσας κάθε αγοριού και κάθε κοριτσιού. (Γ.Ε. ΚΡΑΣΛΑΝΑΚΗΣ., 1992:50).

Σε όλες τις ιστορικές περιόδους και σε όλες τις χώρες η εφηβεία εθεωρείτο ως η ηλικιακή γεμάτη από προβλήματα, από αμφισβητήσεις και από δυσχέρειες και για τους ίδιους τους εφήβους αλλά και για τους γονείς και για το ευρύτερο περιβάλλον. (Θ. ΔΡΑΓΩΝΑ., Μ. ΝΤΑΒΟΥ., XX: 9).

Ενδιαφέρον για την εφηβική ηλικία εκδηλώθηκε σε όλες τις εποχές.

Ο **Ξενοφών** (Κ.Γ.ΜΑΝΟΣ.,(β)1986:64) στην Κύρου Παιδεία διακήρυσσε πως: "Η ηλικία αυτή μάλιστα επιμελείας δέεται".

Ο **Πλάτων** τόνιζε πως η γνώση της φύσης και των αναγκών των παιδευομένων διευκολύνει το έργο της αγωγής.

Ο **Σωκράτης** ενδιαφέρθηκε για την ηθική και πνευματική ανάπτυξη των νέων. Δικαιολογημένα ο Πλάτων θεωρούσε το Σωκράτη "Της εφηβικής ηλικίας διδάσκαλο".

Ο **Αριστοτέλης** στο έργο του "Περί της ψυχής" διερεύνησε την ψυχοσύνθεση των νέων και στο έργο του "Αι περί τα ζώα ιστορίαι" αναφέρθηκε στη σωματική εξέλιξη του εφήβου. Οι παρατηρήσεις του αυτές ισχύουν σε γενικές γραμμές και σήμερα. Στους νεότερους χρόνους συνεχίστηκε το ενδιαφέρον για την εφηβική ηλικία, ενώ το επιστημονικό ενδιαφέρον άρχισε να εκδηλώνεται στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με τις εργασίες του Stanley Hall που θεωρούσε την εφηβική ηλικία σαν ένα από τα μαγευτικότερα θέματα για μελέτη. Το 1904 δημοσίευσε το βιβλίο του "Η εφηβεία" στο οποίο κάνει λόγο για τις φυσιολογικές και γενετικές μεταβολές κατά την εφηβεία.

Στην Ελλάδα η καθαρά επιστημονική προσπάθεια μελέτης της εφηβικής ηλικίας άρχισε το 1923 με τη δημόσια έκδοση μιας εργασίας του Γ. Σακελλαρίου για την επαγγελματική κατεύθυνση και μια σειρά άλλων εργασιών και ερευνών.(Κ.Γ.ΜΑΝΟΣ.,(α)1986:20)

Β1 Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας - Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η εφηβεία αποτελεί μία αναπτυξιακή περίοδο της ζωής του ατόμου που διέρχεται από ορισμένες φάσεις που διαφοροποιούνται ως προς τον χρονικό προσδιορισμό τους μεταξύ των εφήβων.

Με βάση τον **Παρασκευόπουλο** (Χ.Χ:15-16) η εφηβεία πραγματοποιείται σε δυο επιμέρους φάσεις: **1)**στην κυρίως εφηβεία (11-16 ετών) όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δομές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο και **2)** στην εφηβική νεότητα (16-20 ετών) 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.

Οι **Μάνος** (1988:45) και **Τσιάντης** (1991:45-46) διαιρούν την εφηβική ηλικία σε τρεις φάσεις: **1)**στην πρώιμη εφηβική ηλικία (από 10½-11 μέχρι 14), **2)**στη μέση εφηβική ηλικία (από 14 μέχρι 16-17) και **3)**στην όψιμη εφηβική ηλικία (από 16-17 μέχρι 20-21).

Σύμφωνα με την **Hurlock** (Κ.Γ.ΜΑΝΟΣ.,(α)1986: 66) η εφηβεία υποδιαιρείται σε δυο φάσεις : **1)**στην πρώιμη εφηβική ηλικία από 13-16 για τα κορίτσια και από 14-17 για τα αγόρια και ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος» και **2)** στην όψιμη εφηβική ηλικία από 17-20 για τα κορίτσια και από 18-20 για τα αγόρια και ο έφηβος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος».

Ο **M.Debesse** στο βιβλίο του «Η εφηβεία» κάνει λόγο για δυο διαδοχικές περιόδους της εφηβείας:**1)**την προέφηβεία (12 μέχρι 15/16 ετών) και **2)**την νεανική έξαρση (15/16 μέχρι 20ετών).

Αντίθετα ο **G.Cruchon** στο βιβλίο του «Παιδαγωγική Ψυχολογία» κάνει λόγο για τρεις φάσεις της εφηβείας: **1)**τη φάση της προετοιμασίας (11/12 με 13/14 ετών), **2)**τη φάση των έντονων αλλαγών (13-14 με 16/17 ετών) και **3)**τη φάση της κάμψης των κρίσεων (16/17 με 21 ετών).(Γ.Ε.ΚΡΑΣΑΝΑΚΗΣ.,1992:20).

Εκτός από τα χρονικά όρια που προτείνουν διάφοροι ψυχολόγοι για την διάρκεια της εφηβείας, υπάρχει μια πιο γενική διαίρεση (Γ.Ε.ΚΡΑΣΑΝΑΚΗΣ.,1992: 24-27) με βάση την οποία η εφηβεία διαρκεί οκτώ περίπου χρόνια και εκτείνεται από το 12^ο έως το 18^ο ή και το 20^ο έτος της ζωής του ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα στα 12 χρόνια το κορίτσι αφήνει αυτό που λένε τρίτη παιδική ηλικία και περνά στην εφηβεία. Αντίθετα το αγόρι θα κάνει το ίδιο ύστερα από ένα ή δυο χρόνια. Παρόμοια και στο χρονικό προσδιορισμό λήξεως της εφηβείας θα έχουμε μια διαφορά ενός ή δυο ετών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν εφηβείες πρόωμες και εφηβείες καθυστερημένες. Τα κορίτσια ωριμάζουν νωρίτερα από τα αγόρια. Η εξέλιξη των κοριτσιών προηγείται εκείνης των αγοριών κατά δυο περίπου χρόνια.

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία δεν αποτελεί ένα ιδιαίτερο, ευδιάκριτο, αναπτυξιακό στάδιο. Δεν αναγνωρίζουν ως έγκυρη την άποψη ότι κατά την εφηβεία το παιδί αποκτά μια καινούργια προσωπικότητα. Αντίθετα υποστηρίζουν ότι το παιδί συμμορφώνεται σταδιακά και ανεπαίσθητα σε έφηβο και ο έφηβος το ίδιο σταδιακά γίνεται ενήλικας. Κάποιοι άλλοι διαφωνούν. Για τον μη ειδικό η εφηβεία σχετίζεται απλώς με την διαδικασία της ανάπτυξης: είναι η μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία.

Συμπίπτει σε γενικές γραμμές με τα χρόνια πουάτο παιδί φοιτά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λίγο πιο νωρίς και λίγο πιο αργά μεταξύ 10-20 χρονών) με την διαφορά ότι η χρονική διάρκεια της εφηβείας ποικίλλει από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Ο **Drever** (Κ.Γ.ΜΑΝΟΣ.,(α)1986: 66) χαρακτηρίζει ως εφηβική ηλικία την χρονική περίοδο από την έναρξη της ήβης μέχρι την ενηλικίωση.

Ο **Jersild** χρησιμοποιεί τον όρο «εφηβεία» για να χαρακτηρίσει την περίοδο εκείνη κατά την οποία το εξελισσόμενο άτομο πραγματοποιεί τη μετάβαση από την παιδική στην ώριμη ηλικία. Χρονολογικά δεν μπορεί να οριστεί ακριβώς. Αρχίζει πάντως με τα σημεία της ήβης και τελειώνει με την σεξουαλική ωρίμανση, με το πέρας της αύξησης σε ύψος και με την πνευματική ωρίμανση.

Η **Anna Freud** ορίζει την εφηβεία ως ένα χαλάρωμα παιδικών δεσμών του λιβιδό και εξασθένηση παιδικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων (που απλά θα πει ότι αλλάζει και λιγοστεύει η παιδική αγάπη που είχες για τους γονείς σου).

Ο **Erikson** από την πλευρά του θεώρησε ότι κύριο έργο της εφηβείας είναι η διαμόρφωση μιας προσωπικής ταυτότητας, επίτευγμα το οποίο είναι εφικτό μόνο μέσα από μια τροποποίηση των σχέσεων του εφήβου με την οικογένειά του.

Αντίθετα ο **Blos** πρότεινε να εξομοιάσουμε την εφηβεία με μια δεύτερη φάση απομάκρυνσης-εξατομίκευσης, σε αντιπαράθεση με την πρώτη φάση χωρισμού-εξατομίκευσης, κατά την οποία το μικρό παιδί απελευθερώνεται προσδευτικά από την συμβιωτική ενότητα που συγκροτούσε με την μητέρα του.(H.CHABROL,1987:16).

Η εφηβεία από μια άλλη άποψη μοιάζει με τη βρέφικη φάση που η **Margaret Mahler** (Λ.ΔΟΞΙΑΔΗ-ΤΡΙΠ.,1985: 128) περιγράφει σαν «προσέγγιση» (αυτή η φάση είναι μια υπόδιδیرهση του «αποχωρισμού και της διαφοροποίησης» που περιγράφει). Αρχίζει στους 18 μήνες. Το μικρό παιδί σε αυτή τη φάση ενώ μοιάζει να φεύγει και να

ανεξαρτητοποιείται, κάθε λίγο επιστρέφει στην μητέρα του για να είναι σίγουρο ότι είναι εκεί όποτε τη θελήσει. Έτσι κάνει και ο έφηβος. Είναι ακόμη συναισθηματικά κάπως εξαρτημένος ενώ στην καθημερινή ζωή γίνεται όλο και πιο ανεξάρτητος και δεν έχει ανάγκη τον γονιό με τον παλιό γνωστό τρόπο. Εξασκείται τώρα στο να γίνει εντελώς ανεξάρτητος, ετοιμάζεται στα αλήθεια για να φύγει.

Ο **Τσιάντης** (1991: 45) υποστηρίζει ότι η έναρξη της εφηβικής ηλικίας γίνεται με την ήβη-το χρόνο, δηλαδή, που αρχίζει η ωρίμανση των γεννητικών οργάνων. Μπορεί να διαφέρει στα παιδιά της ίδιας φυλής καί είναι γενικά παραδεκτό ότι τα αγόρια μπαίνουν στην ήβη νωρίτερα από τα κορίτσια. Η εφηβεία αρχίζει βαθμιαία κατά το τέλος της λανθάνουσας περιόδου (περίπου στα 10½ με 11 χρόνια) και τελειώνει βαθμιαία με την έναρξη της ενήλικης ζωής (από τα 18 μέχρι τα 21 χρόνια).

Οι **Ντολτό Φ, Ντολτό-Τόλις Κ.** (1990: 15) χαρακτηρίζουν την εφηβεία σαν μια δεύτερη γέννηση που γίνεται πρόοδευτικά. Πρέπει να αφήσουμε σιγά-σιγά την οικογενειακή προστασία, όπως αφήσαμε κάποτε τον προστατευτικό πλακούντα. Το να αποχωριστούμε την παιδική ηλικία, να εξαφανίσουμε το παιδί μέσα μας, είναι μια μεταλλαγή.

B2 Η κατάθλιψη στην εφηβεία

Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα συναντάται σε όλες τις ηλικίες με την μορφή της θλίψης, της δυσφορίας ή της απόγνωσης. Ιδιαίτερα όμως έντονη είναι η επίδρασή της στην διάρκεια της εφηβείας τόσο ως σύμπτωμα όσο και ως πάθηση. Επιδημιολογικές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) έχουν υπολογίσει ότι το **0,9%** των παιδιών της προσχολικής ηλικίας καθώς και το **1,9%** έως

4,7% των παιδιών της σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν κατάθλιψη. Η επικράτηση είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερη στους εφήβους. Νοσηλευόμενοι έφηβοι σε παιδοψυχιατρικές μονάδες παρουσίαζαν κατάθλιψη σε ποσοστό 27%. Για μεγαλύτερα παιδιά η συχνότητα της κατάθλιψης έχει υπολογιστεί από 13% σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας μέχρι 30% σε άτομα μετεφηβικής ηλικίας που επισκέπτονται ψυχιατρικές υπηρεσίες (Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ.,Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ.,1999: 233).

Όσον αφορά τον ελληνικό πληθυσμό, ορισμένες πρόσφατες έρευνες καταλήγουν σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 3,6% και 5,4% για την επικράτηση των τωρινών καταθλιπτικών επεισοδίων και 7,8% για την επικράτηση της νευρωσικής κατάθλιψης και των καταθλιπτικών αντιδράσεων. Σε γενικές γραμμές θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα ποσοστά της κατάθλιψης βρίσκονται σε ανοδική πορεία, ειδικότερα στον πληθυσμό των νέων (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 30-31).

Κάθε νέος άνθρωπος στην πορεία της ανάπτυξής του θα αντιμετωπίσει ψυχολογικά προβλήματα στα οποία δεν μπορεί να μην υπάρχει καθόλου άγχος, απογοήτευση ή σύγκρουση. Τέτοια προβλήματα δημιουργούνται πιο συχνά σε περιόδους γρήγορης αναπτυξιακής αλλαγής και κοινωνικής μετάβασης, όπως η αρχή του σχολείου ή η προσαρμογή στην εφηβεία (Τ.ΚΩΝΓΚΕΡ.,1981: 96), η οποία είναι μια περίοδος ανάπτυξης και μαζί ευφορίας, πόνου και λύπης, όπου θα πραγματοποιθούν στον έφηβο μια σειρά από απαρνήσεις και πολλαπλά «πένθη». Είναι μια ευάλωτη περίοδος και κάθε «ακρωτηριασμός» μπορεί να αφήσει τραύματα που κάνουν εύθραυστη την προσωπικότητα. Οι πιο τυχεροί ευνοούνται από ένα οικογενειακό περιβάλλον ανοικτό στις συναλλαγές, στο άκουσμά και την κατανόηση των προβλημάτων τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το πέρασμα στην

εφηβεία γίνεται συχνά χωρίς πληγές. Ορισμένοι άλλοι κατανοούν πρώιμα πως αρχίζει για αυτούς μια καινούργια ζωή και «γαντζώνονται» παθιασμένα από πάνω της. Συνειδητοποιούν την αναγκαιότητα των αλλαγών και έχουν την ικανότητα να τις υιοθετήσουν. Άλλοι, με λιγότερο επιβεβαιωμένη προσωπικότητα, δεν είναι έτοιμοι να δεχθούν τη νέα κατάσταση, αρνούνται να μεγαλώσουν, αναζητώντας να μείνουν όσο το δυνατό περισσότερο ακόμα στην παιδική ηλικία (Ι.ΚΟΥΡΟΣ., 1993:134).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι με το πέρασμα της εφηβείας μπαίνει σε δοκιμασία όλη η πρόοδος που έχει γίνει μέχρι τώρα στα διάφορα στάδια της εξέλιξης. Επίσης ξαναφαίνεται ή εμφανίζεται ότι δεν έχει πάει καλά μέχρι τότε. Η **Anna Freud** αναφέρει (Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1985:177,178), παίρνοντας σαν παράδειγμα την εφηβεία, ότι κάθε βήμα προς την εξέλιξη και ωρίμανση φέρνει μαζί της όχι μόνο νέα κέρδη και κατακτήσεις αλλά και νέα προβλήματα. Κάθε δηλαδή αλλαγή στην ψυχική ζωή διαταράσσει την ισορροπία που είχε αποκτηθεί και νέες ισορροπίες και «συμβιβασμοί» αναπτύσσονται. Αυτές οι αλλαγές είναι πολύ χαρακτηριστικές και έντονες στην εφηβεία και αφορούν όλες τις ενδοψυχικές εννοήσεις και το Εγώ. Επίσης οι αλλαγές αναφέρονται στις διαφορετικές απαιτήσεις που έχει ο έφηβος από τον εαυτό του ή ο κοινωνικός του περίγυρος από αυτόν. Οι αλλαγές μπορεί να είναι ποιοτικές ή ποσοτικές και μεταβάλλουν οπωσδήποτε την εσωτερική ισορροπία.

Ο έφηβος, πράγματι, λόγω των παραπάνω αλλαγών μερικές φορές αισθάνεται ή είναι ένα πραγματικό ηφαίστειο. Κατά το αναπτυξιακό στάδιο της εφηβείας συμβαίνουν ορισμένες εξελικτικές διαταραχές. Μια από αυτές τις διαταραχές είναι και η κατάθλιψη η οποία είναι συχνή και οι εκδηλώσεις της μπορεί να πάρουν πολλές μορφές, από τη

«φυσιολογική» λεγόμενη «κατάθλιψη» μέχρι και την ψυχωσική της μορφή. Είναι σημαντικό να διακρίνουμε πότε μιλάμε για την «φυσιολογική κατάθλιψη» και πότε για την «κλινική κατάθλιψη». Σχεδόν όλοι οι έφηβοι περνούν μια περίοδο πλήξης, ανικανοποίησης, αδράνειας, αποτυχημένων πρωτοβουλιών, μη-πραγματοποίησης των σκοπών τους. Επιθυμίες και σχέδια συλλαμβάνονται αλλά η ικανοποιητική πραγματοποίηση τους είναι αυτή που είναι προβληματική (B.GOLSE.,P.MESSERSCHMITT.,1987:27). Όλοι μας από καιρό σε καιρό αισθανόμαστε λυπημένοι. Μερικές φορές, μάλιστα, αυτή η λύπη επιμένει τόσο και παίρνει διαστάσεις τέτοιες που παύει να είναι μια απλή «συναισθηματική πτώση» ή μία κακή διάθεση. Το άτομο δεν λειτουργεί καθόλου στο συναισθηματικό του περιβάλλον ή λειτουργεί με πολύ μεγάλη δυσκολία και έντονο «εσωτερικό πόνο». Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και, σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, προκαλεί αδυναμία ή και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου, τότε μιλάμε για κλινικά σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης.(Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998: 38-39).

Η κατάθλιψη στην εφηβεία, σε αντίθεση με τους ενήλικες, εκδηλώνεται κυρίως με διαταραχές στην συμπεριφορά, όπως είναι το σκασιαρχείο, η λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών, τα ψέματα ή το κλέψιμο που συνήθως επικεντρώνεται στην μητέρα, και μπορεί να συμβεί σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Αυτό το «κλέψιμο» είναι συνήθως αποτέλεσμα αποστερήσης και είναι ένας έμμεσος τρόπος να προβάλλουν ένα αίτημα για αγάπη στους γονείς. Το κλέψιμο συνοδεύεται συνήθως από ψέματα και αν γίνει το λάθος να αντιμετωπιστεί αυτή η συμπεριφορά σαν κάτι το κακό ή ανήθικο που τιμωρείται τότε αυτό θα οδηγήσει σε περισσότερο κλέψιμο και ψέματα.

Σε άλλες περιπτώσεις, η κατάθλιψη και η ενοχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα συγκρούσεων γύρω από τον αυνανισμό. Αρκετά συχνά σε

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 πέρασματος σε μη οιδιποδειακά αντικείμενα. Είναι ευνόητο ότι στις περιπτώσεις αυτές η οργάνωση του Εγώ είναι ανεπαρκής και επομένως και οι μηχανισμοί άμυνας σαθροί.

Σε μεγαλύτερους έφηβους η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλώνεται σαν ανία και απογοήτευση με καθετί στη ζωή και μια αίσθηση ότι δεν υπάρχει τίποτα σε αυτήν που να αξίζει. Οι έφηβοι αυτοί εμφανίζονται απαθείς και αδιάφοροι χωρίς κίνητρο για τους εαυτούς τους και τη ζωή. Εάν αυτή η ατομική κρίση είναι σε συμφωνία με την ίδια απάθεια και αδιαφορία που επικρατεί στην κοινότητα που ζει ο έφηβος τότε πολύ συχνά η κατάληξη είναι η απομόνωση του εφήβου. (Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1985: 182-183).

Κόβει δηλαδή ο έφηβος κάθε δεσμό με τις παρέες του και απομονώνεται εντελώς από αυτές. Από την άλλη όμως ίσως φτάσει στο σημείο να κάνει παρέα ακόμη και με τους πιο κακούς που μπορεί να παίρνουν ναρκωτικά ή να εκδηλώνουν κάποιες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς. (Β.Κ.ΑΝΔΣΤΑΣΙΔΗΣ., 1993: 216).

Η αστάθεια της διάθεσης αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εφηβείας. Μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, και συχνά χωρίς φανερά αίτια, ο έφηβος μπορεί να πέσει από τον ενθουσιασμό στη μελαγχολία, από την χαρά και την έξαρση στη θλίψη και την απόσυρση, από τη φιλική διάθεση στην εχθρότητα και τα λοιπά. Η παρουσία καταθλιπτικών συναισθημάτων, με βαθιά ριζωμένο το αίσθημα της απελπισίας, είναι κάτι συνηθισμένο στην εφηβεία. Πολύ συχνά η κεντρική κατάθλιπτική ιδέα των εφήβων συνδέεται με ένα αίσθημα ανέκκλητου και ηττοπάθειας (όπως για παράδειγμα:

«τίποτα ποτέ δεν θα αλλάξει», «είμαι για πάντα καταδικασμένος», «ποτέ δεν θα συνέλθω από αυτή την αποτυχία» και άλλα). Αυτή η συγκεκριμένη πλευρά της εφηβικής κατάθλιψης, αντανάκλα 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. (Ε.ΠΑΠΑΜΑΤΘΑΙΑΚΗ-LESTER., 1987: 243).

Οι έφηβοι που πάσχουν από κατάθλιψη, διακατέχονται από ένα αφόρητο ψυχικό άλγος, το οποίο είναι χειρότερο από οποιονδήποτε σωματικό πόνο. Παράλληλα, οι δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά τους έχουν στο έπαρκο μειωθεί, παρουσιάζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση, η όρεξη για φαγητό είναι περιορισμένη, ενώ τα συναισθήματα ενοχής και οι τύψεις, συχνά για ανύπαρκτη αιτία, αλλά και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις ή και ενέργειες αποτελούν συνήθεις εκδηλώσεις της νόσου. Επίσης τον καταθλιπτικό ασθενή χαρακτηρίζουν και απογοήτευση, αναστολή, αυτό-υποτίμηση, αισθήματα έλλειψης ελπίδας, και τάσεις φυγής. Τα συμπτώματα αυτά, σε συνδυασμό και με άλλες εκδηλώσεις, όπως η διαταραχή της υπνικής λειτουργίας, της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά και πολλών βιολογικών ρυθμών, έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του πάσχοντος. (Γ.ΤΡΙΚΚΑΣ., 1998:13). Βέβαια οι έφηβοι εξακολουθούν (παρά την πλήξη τους) τις σχολικές, οικογενειακές και φιλικές δραστηριότητες, χωρίς όμως να δίνουν τους εαυτούς τους σε αυτές. (Ι.ΚΟΥΡΟΣ., 1993: 129). Ωστόσο η κατάθλιψη μπορεί να ξεγελάσει τον κλινικό γιατρό με την πολυμορφία και την ατυπία στην έκφρασή της: Μπορεί να εκφραστεί και με υποχονδριακά συμπτώματα, παραίτηματική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα, συχνές απουσίες και κακή απόδοση στο σχολείο,

«ψυχοσωματικές» εκδηλώσεις, συμπτωματολογία διαταραχής προσωπικότητας, ανορεξία ή και πολυφαγία. (Γ.Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.,1998: 2). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η κατάθλιψη των νέων να είναι δύσκολο να διαγνωσθεί όχι τόσο από την πολυμορφία στην εκδήλωσή της όσο στο ότι οι νέοι έχουν την ικανότητα να την σκεπάζουν· δηλαδή μπορούν να την καλύψουν με το να φαίνονται εντάξει ακόμη και όταν αισθάνονται εντελώς απαίσια. Αυτό συχνά ονομάζεται η κατάθλιψη με το γέλιο. Είναι ένα θέατρο που οι νέοι παίζουν ασυνείδητά. Το μασκάρωμα αυτό της καταθλίψεως γίνεται κυρίως όταν βρίσκονται τριγύρω άλλοι. Όταν οι νέοι με κατάθλιψη είναι μόνοι, τότε χαλαρώνουν και εγκαταλείπουν κάπως την μάσκα. (R.CAMPBELL., MD.,1987: 129).

Οι **Carlson και Strober**, (Ε.ΠΑΠΑΜΑΤΘΑΪΑΚΗ-LESTER.,1987: 243) ύστερα από την μελέτη εφήβων ηλικίας 12 έως 18 ετών, κατέληξαν σε δύο χαρακτηριστικούς τύπους εφηβικής κατάθλιψης:

1) Η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων: Εδώ το σύνδρομο παρουσιάζεται ξαφνικά και συχνά χωρίς να υπάρχει καμία προηγούμενη ψυχιατρική παθολογία. Μολονότι η δυσφορική διάθεση μπορεί να μην είναι το κύριο χαρακτηριστικό, συνήθως συνυπάρχει με τα ακόλουθα συμπτώματα: διαταραχές ύπνου, όρεξης και συγκέντρωσης στο σχολείο, απόσυρση από την κοινωνική ζωή, περιορισμό των αθλητικών και άλλων δραστηριοτήτων, μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας και άλλα. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι, συνήθως, η πρώτη εκδήλωση μίας μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας ή μίας κατάθλιψης μονοπολικού τύπου. Σειγениκές γραμμές ο έφηβος παραπονιέται για έλλειψη συναισθημάτων και ένα αίσθημα κενού. Είναι ένα είδος κατάθλιψης που μοιάζει με πένθος: «Οι έφηβοι αυτής της κατηγορίας πενθούν για την ταυτότητα της παιδικής τους

ηλικίας και δεν μπορούν να βρουν μια κατάλληλη ενήλικη ταυτότητα». Το πρόβλημα δεν είναι ότι ο έφηβος δεν έχει συναισθήματα αλλά ότι είναι θλιβερά ανίκανος να αντιμετωπίσει και να εκφράσει αυτά που έχει. (Τ.ΚΩΝΓΚΕΡ., 1981: 101).

2) Η δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων: Αυτή είναι μια πιο χρόνια και πιο συγκεχυμένη μορφή δυσφορίας. Έχει την βάση της σε μακροχρόνιες, επανειλημμένες εμπειρίες ήττας ή αποτυχίας. Συνηθισμένα συμπτώματα είναι η κοινωνική απόσυρση και η απάθεια. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης μπορεί να παρουσιαστεί σαν συνέπεια κάποιας απώλειας ή τραυματικής κατάστασης ή ύστερα από μια σοβαρή αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή του εφήβου. Τις περισσότερες φορές, πάντως, ο τύπος αυτός συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως ψυχογενής ανορεξία, κατάχρηση οινόπνευματος ή τοξικών ουσιών, ψυχοπαθητική συμπεριφορά, φοβικά ή ιδεοληπτικά ψυχαναγκαστικά σύνδρομα και σοβαρή ανικανότητα στη μάθηση, συνοδευόμενη από χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Ε.ΠΑΠΑΜΑΤΘΛΙΑΚΗ-LESTER., 1987: 243-244).

Σε αυτό ίσως το σημείο θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε και στην συμπτωματολογία της καταθλιπτικής διαταραχής των εφήβων στους πέντε βασικότερους τομείς της ζωής τους για τους οποίους και θα μιλήσουμε αναλυτικότερα παρακάτω.

Οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί έχουν επηρεαστεί ολόκληροι. Τα συναισθήματα, οι σκέψεις, οι διαθέσεις, η φυσική λειτουργία και οι συμπεριφορές μεταβάλλονται και διαλύονται. Το ευδιάκριτο χαρακτηριστικό φαίνεται να είναι μία σημειωμένη αλλαγή, η οποία και παραμένει για αρκετό καιρό. Αυτές οι αλλαγές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ένα είδος συμπτώματος μπορεί να οδηγήσει σε άλλα και να αναπτυχθεί έτσι ένας κύκλος από τον οποίο

είναι δύσκολο να ξεφύγεις χωρίς την κατάλληλη αντιμετώπιση. Η κατάθλιψη είναι πράγματι μια σοβαρή δυσλειτουργία του μυαλού και του σώματος, η οποία μπορεί να επηρεάσει την εσωτερική λειτουργία των εφήβων (Ph.D., G.D.OSTER., M.S.W., S.S.MONTGOMERY., 1995: 46). Οι τομείς λοιπόν των εφήβων που επηρεάζονται από την καταθλιπτική διαταραχή είναι οι ακόλουθοι: **α)**ο συναισθηματικός (δηλαδή πως νιώθει ο καταθλιπτικός), **β)**ο γνωστικός (δηλαδή πως σκέπτεται και εκτιμά τη ζωή του), **γ)**ο συμπεριφορικός (δηλαδή πως συμπεριφέρεται), **δ)**ο σωματικός (δηλαδή τι εκδηλώνεται μέσω των σωματικών λειτουργιών) και **ε)** ο λειτουργικός (δηλαδή πως λειτουργεί ο καταθλιπτικός έφηβος στις διαπροσωπικές του σχέσεις).

Πιο αναλυτικά:

α)Ο συναισθηματικός τομέας: Στους διάφορους αρρώστους, η καταθλιπτική διάθεση προσδιορίζεται με μια σειρά πιθανών χαρακτηρισμών: ακεφιά /αθυμία, δυσθυμία /κατήφεια, κακοκεφιά /βαρυθυμία, στενοχώρια /απογοήτευση, αποθάρρυνση /αποκαρδίωση, λύπη, θλίψη, μελαγχολία, κατάθλιψη, ψυχάλγιά, απελπισία, απόγνωση. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999: 37). Τα αισθήματα της ενοχής και της ντροπής είναι τα πιο κοινότερα και μπορεί να οδηγήσουν σε περισσότερες απογοητεύσεις και να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη και την πρωτοβουλία. Οι έφηβοι αρχίζουν να απομονώνονται και νιώθουν μόνοι, ακόμη και στην παρουσία της οικογένειας ή των φίλων. Τα συναισθήματά τους στενεύουν από μια αμυδρή και απαισιόδοξη βλέψη και οδηγούν σε συναισθήματα απελπίστας.(Ph.D., G.D.OSTER., M.S.W., S.S.MONTGOMERY., 1995: 54). Σχηματοποιώντας, μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για ένα φάσμα ποσοτικών διαβαθμίσεων της αρνητικής διάθεσης που στο ένα άκρο του(το οποίο συνήθως αφορά στις ηπιότερες καταθλιπτικές διαταραχές) υπάρχει πτώση του γενικού

συναισθηματικού τόνου, ενώ στο άλλο άκρο του (το οποίο συνήθως αφορά στις σοβαρότερες καταθλιπτικές διαταραχές) υπάρχει έντονα αρνητική συγκινησιακή διεγερση.

Η καταθλιπτική διάθεση άλλοτε μπορεί να μην υπάρχει συνεχώς και να γίνεται εμφανέστερη με κάθε αναποδιά, και άλλοτε να είναι συνεχής. Σε ορισμένους τύπους Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής υπάρχει ημερήσια διακύμανση της διάθεσης (συνήθως χειρότερη το πρωί και βελτιωμένη το βράδυ).

Το ίδιο συχνά με την καταθλιπτική διάθεση υπάρχει και μειωμένο ενδιαφέρον για τις συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου και ανηδονία (δηλαδή έλλειψη ευχαρίστησης από τις τρέχουσες δραστηριότητες) και αρνητικές προσδοκίες για ευχαρίστηση από μελλοντικές δραστηριότητες. Στις σοβαρότερες καταθλίψεις υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων (μέχρι και πλήρης ασυγκινησία για τραγικά συμβάντα). Πολύ συχνά, επίσης, υπάρχει άγχος και ένταση. Ενίοτε υπάρχει θυμός (έναντίον του εαυτού αλλά και των άλλων) και ευερέθιστοτητα και εκνευρισμός με κάθε αντιξοότητα.

β) Ο γνωστικός τομέας: Στο πλαίσιο της διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών, η σκεπτική διαδικασία διαταράσσεται και αυτό που κυριαρχεί στη σκέψη των καταθλιπτικών είναι οι αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό τους, για τον κόσμο και το παρόν, καθώς και για το μέλλον: αυτοϋποτίμησή, χαμηλή αυτοεκτίμησή, ιδέες ανεπάρκειας, απώλειας, αποτυχίας και ήττας. Υπάρχει συνεχής αυτοκριτική, ιδέες αναξιότητας και αποστέρησης. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ, 1999: 37-38).

Χαρακτηριστικό στοιχείο της καταθλιπτικής σκέψης αποτελεί το ότι ο πάσχων αντικρίζει τα πάντα από την αρνητική τους πλευρά. (Γ.ΤΡΙΚΚΑΣ, 1998: 17). Υπάρχει επίσης ένα διαβρωτικό αίσθημα

ανημπορίας καθώς και αίσθημα απώλειας της ελπίδας και απαισιοδοξίας. Η απώλεια της ελπίδας συσχετίζεται με τις ιδέες θανάτου και τον αυτοκτονικό ιδεασμό σαν μία προσπάθεια απαλλαγής από τα βάσανα. Στη Μείζονα Κατάθλιψη, μάλιστα, ένα ποσοστό 15% πραγματοποιεί απόπειρα αυτοκτονίας. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999: 38).

Η διαταραχή στη λειτουργία της σκέψης, πολλές φορές εκφράζεται και με παραληρητικές ιδέες, οι οποίες μπορεί να είναι συμβατές (ιδέες μηδενιστικές, ενοχής, αχρηστίας, ανικανότητας, απιστίας, επάξιας τιμωρίας) ή και ασύμβατες (διωκτικό παραλήρημα, παρερμηνείες) με το συναίσθημα. (Γ.ΤΡΙΚΚΑΣ., 1998:17).

γ)Ο συμπεριφορικός τομέας: Ο καταθλιπτικός ασθενής, και κυρίως στις σοβαρότερες καταθλίψεις, δυσκολεύεται να κινητοποιηθεί για να κάνει ακόμη και απλές πράξεις, χρονοτριβεί, αποφεύγει να αναλάβει πρωτοβουλίες ή ευθύνες και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις, ενώ πολλές φορές οι αλλαγές στη συμπεριφορά εκφράζονται και με υπερβολικό κλάμα.

Στη Μείζονα Κατάθλιψη συχνά εμφανίζεται ψυχοκινητική επιβράδυνση και πτωχεία αυθόρμητων κινήσεων, μειωμένη ροή και ποσότητα του λόγου και καθυστέρηση στις απαντήσεις, οι οποίες συχνά είναι μονολεκτικές και μονοσύλλαβες. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ., 1999:39).

Οι παραπάνω αλλαγές αποκτούν αξία και γίνονται αντικείμενο προσοχής όταν διαφέρουν από την συνηθισμένη συμπεριφορά του ατόμου, διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και θέτουν τέρμα στη ζωή κάποιου.

δ)Ο σωματικός τομέας: Η πιο αξιόπιστη σωματική εκδήλωση είναι η ανορεξία και η συνακόλουθη απώλεια βάρους. Αντίθετα, και ιδίως στις ηπιότερες καταθλίψεις, μπορεί να υπάρχει υπερφαγία και αύξηση βάρους. Γύρω στο 75% των καταθλιπτικών ανθρώπων εκφράζουν

προβλήματα φαγητού και /ή ύπνου. Οι διαταραχές του ύπνου αφορούν: **1)**στην επάρκεια του ύπνου: σημαντική μείωση του συνολικού χρόνου ύπνου, αρχική (δυσκολία επέλευσης του ύπνου) και τελική αϋπνία, συχνές αφυπνίσεις και **2)**στην αρχιτεκτονική του ύπνου. Πολύ συχνή είναι η αίσθηση συνεχούς κόπωσης με επακόλουθα την μείωση της ενέργειας, την μείωση των κοινωνικών επαφών και την μείωση να βρουν ευχαρίστηση στις εμπειρίες της ζωής. Συχνό επίσης είναι το σύμπτωμα της μείωμένης ή ανύπαρκτης σεξουαλικής επιθυμίας και

ε)Ο λειτουργικός τομέας: Αναφορικά με τον συγκεκριμένο τομέα επηρεάζονται κυρίως οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Οι καταθλιπτικοί χαρακτηριστικά εκλύουν μη εποικοδομητικές αντιδράσεις από τους άλλους, κάνοντάς τους να νιώθουν υπεύθυνοι και ένοχοι, Ιδιαίτερα με τους οικείους τους, υπάρχει κακή επικοινωνία, προσκολλητική εξάρτηση, απαίτητικότητα, ένταση και τριβές, που συχνά καταλήγουν σε οικογενειακά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων κυρίως την σύγχυση ρόλων ή και την δυσκολία ανάληψης νέων ρόλων. Μερικές φορές υπάρχει κοινωνική απόσυρση. (Σ.Χ.ΝΤΩΝΙΑΣ.,1999:39,40).

B3 Ανακαλύπτοντας την κατάθλιψη των εφήβων

Η κατάθλιψη των εφήβων είναι δύσκολο να διαγνωστεί, γιατί τα συμπτώματά της είναι κατά κάποιον τρόπο διαφορετικά από τα κλασικά συμπτώματα της καταθλίψεως των ενηλίκων. Είναι όμως απαραίτητο να μπορέσουμε να την διαγνώσουμε νωρίς, γιατί στην αντίθετη περίπτωση θα οδηγήσει σε καταστάσεις ανεπιθύμητες τόσο για τους ίδιους τους εφήβους όσο και για το ευρύτερο και πιο κοντινό

τους περιβάλλον (κοινωνικό και οικογενειακό). (R.CAMPBELL., M.D.,1987: 127).

Μπροστά στις δυσκολίες τους οι έφηβοι δεν αντιδρούν όλοι με τον ίδιο τρόπο. Ας μην περιμένουμε από αυτούς λοιπόν, να εκφράσουν την κατάστασή τους με λόγια. Αρκετά συχνά πρέπει να τη μαντεύουμε μέσα από διάφορα σημάδια που μας δείχνουν πως κάτι «δεν πηγαίνει καλά». Αυτά τα σημάδια υπάρχουν στη συμπεριφορά, που μπορεί να κυμαίνεται από την επιθετικότητα ως το κλείσιμο στον εαυτό. Δεν είναι εύκολο να αναγνωριστούν, γιατί ο έφηβος συχνά κρύβει τα συναισθήματά του φορώντας μια μάσκα, ώστε να μεταμορφώσει την απόγνωση του.(Ι.ΚΟΥΡΟΣ.,1993: 130). Ο καλύτερος τρόπος λοιπόν να προσδιοριστεί η κατάθλιψη σ' έναν νέο είναι να καταλάβουμε σχετικά νωρίς τα διάφορα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η κατάθλιψη στους νέους καθώς και τον τρόπο που αυτά εξελίσσονται. (R.CAMPBELL.,M.D.1987:130). Γι' αυτό είναι σημαντικό να είμαστε σε εγρήγορση, γιατί τα μηνύματα που στέλνει έμμεσα ο έφηβος πρέπει να ερμηνευθούν σαν κλήση βοήθειας. Στην αντίθετη περίπτωση που δεν προσέξουμε έγκαιρα τα συγκεκριμένα θημάδια και συμπτώματα, καθυστερούμε την διάγνωση και αφήνουμε τον έφηβο αβοήθητο μέσα στην κακή του διάθεση, νομίζοντας ότι όλα αυτά είναι φυσιολογικά γνωρίσματα της αναπτυξιακής φάσης της εφηβείας. (Ι.ΚΟΥΡΟΣ., 1993:130). Είναι κρίσιμο επομένως να αντιληφθούμε το σύνολο των συμπτωμάτων λεπτομερειακά, γιατί ένα ή δύο συμπτώματα μπορεί να είναι καθοριστικά ή όχι της πραγματικής κατάθλιψης.

Ας δούμε όμως ένα-ένα τα κυριότερα συμπτώματα της καταθλίψεως των εφήβων:

1) Μειωμένη διάρκεια προσοχής: Στην ήπια νεανική κατάθλιψη το πρώτο σύμπτωμα που μπορεί να παρατηρηθεί γενικά είναι η μείωση

της διάρκειας προσοχής. Ο νέος δεν έχει την δυνατότητα να διατηρήσει το μυαλό του συγκεντρωμένο σ' ένα αντικείμενο όση χρονική διάρκεια μπορούσε παλαιότερα. Δεν εκδηλώνει πια κανένα ενδιαφέρον για τα μαθήματά του, ενώ προηγουμένως ήταν εργατικός και αγωνιούσε να επιτύχει. Το μυαλό του ξεφεύγει από το θέμα στο οποίο θέλει να συγκεντρωθεί και διασπάται με αυξανόμενο ρυθμό. Συλλαμβάνεται όλο και περισσότερο να ονειροπολεί ενώ έχει όλο και μεγαλύτερη δυσκολία να διατηρήσει το μυαλό του στη δουλειά του και όσο περισσότερο προσπαθεί τόσο λιγότερο τα καταφέρνει. Φυσικά αυτό οδηγεί στην απογοήτευση, γιατί ο νέος κατηγορεί τον εαυτό του για «βλάκα» ή «κουτό» και θεωρεί ότι δεν έχει την ικανότητα για δουλειά με αποτέλεσμα να καταρρακώνεται η αυτοεκτίμησή του.

2) Ονειροπολήσεις: Η μειωμένη διάρκεια προσοχής επηρεάζει το νέο στην τάξη. Ενώ στην αρχή και για την περισσότερη ώρα έχει την δυνατότητα να προσέχει τη σχολική εργασία, τα υπόλοιπα λεπτά ονειροπολεί. Καθώς η κατάθλιψη γίνεται βαθύτερη και η διάρκεια προσοχής γίνεται μικρότερη, ο νέος προσέχει λιγότερο και ονειροπολεί περισσότερο. Δυστυχώς όμως το ονειροπόλημα συνήθως ερμηνεύεται σαν τεμπελιά ή κακή νοοτροπία και όχι ως σύμπτωμα ενδεχόμενης καταθλίψεως. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ένα ή δυο συμπτώματα απομονωμένα, όπως η ονειροπόληση και η μείωση της διάρκειας προσοχής, δεν επιτρέπουν να κάνει κανείς διάγνωση της πραγματικής εφηβικής καταθλίψεως.

3) Άσχημοι βαθμοί: Καθώς η διάρκεια προσοχής του νέου μειώνεται και οι ονειροπολήσεις αυξάνουν, το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι οι άσχημοι βαθμοί. Δυστυχώς αυτή η μείωση των βαθμών είναι συνήθως τόσο βαθμιαία που είναι δύσκολο να παρατηρηθεί και γι' αυτό το λόγο σπάνια συνδυάζεται με την κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα ο νέος,

οι γονείς και οι καθηγητές νομίζουν ότι η εργασία είναι πολύ δύσκολη για τον νέο ή ότι αποκτά σιγά-σιγά περισσότερο ενδιαφέρον για άλλα πράγματα. Εντούτοις οι βαθμοί συνήθως μειώνονται σταδιακά· άριστα, σχεδόν άριστα, λίαν καλώς, σχεδόν λίαν καλώς, και τα λοιπά.

4) Πλήξη: Καθώς ο νέος ονειροπολεί όλο και περισσότερο, σιγά-σιγά φτάνει σε μια κατάσταση πλήξεως, η οποία και είναι φυσιολογική για τους νέους, ειδικά στην πρώτη εφηβεία, αλλά μόνο για σχετικά μικρά χρονικά διαστήματα. Η φυσιολογική πλήξη συνήθως παρουσιάζεται για μία ή δύο ώρες, άλλοτε για ολόκληρο βραδινό ή ολόκληρη ημέρα, ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ακόμη και δύο ημέρες. Η παρατεταμένη όμως πλήξη που διαρκεί μερικές ημέρες ή και περισσότερο δεν είναι φυσιολογική και πρέπει να είναι προειδοποίησή για εμάς ότι κάτι δεν πάει καλά. Η πλήξη συνήθως εκφράζεται με την επιθυμία του εφήβου να μένει μόνος στο δωμάτιό του και να κλείνεται στον εαυτό του για συνεχώς μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Περνάει την ώρα του ξαπλωμένος στο κρεβάτι ονειροπολώντας και ακούγοντας μουσική. (R.CAMPBELL.,M.D., 1987: 130-132). Το να εκφραστεί του απαιτεί μία αμέτρητη προσπάθεια, γι' αυτό μιλά λίγο και με φωνή μονότονη. Ο βαριεστημένος νέος χάνει το ενδιαφέρον του για πράγματα που κάποτε καιρόταν, παραδείγματος χάρη τα σπόρ, τα ντυσίματα, τα αυτοκίνητά, τα κόμπι, τις οργανώσεις, τις θρησκευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες και τα ραντεβού. Δείχνει ανίκανος να κάνει οποιοδήποτε σχέδιο, είτε για το παρόν είτε για το κοντινό του μέλλον. Εκδηλώνει μία γενική αδιαφορία για ό,τι συμβαίνει γύρω του και δεν αντιδρά ακόμα και αν του παρουν τα πλέον πιο αγαπημένα του αντικείμενα, (Ι.ΚΟΥΡΟΣ.,1993: 130).

5) Σωματική κατάθλιψη: Καθώς η πλήξη συνεχίζεται και βαθαινει, ο νέος σιγά-σιγά πέφτει στη μέτρια κατάθλιψη και στο σημείο αυτό

αρχίζει να υποφέρει από αυτό που ονομάζουμε, σωματική κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα ο νέος αρχίζει να αισθάνεται σωματικό πόνο, ο οποίος μπορεί να εκδηλωθεί σε πολλά σημεία, με ιδιαίτερη όμως έμφαση και συχνότητα στο κάτω ήμισυ της στήθικης περιοχής ή στο κεφάλι.

6) Απόσυρση: Πολλές φορές ο νέος φτάνει στο σημείο να εγκαταλείψει και την παρέα του, την οποία όχι απλώς αποφεύγει αλλά μπορεί να απαγκιστρωθεί από αυτή με τέτοια έχθρότητα, θρασύτητα και δυσαρέσκεια που στην πραγματικότητα κόβει κάθε δεσμό μαζί της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο νέος να αισθάνεται πολύ μόνος. Και από την στιγμή που έχει έρθει σε αντίθεση με τους καλούς του φίλους μπορεί πολύ εύκολα να φτάσει στο σημείο να κάνει παρέα με άτομα που μπορεί να χρησιμοποιούν ναρκωτικά ή να εμπλέκονται αρκετά συχνά σε φασαρίες.

Όταν η πλήξη χρονίζει, πολλά πράγματα μπορεί να συμβούν. Ο διανοητικός και σωματικός πόνος μπορεί να είναι βασανιστικός και μερικές φορές αβάσταχτος με αποτέλεσμα ο νέος να μην μπορεί να υποφέρει τη δυστυχία του επ' αόριστο. Τελικά φθάνει σε τέτοιο σημείο απελπισίας που αποφασίζει να κάνει κάτι γι' αυτό. Ακόμη και σε αυτή την κατάσταση ο νέος δεν έχει καμία ιδέα ότι μπορεί να πάσχει από κατάθλιψη και ικανότητά του να κρυφτεί πίσω από την άρνηση της καταστάσεώς του είναι πραγματικά απίστευτη. Γι' αυτό η κατάθλιψη σπάνια αναγνωρίζεται μέχρις ότου να συμβεί το τραγικό γεγονός. (R. CAMPBELL., M.D., 1987:132-133).

7) Ο έφηβος γίνεται νευρικός, επιθετικός, ανήσυχος: Θυμώνει με το παραμικρό, γίνεται βίαιος, κάνει το μέτρο στην αντίδρασή του μπέναντι σ' ένα γεγονός που προκάλεσε ο ίδιος. Η παραμικρή αντίξοότητα τον θέτει εκτός εαυτού. Η συμπεριφορά του αυτή είναι

ίδια απέναντι στους γονείς και τους φίλους του. Αρνείται κάθε εμπόδιο, κάθε εξουσία.

8) Ξεχνά να ευημερώσει για τις αναχωρήσεις του, τις απουσίες του, δεν λέει που πηγαίνει και εξοργίζεται στην περίπτωση που του το ζητήσουν: Όταν του μιλάτε, αν βεβαία αποδεχθεί αυτή τη συναλλαγή μαζί σας, ομολογεί ένα αίσθημα ντροπής, ενοχής «Είμαι ένα μηδενικό. Δεν αξίζω τίποτα. Δεν θα κατάφέρω ποτέ μου τίποτα, άλλωστε ξέρω καλά τι γνώμη έχει ο κόσμος για μένα». Ή ακόμα, «Ξέρω ότι δεν κάνω ποτέ τίποτα σωστά, σας προκαλώ μονίμως προβλήματα» είναι οι πιο κοινότερες εκφράσεις των καταθλιπτικών εφήβων.

Από τα συμπτώματα που ήδη έχουν αναφερθεί στην συμπεριφορά των εφήβων, δεν θα πρέπει να περνάνε απαρατήρητα τα ακόλουθα που είναι πολύ πιθανόν να είναι το προμήνυμα της έναρξης της καταθλιπτικής διαταραχής. Αυτά είναι: **(α) Το κλείσιμο στον εαυτό:** Ορισμένοι έφηβοι, λόγω του χαρακτήρα τους, είναι μοναχικοί. Λγαπούν τα ατομικά παιχνίδια, το διάβασμα. Βέβαια η προτίμηση για μοναξιά δεν είναι απαραίτητα σημάδι κατάθλιψης, εκτός και αν η απομόνωση συνοδεύεται από μια βαθιά πλήξη, από ένα αίσθημα θλίψης, οπότε σ' αυτή την περίπτωση επιβάλλεται προσοχή από τα άτομα που συναναστρέφονται με τον έφηβο. **(β) Ατομικό κοινωνικό μέχρι εκτός, δεν έχει πια φίλους:** Λέει πως δεν τον ενδιαφέρουν πια και ότι δεν θέλει να τους ξαναδει. Ίσως να κρύβει πως οι φίλοι του τον απορρίπτουν: καταπτώτικος εκνευρίζει και ενοχλεί το περιβάλλον του, **(γ) Γύρω του υπάρχει το κενό:** Οι γονείς, οι φίλοι και γενικά όλα τα άτομα που βρίσκονται κοντά του δεν του κινούν το παραμικρό ενδιαφέρον. Του δημιουργείται η εντύπωση πως κανείς δεν καταλαβαίνει το πόσο ο ίδιος υποφέρει και **(δ) Λέει κάποιες φράσεις που είναι προορισμένες να δοκιμάσουν τους γύρω του:** Κάποιες

από αυτές είναι: «Κανείς δεν θα με καταλάβει ποτέ», «Αυτό που κάνω δεν είναι ποτέ αρκετά καλό για εσάς», «Τέλος πάντων είσαστε πάντα απασχολημένοι με κάτι άλλο». Με τον τρόπο αυτό δοκιμάζει να δει αν μπορούν να τον ακούσουν οι γύρω του, αν τον υπολογίζουν, αν μπορεί να τους εμπιστευτεί και γενικά να σιγουρευτεί πως αξίζει να ζει κανείς τη ζωή. (Ι.ΚΟΥΡΟΣ., 1993: 130-132).

Από την στιγμή που θα εκδηλωθούν τα συγκεκριμένα σημάδια με παράλληλο αίσθημα πλήξης, ενοχής και κενού πρέπει να δράσουμε. Εξαρτάται από τους υπόλοιπους που έρχονται σε επαφή με τον έφηβο να τα αντιληφθούν έγκαιρα και να παρέμβουν αμέσως πριν να ενταθούν και προκληθούν σοβαρότερα και μεγαλύτερα προβλήματα γιατί η αληθινή κατάθλιψη είναι κάτι πολύ σοβαρό για να το αγνοήσουμε, και οδηγεί πολλούς νέους σε ακραίες καταστάσεις, όπως στη φυγή, την τοξικομανία ή την αυτοκτονία.

B4 Εξωτερίκευση της κατάθλιψης των εφήβων αγοριών και κοριτσιών

Όταν ο νέος έχει μέτρια ή οξεία κατάθλιψη σε τέτοιο βαθμό που δεν μπορεί να την υποφέρει πια, θα προβεί σε κάποια ενέργεια με σκοπό την «εξουδετέρωση» της δυστυχίας και της στενοχωρίας του. Η συγκεκριμένη αυτή ενέργεια του νέου που είναι αποτέλεσμα της καταθλιψέως ονομάζεται «εξωτερίκευση της κατάθλιψέως». Υπάρχουν πολλοί τρόποι που ο νέος εξωτερικεύει την κατάθλιψη του.

Τα αγόρια έχουν την τάση να είναι πιο βίαια από τα κορίτσια. Μπορεί να προσπαθήσουν να εκτονώσουν τα συμπτώματά της καταπιώσεώς τους με την κλοπή, το ψέμα, τον τσακωμό, την γρήγορη οδήγηση ή με άλλα είδη αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Μια από τις πιο συνηθείς εγκληματικές ενέργειες των αγοριών σήμερα είναι η **διάρρηξη**. Προσπαθούν με λίγα λόγια να κάνουν κάτι που έχει μέσα του την έξαψη και τον κίνδυνο, γιατί κάτι τέτοιο φαίνεται ότι μειδιάζει κατά κάποιον τρόπο τον πόνο της κατάθλιψης. Η διάρρηξη σπιτιών παρέχει αυτά τα στοιχεία και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιείται από τα παιδιά που έχουν κατάθλιψη.

Τα κορίτσια, αντίθετα, έχουν την τάση να εξωτερικεύουν την κατάθλιψή τους με λιγότερο βίαιους τρόπους. Συχνά την εξωτερικεύουν με **σεξουαλική ασυδοσία** γιατί ο καταθλιπτικός τους πόνος τείνει να εξουδετερωθεί κατά την διάρκεια των ιδιαίτερα στενών σωματικών σχέσεων της επαφής. Παρόλα αυτά όμως όταν τελειώσει η πράξη, τα δυστυχοιμένα αυτά κορίτσια αισθάνονται χειρότερα (με περισσότερη ίσως κατάθλιψη) από πριν, γιατί υπεισέρχεται το στοιχείο του αυτουποβιβασμού. Η κατάθλιψη και ο χαμηλός αυτοσεβασμός είναι σχεδόν πάντοτε για τα κορίτσια η βάση για σεξουαλική ασυδοσία.

Ένας νέος με κατάθλιψη μπορεί επίσης να την εξωτερικεύσει με την **λήψη ναρκωτικών**. Η μαριχουάνα και η κατάθλιψη είναι ένας πολύ επικίνδυνος συνδυασμός γιατί η μαριχουάνα στην πραγματικότητα κάνει έναν νέο με κατάθλιψη να αισθάνεται καλύτερα. Η μαριχουάνα δεν είναι αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Αυτό που κάνει μάλλον είναι ένας «στραγγαλισμός» του πόνου της κατάθλιψης. Δυστυχώς ο νέος αισθάνεται καλύτερα απλώς γιατί δεν αισθάνεται τον πόνο τόσο πολύ. Φυσικά όταν η ενέργεια της μαριχουάνας πάψει να υπάρχει, ο πόνος της κατάθλιψης επιστρέφει. Τότε, και για να μπορέσει ο νέος να πετύχει τον ίδιο βαθμό ανακούφισης από τον πόνο πρέπει να χρησιμοποιήσει μεγαλύτερη ποσότητα. Αυτός είναι και ένας συνηθισμένος τρόπος που ο νέος εθίζεται στη μαριχουάνα μέχρις ότου να γίνει «πρεζάκιας». Επίσης μπορεί να υπάρχουν και άλλα

ναρκωτικά (εκτός από την μαριχουάνα) που πιθανόν να έχουν την ίδια επίδραση σε έναν νέο με κατάθλιψη. Έτσι, φυσικά, όταν προσπαθούμε να βοηθήσουμε ένα νέο που παίρνει ναρκωτικά, θα πρέπει να καθορίσουμε το πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει η κατάθλιψη στη λήψη ναρκωτικών ουσιών.

Ένας άλλος τρόπος που ένας καταθλιπτικός νέος μπορεί να εξωτερικεύσει την κατάθλιψή του είναι η **απόπειρα αυτοκτονίας**. Πολλές φορές η απόπειρα είναι μια πράξη μέσω της οποίας ο νέος δεν ζητά τον θάνατο αλλά την προσοχή. Άλλες φορές πάλι υπάρχει μία γνήσια ανάζητηση του θανάτου. Τα κορίτσια κάνουν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας απ' ό,τι τα αγόρια, αλλά τα αγόρια πετυχαίνουν πιο συχνά στην απόπειρά τους. Τα κορίτσια γενικά χρησιμοποιούν λιγότερο βίαια μέσα στην απόπειρα αυτοκτονίας, όπως είναι τα χάπια. Τα αγόρια από την άλλη μεριά χρησιμοποιούν πιο βίαια μέσα, όπως τα πιστόλια. (R. CAMPBELL., M.D., 1987: 133-135).

B5 Αιτιοπαθογένεια της εφηβικής κατάθλιψης

Θεωρίες για την αιτιολογία της κατάθλιψης υπήρχαν ήδη από αρχαιότερων χρόνων. Ο **Ιπποκράτης** απέδιδε την κατάθλιψη στην επικράτηση της «μέλαινας χολής», δηλαδή σε βιολογικές (χημικές) μεταβολές. Από την άλλη πλευρά, η προφανής σχέση της κατάθλιψης με το πένθος και το συναίσθημα της θλίψης, οδήγησε στη θεώρησή της ως αντίδρασης σε τραυματικά γεγονότα της ζωής. Τα τελευταία χρόνια όμως το ενδιαφέρον στρέφεται όλο και περισσότερο στους βιολογικούς /εγκεφαλικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στη νόσηση από κατάθλιψη. Έτσι, είναι ευρύτατα αποδεκτό στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα ότι η κατάθλιψη είναι τελικά "νόσος του

εγκεφάλου", ανεξάρτητα από την πιθανή συμμετοχή στην αιτιοπαθογένειά της ποικίλων περιβαλλοντικών / ψυχοκοινωνικών παραγόντων. (Δ.Γ.ΔΙΚΑΙΟΣ.,Κ.Ρ.ΣΟΛΔΑΤΟΣ.,1999: 48).

Είναι μια κατάσταση η οποία δεν μπορεί να εξαφανιστεί από την μια μέρα στην άλλη και αυτό διότι η ύπαρξή της συνίσταται συνήθως σε περισσότερες από μια αιτίες. Λόγω της μεγάλης διάρκειάς της (ίσως επιμείνει για εβδομάδες, μήνες ή κάποια χρόνια) επεμβαίνει σε όλες τις πλευρές της καθημερινής ζωής κάποιου ατόμου και είναι πολύ πιθανό να του αλλάξει την προσωπική του ζωή δραματικά.

Ορισμένες αιτίες της μπορούν να εντοπιστούν στην αρχή, ενώ άλλες ενδέχεται να υπάρχουν από παλιά και να έχουν απωθηθεί από το ίδιο το άτομο ασυνείδητα, το οποίο ενώ για κάποια χρόνια καθίσταται ικανό στην αντιμετώπιση δυσμενών καταστάσεων χωρίς πρόβλημα, ξαφνικά ένα εντελώς ασήμαντο γεγονός μπορεί να σταθεί αφορμή στο να παρουσιάσει το άτομο κατάθλιψη.

Τα γεγονότα της ζωής που φαίνεται ότι συνδέονται χρονικά με την εκδήλωση κατάθλιψης σχετίζονται κυρίως με την απώλεια, είτε λόγω θανάτου, είτε λόγω χωρισμού μέλους του στενού περιβάλλοντος του ατόμου. Αλλαγές στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (όπως για παράδειγμα η μετανάστευση), αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας, αλλαγές στους ρόλους ανδρών-γυναικών, στο στρες καθώς και η εμφάνιση σωματικής νόσου στο ίδιο το άτομο ή κάποιο στενό συγγενή του, έχουν επίσης βρεθεί να προδιαθέτουν στην εμφάνιση κατάθλιψης (Δ.Γ.ΔΙΚΑΙΟΣ.,Κ.Ρ.ΣΟΛΔΑΤΟΣ.,1999: 54).

Πολύ σημαντικό ρόλο στη γένεση των συναισθημάτων παίζουν οι δεσμοί προσκόλλησης του παιδιού στην μητέρα ή σε κάποια μητρική φιγούρα. Λόγω του σχετικά μεγάλου χρονικού διαστήματος εξάρτησής τους, τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις συνέπειες του

αποχωρισμού από την μητρική φιγούρα στην οποία έχουν προσκολληθεί, και όταν αυτό συμβεί, συχνά αντιδρούν με καταθλιπτική διάθεση και συμπεριφορά. Στην περίπτωση λοιπόν αποχωρισμού, η καταθλιπτική συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί είναι ως ένα σημείο φυσιολογική και έχει προσαρμοστική αξία. Σκοπός της είναι η επιφυλακή και η επαγρύπνηση του κοινωνικού περιγύρου και, κυρίως, της οικογένειας για την ανάγκη του παιδιού για περιποίηση, φροντίδα και βοήθεια.(Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ.,1998:25). Η πρόωγη επίσης εμπειρία της γονεϊκής στέρησης (κυρίως λόγω θανάτου του γονέα) θεωρείται ως σημαντικός στρεσογόμος παράγοντας, που σχετίζεται με την εμφάνιση τόσο της κατάθλιψης όσο και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στη μετέπειτα ζωή του ατόμου.(Β.Π.ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ.,1996: 123).

Χρειάζεται σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι η απώλεια του αντικειμένου αγάπης βιώνεται από το παιδί σαν ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα. Το πώς θα εξελιχθεί η ανάπτυξη του παιδιού θα εξαρτηθεί από την ύπαρξη ικανού γονεϊκού υποκτάστατου για το παιδί, το οποίο θα πρέπει να έχει την ικανότητα να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του με ικανοποιητικό τρόπο. Η φτωχή διάντιδραση γονέα-παιδιού και η προβληματική σχέση μητέρας-παιδιού, είτε λόγω ανεπάρκειας γονεϊκού περιβάλλοντος είτε λόγω υπερπροστασίας έχουν μελετηθεί ως αίτια καταθλιπτικής αντίδρασης σε παιδιά, καθώς επίσης και η κακή γονεϊκή συμπεριφορά προς το παιδί που έχει και αυτή με τη σειρά της ανάλογα αποτελέσματα. Σε ανάδρομικές μελέτες, για παράδειγμα, βρέθηκε συσχέτιση της κατάθλιψης με την βιαιότητα εκ' μέρους του γονέα καθώς επίσης και με την μητρική κατάθλιψη που έκανε τη σχέση μητέρας και παιδιού προβληματική. Αισθήματα θλίψης και ανησυχίας κυριαρχούν σταδιακά ενώ η χαρά, το ενδιαφέρον και η περιέργεια βιώνονται όλο και λιγότερο. Το παιδί

μαθαίνει να εσωτερικεύει την ανικανότητα και την απελπισία. Επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ανικανότητας, σωματικής και ψυχικής στέρησης καθώς και έλλειψη ευκαιριών για επανόρθωση γίνονται ο καταθλιπτικός πυρήνας της προσωπικότητάς. Είναι πιθανόν, αναφέρουν οι μελετητές, ότι οι αποχωρισμοί και οι απειλές για την απώλεια του αντικειμένου αγάπης να είναι το ίδιο παθογενείς όσο και η απώλεια αυτή καθ' αυτή.

Η αιτιοπαθογένεση της κατάθλιψης στην εφηβεία είναι σε γενικές γραμμές όμοια με αυτή που αναφέρθηκε για την παιδική ηλικία. Χρειάζεται να τονιστεί ότι κατά την εφηβεία ή χαλάρωση των δεσμών και η αποδέσμευση του εφήβου από τις γονεϊκές μορφές και ειδικότερα τις εξιδανικευμένες γονεϊκές μορφές έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν πολύ επώδυνες εσωτερικές συγκρούσεις, κάτι που προκαλεί επώδυνη απογοήτευση στον έφηβο, η οποία συχνά μπορεί να τον οδηγήσει σε μια καταθλιπτική αντίδραση. Ο βαθμός της απογοήτευσης εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες ζωής του εφήβου. Οι έφηβοι για παράδειγμα που έχουν βιώσει εμπειρίες στέρησης έχουν μεγάλες δυσκολίες και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη ή και καταθλιπτικά ισοδύναμα που εκδηλώνονται συνήθως με διαταραχές στη συμπεριφορά τους (όπως σκασισαρχείο, λήψη ναρκωτικών ουσιών, χρήση αλκοόλ, κλεψιμο και άλλα) ή άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας. (Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ, Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1999: 240-241).

Είναι αξιόσημείο να αναφερθεί ότι κάθε άτομο, αγαπητό ή μισητό, με το οποίο συνδεόμαστε στενά, μας δίνει την ευκαιρία να επιβεβαιώνουμε την δική μας μοναδικότητα και να αποκτάμε το αίσθημα της ατομικότητάς μας. (Α.ΣΤΟΡ., 1979: 115). Κατά συνέπεια ακόμη και η απώλεια ενός ατόμου με το οποίο δεν κάναμε τίποτε άλλο από το να καβγαδίζουμε, καταλήγει σε κατάθλιψη γιατί, με έναν τέτοιο

θάνατο, κάνουμε ένα πολύτιμο μέσο συσχέτισης μας με κάποιον άλλον με τρόπο που να ενισχύεται η δική μας ταυτότητα.

Άλλες αιτίες που θεωρείται ότι μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση της εφηβικής κατάθλιψης και στην διατήρησή της είναι οι ακόλουθες: **(α)** η χαμηλή εκπαίδευση, **(β)** η ερωτική απογοήτευση, **(γ)** η αποτυχία με την γενικότερη έννοιά της, **(δ)** ή κοινωνική απομόνωση: πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η μοναξιά αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο για κατάθλιψη και ότι βρίσκεται σε στατιστικά σημαντική συνάφεια με αυτήν. Φαίνεται, μάλιστα, ότι η μοναξιά επηρεάζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με δυο τρόπους: **Πρώτου** άμεσα, λόγω της αδυναμίας του ατόμου να δημιουργήσει μια ουσιαστική σχέση που να του προσφέρει επαρκή οικειότητα και **Δεύτερον** έμμεσα, λόγω των επιπτώσεων που η μοναξιά μπορεί να έχει στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998:116). **(ε)** η κληρονομικότητα: Τα ευρήματα κλινικών γενετικών μελετών έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι παρά πολύ σημαντική. Η ύπαρξη κατάθλιψης σε έναν από τους δυο γονείς ή άλλο μέλος της ευρύτερης οικογένειας είναι συχνό εύρημα στις επίδημιολογικές έρευνες. Τα παιδιά των οποίων και οι δυο γονείς πάσχουν από κατάθλιψη έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων και οι δυο γονείς είναι υγιείς. Από μελέτες διδύμων και υιοθετημένων έχει αποδειχθεί ότι για την οικογενή εμφάνιση της νόσου ευθύνονται κυρίως τα κοινά γονίδια παρά το κοινό περιβάλλον των μελών της οικογένειας.

Γονείς με κατάθλιψη έχουν επίσης την τάση να κακοποιούν ή να παραμελούν τα παιδιά τους. Οι ερευνητές υποστηρίζουν επίσης ότι οι καταθλιπτικοί γονείς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την κατάθλιψη των

παιδιών τους με αποτέλεσμα να μην ζητούν ιατρική βοήθεια γι' αυτό και **(στ)** η χρήση ουσιών και ο αλκοολισμός που ήδη έχουν αναφερθεί και που πολύ συχνά προϋπάρχουν της εμφάνισης κατάθλιψης. (Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ., Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1999: 238-239).

Ο **Τσιάντης** από την πλευρά του (1985: 179-180) επισημαίνει ότι οι κυριότερες πηγές της φυσιολογικής κατάθλιψης στην εφηβεία είναι οι ακόλουθες:

α) Οι ραγδαίες μεταβολές του σώματος του νέου με την παράλληλη επιθυμία του να προχωρήσει σε νέες κατακτήσεις, ενώ συνάμα θρηνεί τις χαρές της παιδικής ηλικίας.

β) Οι επώδυνες συγκρούσεις που δημιουργούν στον έφηβο η χαλάρωση των δεσμών, και ειδικότερα η αποδέσμευσή από τις μέχρι τότε εξιδανικευμένες γονεϊκές μορφές, μπορεί να τον οδηγήσουν σε καταθλιπτική αντίδραση, της οποίας ο βαθμός απογοήτευσης έχει σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες του. Μεγαλύτερος δηλαδή βαθμός εξιδανίκευσης στο παρελθόν οδηγεί σε μεγαλύτερη και πιο επώδυνη και πικρή απογοήτευση, που οδηγεί σε κατάθλιψη. Μεγάλο ρόλο παίζει εδώ όμως ο βαθμός στον οποίο οι γονείς είχαν επιτρέψει ή είχαν ενθαρρύνει το παιδί τους να τους εξιδανίκευσει. Μερικές φορές ο έφηβος προσπαθεί να αποφύγει τις επώδυνες αυτές συγκρούσεις είτε με το να ταυτιστεί τελείως με τους γονείς ή αντίθετα η σύγκρουσή του όσον αφορά τους γονείς μεταξύ της εξιδανικευμένης εικόνας τους και του πώς είναι στην πραγματικότητα να επιλυθεί με το να απορρίψει τελείως όλες τις αξίες των γονιών του. Αυτή η επώδυνη ψυχική κατάκτηση του εφήβου, η απομάκρυνση δηλαδή από την επιρροή της γονεϊκής εξουσίας και η αποδέσμευση από τις γονεϊκές μορφές ή αυτό που μπορεί να θεωρηθεί απώλεια τους, δεν βιώνεται από τον έφηβο σαν απελευθέρωση αλλά σαν εγκατάλειψη από αυτά τα αντικείμενα

προς τα οποία μέχρι τώρα βασιζόνταν για συμβουλές και υποστήριξη. Αποτέλεσμα είναι ότι υπάρχει μία απροθυμία να απελευθερωθεί, να αποδεσμευτεί κάτι που συνοδεύεται από συναισθήματα μοναξιάς, αδυναμίας και «κενού», ενώ ταυτόχρονα φαίνεται να αισθάνεται αγανακτισμένος με την ιδέα ότι θα εγκαταλείψει το παρελθόν. Ο έφηβος δηλαδή βιώνει καταστάσεις που θεώρητικά μπορεί να προκαλέσουν στον ενήλικο μία κατάθλιψη αντιδραστική. Στην πραγματικότητα όμως φαίνεται ότι η διεργασία αυτή είναι παρόμοια με αυτή του θρήνου με την μόνη διαφορά ότι στον θρήνο δεν υπάρχει μείωση της αυτοεκτίμησης, κάτι που συμβαίνει με την κατάθλιψη στην παθολογική της μορφή. Αν και ο έφηβος θρήνει για τις χαμένες περιόδους, στην πραγματικότητα είναι γεμάτος ενεργητικότητα για τη ζωή και αγωνίζεται για να δημιουργήσει νέες σχέσεις με νέα αντικείμενα και κατ' επέκταση με νέες πηγές για συναισθηματική παροχή.

Παρόμοια με την παραπάνω άποψη είναι και αυτή των **Colse** και **Messerschmitt**, (1987:17) σύμφωνα με την οποία όλοι οι έφηβοι περνούν από την καταθλιπτική φάση της νεανικής θλίψης, όπως χαρακτηρίστικά την αποκαλούν, ενώ εν μέρει οφείλεται στο γεγονός ότι οι έφηβοι πενθούν τις παλαιότερες γονεϊκές εικόνες.

Ο **Παππάς** (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998:128) από την πλευρά του πιστεύει ότι οι παράγοντες εκείνοι που μπορεί να ωθήσουν τον έφηβο στην κατάθλιψη και γενικότερα σε ψυχικές διαταραχές είναι οι ακόλουθοι: α) οι αρνητικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, β) η απώλεια του γονέα (χωρισμός, διαζύγιο, απομάκρυνση, θάνατος), και γ) η οικογενειακή δυσλειτουργία βασικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι, από την μία ο υπερβολικός γονεϊκός έλεγχος και οι μη

ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί τους και από την άλλη η απουσία ελέγχου και οι ασυνάρτητες ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις των γονέων.

Και ο **Αναστασιάδης** (1993 : 219) παράλληλα είναι της άποψης ότι οι διαταραγμένες οικογένειες με αντίπαιδαγωγική συμπεριφορά, δημιουργούν διαταραγμένα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία όπως ήδη έχουμε αναφέρει συμβάλλει στην ψυχική ασθένεια.

Ένας άλλος συγγραφέας, ο **Beck** (Ι.Γ.ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ.,1998: 162-163) πιστεύει ότι για την έναρξη, την διαμόρφωση της κλινικής εικόνας καθώς και την διατήρηση της κατάθλιψης συμβάλλουν καθοριστικά οι διαταραχές του περιεχομένου, της δομής και της λειτουργίας της σκέψης, διαταραχές για τις οποίες θα μιλήσουμε πιο εκτεταμένα στην συνέχεια.

α) Από πλευράς περιεχομένου της σκέψης (σκέψεις, εικόνες, ιδέες). Ο φαινομενολογικός κόσμος του καταθλιπτικού χαρακτηρίζεται από αρνητική θεώρηση του εαυτού («είμαι ανεπαρκής, ελαττωματικός...»), του κόσμου («είναι απαιτητικός, απορριπτικός...»), και του μέλλοντος («χωρίς προοπτικές...χωρίς ελπίδα!..»)

β) Από πλευράς δομής της σκέψης. Η ευάλωτοτητα ενός ατόμου στην εκδήλωση της κατάθλιψης καθορίζεται από την ύπαρξη οργανωμένων και μονίμων δυσλειτουργικών νοητικών «ανάπαρστές» της παρελθούσας εμπειρίας του ατόμου (νοητικές κατασκευές ή σχήματα, υπεύθυνα για τη διαλογή, επεξεργασία και ερμηνεία των πληροφοριών). Οι δομές αυτές παραμένουν σε λανθάνουσα ή ημιλανθάνουσα κατάσταση, αλλά όταν ενεργοποιηθούν, λειτουργούν με την μορφή υπερβολικά δύσκαμπτων και αρνητικών πεποιθήσεων ή στάσεων, με τις οποίες κρίνεται ο εαυτός, ο κόσμος και το μέλλον και οδηγούν στην κατάθλιψη. Αναφορικά με τον τρόπο δημιουργίας των σχημάτων αυτών, πιστεύεται πως ο αρνητικός και απαισιόδοξος

προσανατολισμός τους διαμορφώνεται πρώιμα, με την συμβολή ποικίλων παραγόντων: βιολογικών (παραδείγματος χάρη κληρονομικότητα, σωματικές νόσοι) και ψυχοκοινωνικών (παραδείγματος χάρη απώλεια γονέα).

γ) Από πλευράς λειτουργίας της σκέψης. Η ενεργοποίηση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων επεμβαίνει καθοριστικά στους μηχανισμούς επιλογής και επεξεργασίας των πληροφοριών, με αποτέλεσμα να ερμηνεύεται αρνητικά η εμπειρία.

Εκτός όμως από τις απόψεις των συγγραφέων και των μελετητών, που ήδη έχουν αναφερθεί, σχετικά με την αιτιοπαθγένεια της κατάθλιψης, είναι ίσως σημαντικό να γίνει λόγος και για κάποια ψυχολογικά μοντέλα (συγκεκριμένα για το **ψυχοαναλυτικό** και το **συμπεριφοριστικό**) που κάνουν την δική τους τοποθέτηση σχετικά με τα αίτια της κατάθλιψης. Ας ξεκινήσουμε πρώτα από το ψυχοαναλυτικό και στη συνέχεια να περάσουμε στο συμπεριφοριστικό.

Αρκετοί ψυχοαναλυτές προσανατολίζουν τις περιγραφές της κατάθλιψης δίνοντας έμφαση στην διακοπή της φυσιολογικής ανάπτυξης και στις ταραχές καθώς και στα επιτεύγματα των γονέων και άλλων ενηλίκων που έχουν αναλάβει την φροντίδα των παιδιών. Η κατάθλιψη μπορεί για παράδειγμα να αυξηθεί όταν μια απώλεια (απώλεια αντικειμένου) εκφραστεί διαμέσου του θανάτου ή της απόρριψης. Η μετακίνηση αυτού του προσώπου που αγαπήθηκε μισείται για την φυγή του, παράγοντας εσωτερικά συναισθήματα που προκαλούν μία μικροσκοπική καταστροφή του αυτοσεβασμού οδηγώντας σε μία κατάσταση κατάθλιψης. Οι εφήβοι εκείνοι που έχουν εμπειρία προηγούμενης απώλειας έχουν την δυνατότητα να χειριστούν καλύτερα τα συναισθήματά τους όταν αντιμετωπίζουν μία καινούργια απειλή αποχωρισμού όπως η διάλυση ενός δεσμού.

Ως προς το συμπεριφοριστικό μοντέλο (Ph.D., G.D. OSTER., M.S.W., S.S. MONTGOMERY., 1995 : 51), οι απόψεις των συμπεριφοριστών στην ψυχολογία έχουν ανθίσει κατά τη διάρκεια του 1960 και του 1970. Σύμφωνα πάντα με αυτούς η απώλεια ενός ή και των δυο γονέων διαμέσου θανάτου, αποχωρισμού ή διαζυγίου, η διάλυση μιας διαπροσωπικής σχέσης, ο αποκλεισμός από μία αθλητική ομάδα ή άλλους σχετιζόμενους πάντα με το σχολείο οργανισμούς μπορεί να συμβάλλουν στο να είναι οι έφηβοι ευκολοεπηρεάσιμοι ως προς την κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία μπορεί να οφείλεται επίσης στην απώλεια του οιδιποδειακού αντικειμένου καθώς και στις οιδιποδειακές συγκρούσεις του νέου, οι οποίες είναι δυνατόν να μην έχουν περατωθεί, σε τυχόν δυσκολίες της σεξουαλικής προσαρμογής, στον αυνανισμό ή ακόμη και στις ευθύνες της ενηλικίωσης.

Πριν να ολοκληρώσουμε το συγκεκριμένο κεφάλαιο θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής προηγούνται πολύ συχνά του πρώτου ή και του δεύτερου καταθλιπτικού επεισοδίου στη ζωή ενός ατόμου, ενώ δεν είναι απαραίτητη η παρουσία τους για την εκδήλωση επομένων επεισοδίων. Βέβαια η εξήγηση αυτού του φαινομένου δεν μπορεί να δοθεί με απόλυτη βεβαιότητα· η επικρατέστερη όμως θεωρία είναι ότι κατά το πρώτο επεισόδιο της κατάθλιψης συντελούνται κάποιες μόνιμες αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες δημιουργούν επιρρέπεια στην εμφάνιση των επομένων επεισοδίων χωρίς να είναι πλέον απαραίτητη η παρουσία εκλυτικού γεγονότος. (Δ.Γ. ΔΙΚΑΙΟΣ., Κ.Ρ. ΣΟΛΛΑΤΟΣ., 1999: 54).

Σε γενικές γραμμές, όλες οι θεωρίες συμφωνούν ότι η κατάθλιψη έχει τις ρίζες της σε κάποια πολύ πρώιμη έλλειψη, που συχνά είναι η απώλεια ή η απειλή της απώλειας ενός γονιού. Αυτό το πρωταρχικό

τραύμα επανεργοποιείται από κάποιο έντονο πρόσφατο γεγονός, όπως διαζύγιο και τα λοιπά. Όποιο και αν είναι πάντως το εκλυτικό γεγονός, το άτομο βυθίζεται και ξαναζει το ήρωταρχικό τραύμα που βίωσε ως παιδί. Συνέπεια αυτής της παλινδρόμησης είναι η αίσθηση της έλλειψης κάθε ελπίδας και βοήθειας, που το άτομο είχε νιώσει στα αρχικά στάδια της ζωής του. Αυτή η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου του περιβάλλοντος οδηγεί τον καταθλιπτικό στην απόσυρση από τον κοινωνικό του περίγυρο. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 111-112).

B6 Άτομα επιρρεπείς στην κατάθλιψη και χαρακτηριστικά τους

Η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών παγκοσμίως παρουσιάζει αυξητική πορεία, που πιθανότατα σχετίζεται: **α)** με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνοδεύονται δευτερογενώς από κατάθλιψη, **β)** με τη χρήση φαρμάκων που έχουν ως δευτερογενές σύμπτωμα την κατάθλιψη και **γ)** με τις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συνδέονται με την έναρξη και την διατήρηση της κατάθλιψης. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 15).

Παρά το γεγονός ότι όλοι μας, σε διαφορετικούς βέβαια βαθμούς ο καθένας, κινδυνεύουμε από κατάθλιψη, αφού η κατάσταση αυτή είναι μια συνηθισμένη αντίδραση στην απώλεια ή την ήττα, όπως ήδη έχουμε δει, ορισμένα άτομα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σ' αυτό και ειδικότερα οι έφηβοι, οι οποίοι και έρχονται αντιμέτωποι με απώλειες, όπως απώλεια της παιδικής τους ηλικίας ή ακόμη και ήττες όπως αποτυχία στη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων. Τα άτομα όμως εκείνα που υποφέρουν από περιοδικές προσβολές χωρίς καθοριζόμενα,

εξωτερικά εκλυτικά αίτια, συχνά θεωρούνται από τους ψυχιάτρους ότι πάσχουν από οργανική διαταραχή: μια ενδογενή κατάθλιψη όπως την αποκαλούν και η οποία υποδηλώνει ότι η καταθλιπτική κατάσταση προέρχεται από το εσωτερικό του ατόμου, εφόσον ο ψυχίατρος δεν μπορεί να βρεί κανένα φανερό της αίτιο. Πάρα πολλά άτομα αντιδρούν υπερβολικά έντονα σε συγκριτικά δευτερεύουσες ήττες όπως παραδείγματος χάρη στην αποτυχία σε ένα διαγώνισμα, ενώ κάποια άλλα παθαίνουν βαθιά κατάθλιψη ύστερα από ακόμη πιο ασήμαντες «αναπόδιες». (Α.ΣΤΟΡ., 1979: 112). Τα άτομα αυτά που υπόκεινται σε σοβαρές καταθλιπτικές αντιδράσεις, βρίσκουν δυσκολία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις γιατί ζητάνε κάτι που θα έπρεπε να το έχουν πάρει, στη βρεφική ηλικία από τη μητέρα τους, και που είναι αδύνατο να βρουν μέσα σε μια ενήλικη σχέση. Οι προσωπικότητές τους είναι φτιαγμένες με βάση την απώθηση και την άμυνα ενάντια στα έντονα εκθρικά συναισθήματα που άφησαν οι «ουλές» της παιδικής αποστέρησης. Μισούν αυτούς που αγαπούν αφού δεν μπορούν να τους δώσουν εκείνο που πραγματικά χρειάζονται, και καθώς δεν τολμούν να δείξουν το μίσος τους από φόβο ότι θα χάσουν και αυτό που έχουν, το στρέφουν ενάντια στον εαυτό τους μεταβάλλοντας το σε αυτοβασανισμό και απελπισία. (Α.ΣΤΟΡ., 1979: 121). Είναι άτομα υπερβολικά εξαρτημένα από την αποδοχή και την υποστήριξη των άλλων και ταυτόχρονα έχουν ασυνείδητη αμφιθυμία προς τα πρόσωπα που αγαπούν. Έχουν δυσκολία στην έκφραση της επιθετικότητας τους και μπορεί να γίνουν καταθλιπτικοί ακόμη και σε περιπτώσεις που φυσιολογικά δημιουργούν συναισθήματα θυμού ή οργής. (Γ.ΒΑΣΙΛΑΜΑΤΖΗΣ., 2000: 26).

Ένας άλλος τύπος προσωπικότητας που έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη αφορά την παρουσία σημαντικής τελειοθηρίας

ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς και ιδιαίτερης αυστηρότητας προς τον εαυτό. (Δ.Γ.ΔΙΚΑΙΟΣ.,Κ.Ρ.ΣΟΛΛΑΤΟΣ.,1999: 55).

Τα άτομα με αυτόν τον τύπο προσωπικότητας, λόγω του ότι έχουν ένα ιδιαίτερα σκληρό υπερ-εγώ, εμφανίζονται ως πολύ υπεύθυνα και ιδιαίτερα σοβαρά. Κρίνουν τους εαυτούς τους σκληρά και τοποθετούν υψηλές προδιαγραφές και εάν δεν μπορέσουν να ζήσουν με βάση αυτά τα ιδανικά τους εμφανίζουν κατάθλιψη. Σε πιο βαριές περιπτώσεις, οι υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό τους τους οδηγούν ασυνείδητα να επιλέγουν καταστάσεις μέσα στις οποίες υποφέρουν ή υφίστανται εκμετάλλευση. (Γ.ΒΑΣΙΛΑΜΑΤΖΗΣ.,2000: 26)

B7 Συνθήκες που μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνιση της κατάθλιψης στην εφηβική ηλικία

Μέχρι τώρα έχουμε δει ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να παίξουν θετικό ρόλο στην εγκατάσταση και διατήρηση της κατάθλιψης κατά την εφηβική ηλικία. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι: **μια σχολική αποτυχία, μία αισθηματική απογοήτευση, επαναλαμβανόμενα εμπόδια (όπως απαγορεύσεις για έξοδο, αδυναμία να γίνουν τα σχέδιά τους αποδεκτά), ή απώλεια πρότερων συνηθειών (όπως αλλαγή σχολείου, σπιτιού, χωρισμός από γονείς, και τα λοιπά), δυσκολίες στις ιδιαίτερες σχέσεις με τους γονείς, θάνατος προσφιλούς συγγενή και τα λοιπά.**

Γνωρίζουμε ότι η ισορροπία στη διάρκεια της εφηβείας είναι πρωταρχική ανάγκη, οπότε κάθε αποσταθεροποιητικός παράγοντας

εισάγει μία συμπληρωματική δυσκολία για τον νέο (Ι.ΚΟΥΡΟΣ.,1993: 132-133).

Τα εμπόδια που προβάλλονται στην έφηβο, (Κ.Γ.ΜΑΝΟΣ.,1990: 304), και τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την ματαιώση, χωρίζονται σε **εσωτερικά** και **εξωτερικά**. Εσωτερικά είναι τα εμπόδια που οφείλονται στο ίδιο το άτομο, ενώ εξωτερικά είναι αυτά που προβάλλονται από το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Ο νέος μετά τις συχνές αποτυχίες είναι δυνατόν να απογοητευθεί και να παραιτηθεί από την παραπέρα προσπάθεια όχι μόνο για την πραγματοποίηση του σκοπού τον οποίο και έχει θέσει, αλλά και για την αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων. Με την υπερπήδηση των εμποδίων, η οποία συνεπάγεται μείωση ή εξαφάνιση της συναισθηματικής έντασης, και την πραγματοποίηση του σκοπού επέρχεται και η προσαρμογή του ατόμου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των σκοπών που θέτουν τα άτομα είναι να είναι ανάλογοι με τις ικανότητές τους.

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει το αίσθημα της απώλειας αποτελεί την κύρια πηγή της κατάθλιψης. Η εφηβεία θυμίζει πάντα με μια απώλεια. Απώλεια της παιδικής ηλικίας, περιόδου ανεμέλης και ευτυχισμένης. Η άφιξη της εφηβείας κόβει τους δεσμούς με το παρελθόν και ο έφηβος πρέπει να αποχαιρετήσει εκείνα τα χρόνια. Οι φυσικές αλλαγές τον υποχρεώνουν, παρά τη θέληση του, να συνειδητοποιεί ότι μερικά πράγματα δεν είναι όπως πρώτα (Ι.ΚΟΥΡΟΣ.,1993: 133). Αν και οι έφηβοι απαιτούν την αυτονομία του, παράλληλα έχουν ανάγκη και τους γονείς τους, οι οποίοι θα τους υποστηρίξουν στους πειραματισμούς τους 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. (H. CHABROL., 1987: 17).

Συχνά οι έφηβοι όμως συνειδητοποιούν ότι οι γονείς τους δεν είναι τόσο θαυμάσιοι και άτρωτοι όπως πίστευαν με αποτέλεσμα να περάσουν μία περίοδο νιώθοντας απογοητευμένοι με την ανακάλυψή τους.

Γνωρίζουμε ότι το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, με όλες τις φυσικές και ψυχολογικές ανατροπές που αυτό συνεπάγεται, απαιτεί από τον έφηβο ένα σημαντικό ποσό ενέργειας. Ορισμένοι δεν βρίσκουν αρκετές δυνάμεις για να περάσουν στην ενήλικη ζωή, ενώ άλλοι δεν είναι έτοιμοι να άφομοιώσουν όλες αυτές τις αλλαγές, σε τόσο λίγο χρονικό διάστημα. Και εδώ η συμβολή των γονέων είναι σημαντική γιατί οφείλουν να καθοδηγήσουν τους εφήβους, να τους παρέχουν τον απαραίτητο έλεγχο και στήριγμα. Συμβαίνει όμως οι γονείς, συνειδητά, ή ασυνείδητα να περάσουν στο παιδί μια αίσθηση αδυναμίας επιθυμίας, με αποτέλεσμα να αγωνίζονται, παράλληλα με την προσπάθειά τους να βρουν την αναγκαία ενέργεια για να περάσουν στην ενηλικίωση, για να τους ακούσουν, να τους αναγνωρίσουν και να τους αποδεχτούν οι γονείς τους. Όταν η επικοινωνία διακόπτεται ο έφηβος δοκιμάζει ένα αίσθημα ότι δεν τον αγαπούν, δεν τον κατανόουν, τον απορρίπτουν, ότι είναι αφημένος στον εαυτό του. Η μάχη τότε είναι πολύ άγρια και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί. (Ι. ΚΟΥΡΟΣ., 1993: 133, 134).

Παράλληλα οι γονείς οφείλουν να τους αφήνουν και αρκετή αυτονομία γιατί η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί και ως συνέπεια του περιορισμού των θετικών ενθαρρύνσεων ο οποίος συνεπάγεται πιθανά μια αύξηση των τιμωριών.

Στις οικογένειες που ασκείται υπερβολικός έλεγχος (H.CHABROL., 1987: 21-22), όλες οι βασικές εκδηλώσεις της εφηβείας υφίστανται διαταραχή στον τομέα των ενθαρρύνσεων. Οι τάσεις ανεξαρτησίας όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά, αντίθετα αναστέλλονται. Ο Hen din αναφέρει ότι 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 ειηρεάσουν ευνοϊκά την κατάθλιψη: ο έφηβος αδυνατεί να 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 σε 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.

Αντίστροφα, μία άλλη ομάδα οικογενειών εφήβων χαρακτηρίζεται από την απουσία ελέγχου, από ασυνάρτητες και ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις και από έλλειψη κάθε προσδοκίας από τον έφηβο. Αυτές οι θέσεις πιθανόν να εκφράζουν την αδιαφορία των γονέων και τα επακόλουθα της (αμέλεια, συναισθηματική και παιδαγωγική ένδεια) τα οποία εμφανίζονται συχνά στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Εκδηλη είναι επίσης η απουσία επιδοκιμασίας με κατάθλιπτικές 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 κόσμου έχουν μεταβάλλει

την οργάνωση της οικογένειας. Η ανάπτυξη της «πυρήνικης οικογένειας» στα αστικά κέντρα απομονώνει τόσο τους γονείς όσο και τα παιδιά. Η ενότητα της οικογένειας διαρκώς περιορίζεται από εξωτερικές επιδράσεις, ορισμένες από τις οποίες μπορούν να αποφευχθούν (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 τους για να αποκτήσουν ορισμένες τεχνικές και κοινωνικές επιδεξιότητες.

Εφόσον αναλύσαμε τις σπουδαιότερες σύνθήκες που μπορεί να ευνοήσουν μία κατάθλιψη, θα ήταν χρήσιμο να κάνουμε λόγο και για δύο αντιλήψεις σχετικές με την κατάθλιψη του εφήβου και οι οποίες βρίσκονται σε αντιπαράθεση. Η μία θεωρεί ότι το μεγαλύτερο μέρος των καταθλιπτικών εφήβων, αντίθετα απ' ό τι οι ενήλικες, δεν εκδηλώνουν άμεσα αυτή τη διαταραχή και πάρβουσιάζουν μία άτυπη συμπτωματολογία στην εξέταση, ενώ η άλλη υπερσπίζεται την ταυτότητα της κλινικής εικόνας της κατάθλιψης στον εφηβο και στον ενήλικα. Μία τρίτη θέση, που είναι και η πιο πρόσφατη, επιχειρεί την συμφιλίωση των δύο προηγούμενων.

Η **πρώτη** προοπτική οδήγησε στην αντίληψη της «καλυμμένης κατάθλιψης», δηλαδή μιας καταθλιπτικής διαδικασίας που εκδηλώνεται πρώτα απ' όλα στο σωματικό επίπεδο, και των «καταθλιπτικών ισοδυναμιών» και διάφορες διαταραχές συμπεριλαμβάνονται σε αυτές τις κατηγορίες. Η **δευτερη** αντίληψη, τέλος συνίσταται στο να αναγνωρίσει κανείς στην κατάθλιψη του εφήβου μία συμπτωματολογία ταυτόσημη με εκείνη του ενήλικα (H.CHABROL., 1987: 35-36).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι καταθλιπτικές αντιδράσεις είναι συνήθως αποτέλεσμα ενός ή συνδυασμού περισσότερων από τους παρακάτω παράγοντες: **α)** οι προσπάθειες του ατόμου για θετική ενίσχυση είναι ανεπαρκείς, **β)** η αντίληψη του ατόμου για την ικανότητα του να ελέγχει το περιβάλλον του είναι αλλοιωμένη και διαστρεβλωμένη και **γ)** το περιβάλλον του δεν αντιδρά ικανοποιητικά ή καθόλου με την έννοια ότι περιέχει ελάχιστες ενισχύσεις. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΛΣ., 1998: 122).

B8 Επικίνδυνοι παράγοντες όσον αφορά την εκδήλωση της κατάθλιψης στην εφηβεία.

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις έχουν ανάδειξει τους παρακάτω συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου νόσησης από συναισθηματικές διαταραχές και οι οποίοι συντείνουν και στην εκδήλωση κατάθλιψης στον νεανικό πληθυσμό.

α) Το φύλο: Σειρά επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν σταθερά ότι τα κορίτσια υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά από ότι τα αγόρια. Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες περίπου πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη από ότι οι άνδρες. (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΛΣ., 1998: 30)

β) Η ηλικία: Τα νεότερα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης.

γ) Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο: Η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα άτομα που νοσούν από διπολικές διαταραχές. Αντίθετα, η χαμηλότερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση ευθύνεται για την εμφάνιση Μείζον Καταθλιπτικής Διαταραχής (Μ.Κ.Δ.).

δ) Η κληρονομικότητα: Θετικό οικογενειακό ιστορικό για συναισθηματικές διαταραχές ανευρίσκεται στα περισσότερα άτομα που νοσούν από συναισθηματικές διαταραχές.

ε) Η πρόωμη αποστέρηση γονέων, λόγω θανάτου και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία, βρέθηκε να συσχετίζεται με την εμφάνιση της Μείζον Καταθλιπτικής Διαταραχής(Μ.Κ.Δ.).

στ) Τα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής και η ύπαρξη χρόνιου στρές, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νόσησης από Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή.(Μ.Κ.Δ.).

ζ) Ο τόπος μόνιμης κατοικίας: Οι αστικές περιοχές αποτελούν τον χώρο όπου η επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη και

η) Η προσωπικότητα: Τα άτομα εκείνα που είναι περισσότερο παθητικά, εξαρτημένα, απαισιόδοξα ή αρνητικά στη συμπεριφορά τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από κατάθλιψη, ιδιαίτερα εάν διατηρούν τα αρνητικά τους συναισθήματα.(Μ.Γ.ΜΑΔΙΑΝΟΣ.,1998:26).

B9 Η συνύπαρξη της κατάθλιψης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Από αρκετές επιδημιολογικές έρευνες έχει καταφανεί η συνοσηρότητα της κατάθλιψης με αρκετές ψυχιατρικές διαταραχές (όπως διαταραχή διαγωγής, σχολική άρνηση, υπερκινητικότητα, μαθησιακές εξελικτικές διαταραχές, άγχος αποχωρισμού, ψυχογενή ανορεξία και χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών καθώς και εγκληματικότητα και παραβατικότητα).

Μελέτες (Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ., Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1999: 237) αναφέρουν ότι **55%** των υπερκινητικών παιδιών εμφανίζουν και κατάθλιψη ενώ **35-45%** των παραβατικών εφήβων εμφανίζει κατάθλιψη. Επίσης το **30%** των ανορεκτικών εφήβων εμφανίζει και κατάθλιψη ενώ μέσα από τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι η πιο συχνή συνοσσηρότητα είναι με την μαθησιακή αποτυχία: το **60-80%** των παιδιών που παρουσιάζουν σχολικές δυσκολίες εμφανίζουν και κατάθλιψη. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη αποτελεί κοινό ψυχοπαθολογικό στοιχείο και με τις αγχώδεις διαταραχές, ενώ συνυπάρχει και με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και με τις διαταραχές της προσωπικότητας με κυριότερες την επιθετικότητα και την αυτοκτονία.

B9.1 Κατάθλιψη και άγχος

Κλινικές μελέτες και πρόσφατες σχετικά έρευνες δείχνουν ότι η μείζον κατάθλιψη έχει μεγάλη συνοσσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές και πιο συγκεκριμένα με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 41). Τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη είναι και τα δυο μία οδυνηρή υπερεπαγρύπνηση που συνεπάγονται ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Βεβαίως, δεν υπάρχει αμφίβολια ότι, παρά τις ομοιότητες τους έχουν και ιδιαίτερα το καθένα χαρακτηριστικά. Τα φαινόμενα του άγχους είναι εσώκλειστα, καλυμμένα, περιβαλλόμενα μέσα στην καταθλιπτική περιστολή και τοποθετούνται στο φάσμα των διευθετήσεων και των μέσων, επισημαίνοντας την αποτυχία, την δύσαρεσκεία, το ανικανοποίητο, προς την κατεύθυνση του μέλλοντος, της αναμονής του ενδεχομένου, του σχεδίου (Β.GOLSE., P.MESSERCHMITT., 1987: 44).

Ο πίνακας που ακολουθεί (**Πίνακας II**) θα μας βοηθήσει ώστε να καταλάβουμε καλύτερα τον συσχετισμό της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές.

Πίνακας II:

Ιδιαίτερα και κοινά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους

Συμπτώματα ιδιαίτερα της κατάθλιψης	Συμπτώματα ιδιαίτερα του άγχους	Κοινά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους
Διάθεσης <ul style="list-style-type: none"> • Έντονη θλίψη και απελπισία • Χαμηλό θετικό συναίσθημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Έντονος φόβος και ένταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Αρνητικό συναίσθημα • Κλάμα • Ευερεθιστότητα
Γνωστικά <ul style="list-style-type: none"> • Λισθήματα έλλειψης ελπίδας • Αίσθηση απώλειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθηση κινδύνου και απειλής • Αβεβαιότητα • Υπερεγρήγορη 	<ul style="list-style-type: none"> • Λισθήματα έλλειψης βοήθειας • Επαναλαμβανόμενες σκέψεις και ψυχαναγκασμοί • Ανησυχία • Χαμηλή αυτοπεποίθηση • Αρνητική αυτοεκτίμηση • Αρνητική αυτοκριτική • Ενασχόληση με τον εαυτό • Αναποφασιστικότητα • Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
Συμπεριφορικά <ul style="list-style-type: none"> • Ψυχοκινητική επιβράδυνση • Ανηδονία • Απώλεια ενδιαφέροντος • Αυτοκτονικός ιδεασμός και ενέργειες 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη δραστηριότητα • Συμπεριφορική διέγερση 	<ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη δραστηριότητα • Μειωμένη έναρξη αντιδράσεων • Μειωμένη ενέργεια • Συμπεριφορική απόδιοργάνωση και ελλειμματική απόδοση

Συνέχεια Πίνακα στην άλλη σελίδα.

Ιδιαίτερα και κοινά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους

Συμπτώματα ιδιαίτερα της κατάθλιψης	Συμπτώματα ιδιαίτερα του άγχους	Κοινά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους
Συμπεριφορικά		<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη εξάρτηση • Ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες
Οργανικά <ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη διεγερσιμότητα συμπαθητικού συστήματος • Μειωμένη όρεξη • Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού συστήματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανήσυχος ύπνος • Δυσκολία στην έναρξη του ύπνου • Επεισόδια πανικού

Πηγή: Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998: 44-45.

B9.2 Κατάθλιψη και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες προκύπτει στους νέους και γενικότερα στους ανθρώπους, που καταβάλλονται από καταθλιπτικά συναισθήματα. Πρόκειται γι' αυτούς που δεν έχουν ιδανικά, που αδυνατούν να αναγνωρίσουν το νόημα της ζωής ενώ παράλληλα αναζητούν τις «μαγικές λύσεις», προκειμένου να επιλύσουν τα οικογενειακά είτε προσωπικά τους προβλήματα.

Γνωρίζουμε ότι ένας νέος με κατάθλιψη υπόκειται εύκολα στις άσχημες πιέσεις της παρέας και μπορεί πολύ εύκολα να πέσει θύμα στα ναρκωτικά καθώς και στο αλκοόλ, την εγκληματική δραστηριότητα, στις άσχημες σεξουαλικές εμπειρίες και σε άλλες αντικοινωνικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης και της αυτοκτονίας(R.CAMPBELL.,M.D., 1987: 130).

Επιπρόσθετα ο εθισμός του ατόμου στα ναρκωτικά, μπορεί να οφείλεται και στην ακούσια βοήθεια των γιατρών που του χορηγούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για καθαρά θεραπευτικούς λόγους.

B9.3 Κατάθλιψη και Επιθετικότητα

Πολύ συχνά συνηθίζουμε να σκεπτόμαστε την επιθετικότητα σαν κάτι κακό αντί να την θεωρούμε σαν μία ορμή που είναι απαραίτητη για να κυριαρχούμε πάνω στο περιβάλλον μας αλλά και για να ξεχωρίζουμε ο ένας από τον άλλο με τέτοιο τρόπο ώστε να μην μένουμε υπερεξαρτώμενοι αλλά να γινόμαστε χωριστά άτομα και να καθορίζουμε τα «εδαφικά σύνορα» κάθε ατόμικης προσωπικότητας (Λ.ΣΤΟΡ.,1979: 116). Έτσι και ο έφηβος προσπαθεί να ξεχωρίσει τον εαυτό του και να τον αυτοεπιβεβαιώσει καλύτερα αναζητώντας την αυτογνωσία και την ταυτότητά του.(Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΛΗΣ.,1993: 217).

Πολλοί μπορεί να είναι εκείνοι οι παράγοντες που ευνοούν την επιθετικότητα. Η απώλεια για παράδειγμα ενός αγαπητού προσώπου προκαλεί ένα είδος κατάθλιψης που, πολύ διάφορη από την απλή λύπη, χαρακτηρίζεται από αναστολή της επιθετικής ορμής προς τον εξωτερικό κόσμο και μετάστροφή αυτής της ορμής προς τον εαυτό με συνέπεια την αυτοκατάκριση και το αίσθημα αναξιοτήτας. Βέβαια ο θάνατος ενός αγαπητού μας προσώπου θα πρέπει κανονικά να προκαλεί πόνο χωρίς καμία επιθετικότητα.

Ένα τυπικό παράδειγμα είναι η περίπτωση μιας κοπέλας που περιποιήθηκε με άφοσίσση τη μητέρα της σε όλη τη διάρκεια της τελικής της αρρώστιας. Μετά το θάνατο της μητέρας, η κοπέλα έπεσε σε βαθιά κατάθλιψη. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να αγαπούσε πολύ τη μητέρα της και να τη φρόντιζε με την μεγαλύτερη προσοχή, κατηγορεί

τον εαυτό της ότι δεν της φέρθηκε καλύτερα και προσπαθεί να βρει περιπτώσεις όπου νευρίασε μαζί της ή την παραμέλησε. Αντί να περηφανεύεται ότι στάθηκε μια αφοσιωμένη κόρη, συμπεριφέρεται στον εαυτό της σαν να ήταν εγκληματίας και είναι πιθανόν να τρέφει και ιδέες αυτοκτονίας με την δικαιολογία ότι ένα τόσο μηδαμινό πλάσμα σαν και αυτήν, δεν αξίζει να ζει. Πολλά και διάφορα είναι τα στοιχεία που συνθέτουν τη συγκεκριμένη εικόνα: Κατ' αρχήν είναι ο θάνατος ενός ατόμου που η κοπέλα αγαπούσε και σίγουρα η απώλεια αυτή ευθύνεται για τη λύπη της. Ύστερα είναι η απώλεια κάποιου από τον οποίο εξαρτιόταν και στον οποίο κατέφευγε για υποστήριξη και προστασία. Στο βαθμό που η κόρη εξαρτάται ακόμη από την μητέρα της, είναι αναμενόμενο ότι θα νιώσει κακία για το χαμό της μαζί με τη λύπη. (Λ.ΣΤΟΡ., 1979: 114).

Ο **Freud**, (Γ.ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ., 1998:105,106) από την πλευρά του υποστηρίζει ότι η προδιάθεση για τέτοιου είδους αντιδράσεις στις απώλειες έχει τις ρίζες της σε κάποια ιδιαίτερη εμπειρία της παιδικής ηλικίας, όπου το μικρό παιδί βίωσε μία απώλεια της μητέρας ή της αγάπης της μητέρας. Για να μειώσει τον αντίκτυπο αυτής της απώλειας, το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει μία αναπαράσταση του χαμένου αντικειμένου. Όμως ο θυμός που κατευθύνονταν στο χαμένο αντικείμενο προσανατολίζεται τώρα προς ένα μέρος του ίδιου του εγώ του παιδιού, με αποτέλεσμα να προδιαθέτει για καταθλιπτικά επεισόδια στο μέλλον στις περιπτώσεις σημαντικών απωλειών. Υποστηρίζει επίσης ότι αυτό στο οποίο επιτίθεται ο καταθλιπτικός μέσα στον ίδιο του τον εαυτό, με τόσο φανερά σκληρό τρόπο, είναι η εσωτερικευμένη εικόνα ενός μισητού αντικειμένου. Με άλλα λόγια, ο θυμός και η απογοήτευση, που προηγουμένως είχαν στόχο τους ένα χαμένο αντικείμενο, εσωτερικεύονται και οδηγούν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και σε μία τάση για αρνητική αυτοκριτική.

Συνεπώς η εκθρική στάση και η επιθετικότητα του εφήβου αποτελεί ένα συνηθισμένο τρόπο αντιμετώπισης της αγώνιας και του φόβου εναντίον της πηγής απ' όπου πηγάζουν τα συναισθήματα αυτά. Γι' αυτό και αντιδρά βίαια. Το ξέσπασμα της επιθετικότητας του μπορεί να εκφραστεί με καταστροφή του σχολικού υλικού, των οικογενειακών σκευών και αντικειμένων καθώς και με αυτοκτονία, γιατί ότι δεν μπορεί να εκφρασθεί στην εξωτερική πραγματικότητα στρέφεται εναντίον του εαυτού (Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ.,1993:216).

Πριν να ολοκληρώσουμε, θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι σημαντική και αναγκαία η διαφορική διάγνωση σε περιπτώσεις εφήβων που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Καταρχήν αποκλείονται οι οργανικές παθήσεις στις οποίες η κατάθλιψη εμφανίζεται ως σύμπτωμα. Τέτοιες είναι ασθένειες του θυρεοειδούς, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι λευχαιμίες, οι κακοήθεις όγκοι, οι αναιμίες και τα λοιπά. Σ' αυτό συντελεί η καλή γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης αφ' ενός και των σωματικών ασθενειών που εμφανίζονται και με ψυχιατρικά συμπτώματα αφ' ετέρου, και που διευκολύνουν την διαφορική διάγνωση.(Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ.,Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ.,1999:237).

Γ' Εφηβική κατάθλιψη και αυτοκτονία

Σ' αυτή την πόλη που κατοϊκώ,
υπάρχει ένα παιδί που αγαπώ πάρα πολύ,
με έναν τέλειο τρόπο άγγιξε τα μαλλιά μου.
Δεν μπορώ να τραβήξω το βλέμμα μου
πάνω από το γλυκό πρόσωπό του και τα καφέ του μάτια.
Μου είπε ότι η αγάπη του για μένα είναι μεγάλη σαν τον ουρανό
αλλά ξέρω ότι ήταν μόνο ένα ψέμα
και τώρα ξέρω τον λόγο,
γιατί αυτή είναι πολύ πιο όμορφη από εμένα.
Έτρεξα σπίτι εκείνη τη νύχτα.
Πήγα στο δωμάτιό μου και έκλαψα.
Ο πατέρας μου ήρθε στο σπίτι αργά εκείνη τη νύχτα.
Έψαξε για μένα από άκρη σε άκρη.
Τελικά πήγε στο δωμάτιό μου
έσπασε την πόρτα,
με είδε να κρέμομαι από ένα σκοινί.
Πήρε ένα μαχαίρι και με κατέβασε.
Μέσα στην τσέπη μου βρήκε ένα σημείωμα
Αγαπητή μαμά, αγαπητέ μπαμπά,
σας ευχαριστώ που με μεγαλώσατε,
αλλά τώρα πρέπει να φύγω
σε μια χώρα, όπου η αγάπη είναι αληθινή
και οι καρδιές δεν σπάνε με έναν θάνατο.
Συγνώμη που δεν έμεινα
αλλά ξέρω ότι θα το καταλάβετε.
Είμαι ένα μικρό πουλί που χρειάζεται να πετάξει μακριά....

Dru Hill Numba

Τα πολιτιστικά πρότυπα κάθε κοινωνικής ομάδας, οι ποικίλοι τρόποι διαβίωσης, οι αντιλήψεις συν τα έθιμά για το θάνατο και το πλέον δυνατότερο απ' όλα, το αίσθημα των θρησκευτικών πεποιθήσεων, καταστάσεις που παραλλάζουν από τόπο σε τόπο, καθορίζουν την οπία με την οποία αντιμετωπίζεται η αυτοκτονία. Σε ορισμένους λαούς-ακόμη και σήμερα-η αυτοκτονία είναι παραδεκτή και εγκρίνεται κάτω από ξεχωριστές συνθήκες. Άλλοι λαοί αντιτίθενται στην αυτοκτονία αποφασιστικά κι ανένδοτα σαν πράξη, ακόμη και σαν έννοια. Εκεί που δεν συναντάς ομοιομορφία αντιμετώπισης είναι στις ομάδες που διατηρούν ακόμα κάποιον πρωτογονισμό και είναι, ακόμη και στις μέρες μας, μακριά από έννοιες «πολιτισμού»-όπως το εννοούμε εδώ στις Δυτικές φιλοσοφίες και κοινωνίες. Υπήρχαν και υπάρχουν φυλές ανθρώπων που η αυτοκτονία είναι πρακτικά άγνωστη, σε άλλες ήταν κι είναι σπάνια και σαν πράξη καταδικαστέα. Αλλού όμως, είναι σύνηθης πράξη και τις περισσότερες φορές οι λόγοι που κάποιος αυτοκτονεί είναι ασήμαντοι. Καθοριστικός παράγοντας αυτοκτονίας, τόσο στις πρωτόγονες όσο και στις πολύπλοκες πολιτισμένες κοινωνίες, είναι η ατομικότητα. Παλαιότερα η αυτοκτονία είχε «ελατήρια» που προερχόταν από την πίεση που ασκούσε μια ομάδα ανθρώπων επάνω σε άλλους ή και από ατελείς προσωπικές φιλοδοξίες, και ακόμη από ανταγωνιστικές διαθέσεις που είχαν τα άτομα αναμεταξύ τους.

Στην Ανατολή ορισμένες μορφές αυτοκτονίας θεωρήθηκαν και θεωρούνται πράξεις άξιες επαίνου. Οι βουδιστικές και οι βραχμανικές θεωρίες αρνούνται τη σάρκα, εγκρίνοντας την ιδέα πως το σώμα είναι μια κατοικία που μπορεί να «εγκαταληφθεί» κατά την θέληση του ιδιοκτήτη. (Αυτή η δοξασία είναι πολύ κοντά στις δοξασίες των Αρχαίων Στωικών και περισσότερο του Επίκτητου). Θεομοθετημένες αυτοκτονίες είναι το Σούτε (Suttee=θυσία της γυναίκας όταν πεθαίνει ο

άντρας της). Είναι το Hara-kiri (χαρακίρι= θεληματική τελετουργική πράξη αυτοσφαγής), που το συναντάμε και στις μέρες μας στην Ιαπωνία. Εδώ μπορούμε να κατατάξουμε την αυτοσφαγική αυτοκτονία σαν αξιόχρεο ενάντια μιας προβολής, μιας ατιμώσης ή μιας καταφρόνησης που κάνουν τρίτοι για έναν ή πολλούς προγόνους, μιας πίστης για «άδικη επίθεση», μια εναντίωση στην εξέλιξη της θεσμοθετούμενης κοινωνίας, μια εγκατάλειψη προτατορικών και ιερών παραδοσιακών ηθών και εθίμων. Τέτοιες αυτοκτονίες έγιναν γνωστές στην διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και τους ανθρώπους τους ονομάζουμε Καμικάζι (Kamí-Kazi=στα ιαπωνικά «θεϊκός άνεμος»). Σε αντίθεση, το Ισλάμ καταδικάζει αυστηρά την αυτοκτονία, τόσο σαν πράξη όσο και σαν ιδέα (Λ.ΧΡΗΣΤΑΚΗΣ., 1994:27-28).

Στην εποχή των Ελλήνων και των Ρωμαίων, οι αιτίες που οδηγούσαν τους ανθρώπους σε αυτοκτονία είναι ποικίλες και διάφορες μεταξύ τους. Συναντά κάποιος που ενδιαφέρεται για το θέμα πολλές εκδοχές. Εάν θέλει μάλιστα μπορεί εύκολα να αποδείξει ότι η αυτοκτονία αποτελεί αντικείμενο διαρκούς αποδοκίμασias, που προβλέπεται και από τους νόμους και δικαιολογείται από τις προκαταλήψεις. Στην Αρχαία Ελλάδα, πόλεις με την ίδια ανάπτυξη πολιτισμού αντιδρούσαν στο θέμα της αυτοκτονίας εντελώς διαφορετικά, ενώ υπήρχαν άλλες πολιτείες που δεν αντιδρούσαν καθόλου, για λόγους που δεν έχουν ιστορικά εξηγηθεί. Η απαγόρευση των νεκρικών τιμών στους αυτοκτονούντες στην Θήβα ή στην Κύπρο είναι αρχικά η πρώτη καταδίκη του αυτοκείρα, που φυσικά είχε συνέπειες στην οικογένειά του. Λειτουργούσε όμως και ως πρόληψη εναντίον της αυτοκτονίας. Πάντως, δεν έγινε αντιληπτό πως γινόταν στην μία πόλη να αρνούνται να κηδέψουν τον αυτοκείρα, ενώ στην άλλη να τον καίνε και το σαβάνωμα και στις δύο να είναι πράξη θεμιτή και επιβαλλόμενη. Μια εποχή στην Αθήνα, έκοβαν το δεξί χέρι

στρατιωτικού που αυτοκτόνησε με το σπαθί του και το έθαβαν χωριστά από το σώμα. Άλλοι τρόποι αυτοκτονίας που προέρχονταν από ασφυξίας, για παράδειγμα ο πνιγμός αν και θεωρείται εξίσου «ταμπού», δεν εμπίπτει στις μετά θάνατο τέλετικές απαγορεύσεις. Συμπερασματικά, εκείνο που «ενοχλούσε» ήταν το «αίμα». (Λ.ΧΡΗΣΤΑΚΗΣ.,1994:105).

Γ1 Η σχέση της αυτοκτονίας με την κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές παθήσεις.

Είναι σαφής η συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονία και ψυχιατρικές παθήσεις. Πολυάριθμες αναδρομικές έρευνες, καταλήγουν στην διαπίστωση ότι, τουλάχιστον **40%** των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από ψυχωσικούς ασθενείς (οξείες ή χρόνιες ψυχώσεις), ότι **30%** έως **40%** των περιπτώσεων συνδέονται με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας, νευρωσικού ή ψυχοπαθητικού τύπου και ότι μονάχα **10%** έως **15%** των αυτοκτονιών δεν έχουν σχέση με κάποιο σοβαρό ψυχοπαθολογικό αίτιο.

Εξάλλου, τα ποσοστά αυτοκτονιών σε ιδρυματικούς ψυχιατρικούς αρρώστους είναι διπλάσια ως τριπλάσια σε σύγκριση με εκείνα του γενικού πληθυσμού. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας διαφέρει αισθητά για κάθε ψυχική νόσο.

Η αυτομόνη σχέση αυτοκτονίας- κατάθλιψης φαίνεται καθαρά στη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση. Ο κίνδυνος στη περίπτωση αυτή είναι σημαντικός κατά την μελαγχολική φάση. Η πρόληψη των υποτροπών με το λίθιο μειριάζει το μέγεθος του κινδύνου (**30%** του συνόλου των αυτοκτονιών πριν από τη γενίκευση των θεραπειών με λίθιο αφορούσαν καταθλιπτικούς ασθενείς που υποτροπίαζαν). Ο μελαγχολικός σχεδόν

πάντα, όταν επιχειρεί την αυτοκτονία, νιώθει ενοχή και βαθιά ψυχική οδύνη. Η πράξη αυτή αποτελεί τον έσχατο τρόπο αντιμετώπισης μιας έντονης πεποίθησης διάπραξης ενός σφάλματος, ή το μοναδικό μέσο διαφυγής από ένα αβάσταχτο ψυχικό μαρτύριο. Συχνά η πρόθεση αποκρύπτεται, το εγχείρημα προετοιμάζεται λεπτομερώς και εκτελείται μέσα στη μοναξιά με βίαιο, ως προς την επιλογή των μέσων, τρόπο, ο οποίος επιβεβαιώνει τραγικά την ύπαρξη επιθυμίας θανάτου.

Η σχιζοφρένεια ενέχει υψηλό κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία (περίπου 4% του συνόλου των αυτοκτονιών κατά τον Ringel). Η αυτοκτονία στο σχιζοφρενή, οφείλεται σε πολλές αιτίες. Συμβαίνει συχνά στα πλαίσια κατάθλιψης που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της φάσης αποδρομής του παραληρήματος, σε ασθενείς σαφώς βελτιωμένους αλλά αντιμετώπους, κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο με την οικογενειακή και την κοινωνικοεπαγγελματική πραγματικότητα. Μπορεί, επίσης, να είναι αποτέλεσμα μιας παράδοξης και απρόβλεπτης αυτοεπιθετικής παρόρμησης ή να επέλθει κατά την διάρκεια μια αγχώδους κρίσης πανικού, η οποία συνδυάζεται με βιώματα κατακερματισμού της προσωπικότητας. Η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων, ευνοώντας την ασυνέχη εξέλιξη της νόσου, αύξησε αισθητά τον κίνδυνο αυτοκτονίας, τον οποίο παλαιότερα περιόριζε η χρόνια παραμονή σε άσυλο.

Οι βαριές διαταράξεις της προσωπικότητας με νευρωσικά και ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά ευθύνονται για 30% έως 40% των αυτοκτονιών. Ο θάνατος είναι σε αυτή την περίπτωση, αποτέλεσμα ενός αμφιθυμικού εγχειρήματος, το οποίο εκφράζει ταυτόχρονα συναισθηματική διεκδίκηση και επιθυμία θανάτου.

Ο υψηλότερος κίνδυνος αυτοκτονίας συνδέεται επίσης με τις πλημμελώς δομημένες, ασταθούς συμπτωματολογίας, νευρώσεις. Οι

νευρώσεις αυτές παρουσιάζονται σε ανώριμα άτομα, με έντονες συναισθηματικές καθηλώσεις, τα οποία έχουν την τάση να ξαναζουν ύστερα από κάθε αποτυχία τις τραυματικές εμπειρίες εγκατάλειψης της παιδικής τους ηλικίας.

Στους ψυχοπαθητικούς, η αυτοκτονία αποτελεί συχνά την έσχατη πράξη εκδραμάτισης μιας ζωής γεμάτης, από αντικοινωνικές και παρορμητικές πράξεις. Το εγχείρημα διευκολύνεται σε μεγάλο βαθμό από την κατανάλωση οινόπνευματος. Ο θάνατος επέρχεται, μερικές φορές, ύστερα από πολλές απόπειρες και δεν είναι πάντα η κατάληξη της πιο απόφασιστικής από αυτές.

Η αυτοκτονία μπορεί, επίσης, σπανιότερα να συμβεί κατά την πορεία των οργανικών ψυχώσεων, των συγχυτικών καταστάσεων και της επιληψίας. Στους αλκοολικούς και τους τοξικομανείς, η συχνότητα της αυτοκτονίας είναι υψηλή.

Εξίσου είναι σημαντικό να αναφερθεί και η σχέση της απόπειρας αυτοκτονίας με την ψυχιατρική παθολογία η οποία σε σύγκριση με την αυτοκτονία είναι πολύ λιγότερο σαφής (H.CHABROL.,1987:38-39): ο πληθυσμός των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν περιλαμβάνει, βεβαίως, ψυχωσικούς (20% περίπου), καταθλιπτικούς, καθώς επίσης βαριά νευρωσικούς και άτομα με ψυχοπαθητικές διαταραχές. Περιέχει όμως και εύθραυστα και ανώριμα άτομα, τα οποία είναι ευαίσθητα στην εγκατάλειψη, καθώς και υστερικούς. Σε αυτούς, το αυτοκτονικό εγχείρημα, βαθιά αμφιθυμικό ως προς τα κίνητρα του, μπορεί να σημαίνει έκκληση προς τους άλλους, συναισθηματική αναζήτηση, επιθυμία να καταστούν αντικείμενο αγάπης, η οποία τους οδηγεί μέχρι το προκλητικό παιχνίδι με το θάνατο. Η απόπειρα αυτοκτονίας μεταφράζει μια αποτυχία της πορείας

της εφηβείας, ενώ οι ιδέες αυτοκτονίας συνήθως μαρτυρούν απλώς το αναπόφευκτο πένθος της παιδικής ηλικίας.

Γ2 Τύποι και κατηγορίες αυτοκτονιών

Γενικά, οι ειδικοί επέδειξαν μικρή προσοχή στην ταξινόμηση των αυτοκτονιών των φρενοβλαβών. Οι τέσσερις όμως τύποι που ακολουθούν (E.DURKHEIM.,X.X:41-44) περικλείουν πιθανόν τις σπουδαιότερες ποικιλίες.

1. Μανιακή αυτοκτονία. Αυτή οφείλεται σε παραισθήσεις ή σε παραληρηματικές συλλήψεις. Ο άρρωστος σκοτώνεται για να δραπετεύσει από έναν φανταστικό κίνδυνο ή μια ντροπή ή για να πειθαρχήσει σε μια μυστηριώδη τάξη που του επιβάλλεται από ψηλά και λοιπά. Αλλά τα κίνητρα μιας τέτοιας αυτοκτονίας και ο τρόπος της εξέλιξής της αντανakλούν τα γενικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας από όπου προέρχεται δηλαδή την μανία. Αυτό που διακρίνει αυτή την κατάσταση είναι η ακραία ευκινησία. Οι πιο ποικίλες και συγκρουόμενες ιδέες και αισθήματα διαδέχονται η μία την άλλη με έντονη σπουδή στην συνείδηση του μανιακού. Είναι ένας διαρκής ανεμοστρόβιλος. Μια κατάσταση της συνείδησης αντικαθίσταται στιγμιαία από μια άλλη. Τέτοια επίσης είναι τα κίνητρα της μανιακής αυτοκτονίας· γεννώνται, αφανίζονται ή μεταβάλλονται με μια συναρπαστική ταχύτητα. Η παράισηση 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 σε ένα άλλο κίνητρο. Το πιο ασήμαντο περιστατικό μπορεί να οδηγήσει στις απότομες αυτές μεταμορφώσεις.

2. Μελαγχολική αυτοκτονία. Αυτή συνδέεται με μία 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 ελκύουν πια, τα βλέπει όλα μαύρα. Η ζωή του φαίνεται βαρετή ή οδυνηρή. Όπως οι διαθέσεις του είναι διαρκείς έτσι είναι και οι ιδέες της αυτοκτονίας. Είναι προικισμένος με μια μεγάλη σταθερότητα, ενώ τα πλατιά τους προσδιοριστικά κίνητρα είναι πάντα ουσιαστικά τα ίδια. Ένα νέο κορίτσι, γεννημένο από υγιείς γονείς, έχοντας ζήσει την παιδική της ηλικία στην ύπαιθρο, πρέπει να φύγει στην ηλικία των 14 ετών περίπου για να πραγματοποιήσει τις σπουδές του. Από την στιγμή εκείνη κατακυριεύεται από μια ανέκφραστη αηδία, μια πρόδηλη επιθυμία για μοναξιά και γρήγορα από ένα ακαταμάχητο πόθο να πεθάνει. «Παραμένει ακίνητη για ολόκληρες ώρες, τα βλέμματά της είναι σταθεροποιημένα στο έδαφος, το στήθος της πάλλεται όπως κάποιου που φοβάται ένα απειλητικό συμβάν. Αμετάκλητα αποφασισμένη να πέσει στο ποτάμι, αναζητά τις πιο μακρινές τοποθεσίες για να μην μπορέσει κανείς να προστρέξει για αρωγή». Όμως, όταν τελικά αντιλαμβάνεται ότι η πράξη που μελετά αποτελεί έγκλημα την αποκηρύσσει προσωρινά. Αλλά ύστερα από ένα χρόνο, η ροπή της για αυτοκτονία επιστρέφει πιο βίαιη και οι απόπειρες επαναλαμβάνονται σε μικρή απόσταση η μία από την άλλη.

Οι παραισθήσεις και οι παραληρηματικές σκέψεις μπολιάζονται συχνά από την γενική αυτή απελπισία και οδηγούν στην αυτοκτονία κατά τρόπο ευθύ. Όμως δεν είναι τόσο ευκίνητες όσο εκείνες που μόλις παρατηρήσαμε μεταξύ των μανιακών. Είναι αντίθετα σταθεροποιημένες όπως η γενική κατάσταση από όπου προήλθαν. Ο φόβος που κυριεύεται ο άρρωστος, οι αυτομομφές του, ο καημός που

νιώθει είναι πάντοτε οι ίδιοι. Εάν τότε η μορφή αυτής της αυτοκτονίας προσδιορίζεται όπως η προκάτοχος της από φανταστικές αιτίες, διακρίνεται από τον χρόνιο χαρακτήρα της. Και είναι πολύ επίμονος. Οι άρρωστοι της κατηγορίας αυτής προετοιμάζουν τα μέσα της αυτοκαταστροφής ήσυχα, επιδεικνύουν ακόμη απίστευτη επιμονή στην επιδίωξη των σκοπών τους και κατά καιρούς εξυπνάδα. Τίποτα λιγότερο δεν παραβάλλεται με την επίμονη αυτή κατάσταση του πνεύματος από την διαρκή αστάθεια του μανιακού. Στην τελευταία περίπτωση, υπάρχουν περαστικές ορμές χωρίς διάρκειες αιτίες, στην άλλη μια επίμονη κατάσταση συνδεδεμένη με τον γενικό χαρακτήρα του ασθενούς.

Από ψυχιατρικής απόψεως, οι πιο κατανοητοί λόγοι για μια αυτοκτονία μπορούμε να πούμε ότι είναι των μελαγχολικών, οι οποίοι αυτοκτονούν λόγω ψυχικής οδύνης, της απελπισίας, των αισθημάτων ενοχής, της αναξιοσύνης, και του μηδενισμού που νιώθουν.

Η μελαγχολία θεωρείται μια στάση στο δρόμο προς τον θάνατο. Οι μελαγχολικοί συνήθως δεν αυτοκτονούν όταν βρίσκονται στο αποκορύφωμα της μελαγχολίας τους, γιατί τότε νιώθουν τελείως αδύναμοι για οτιδήποτε. Πόσοστό **75%** των μελαγχολικών έχουν τάση αυτοκτονίας, από τους οποίους μόνο το **10-15%** κάνουν και απόπειρα αυτοκτονίας.

Αυτοκτονούν στην αρχή της αρρώστιας τους, ή κατά την φάση της αποθεραπείας.

3. Έμμονη αυτοκτονία. Στην περίπτωση αυτή η αυτοκτονία δεν προκαλείται από κανένα κίνητρο, ούτε πραγματικό ούτε φανταστικό, αλλά μόνο από την έμμονη ιδέα του θανάτου, που χωρίς αντιπροσωπευτική αιτία, κυριάρχησε 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 ως αποτέλεσμα του ελέγχου της σκέψης και του λογικού, ανάλογη με την ανάγκη να κλέψει, να σκοτώσει, να προκαλέσει εμπρησμό, που υποτίθεται ότι αποτελούν άλλες ποικιλίες μονομανίας. Καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον άτιπο χαρακτήρα της επιθυμίας του, δοκιμάζει στην αρχή να αντισταθεί. Αλλά όσο διαρκεί αυτή η αντίσταση είναι λυπημένος, αισθάνεται καταπίεση με μια διαρκώς αυξανόμενη αγωνία που τον πιέζει. Γι' αυτό και το είδος αυτό της αυτοκτονίας αποκαλείται μερικές φορές αυτοκτονία αγωνίας. Εδώ αναφέρεται η εξομολόγηση που έκανε ένας άνθρωπος: « Εργάζομαι σε μια εμπορική επιχείρηση. Επιτελώ τις συνηθισμένες μου υποχρεώσεις ικανοποιητικά, αλλά σαν ένα αυτόματο, κι όταν μιλώ οι λέξεις μου φαίνονται ότι αντηχούν στο κενό. Το μεγαλύτερό μου βάσανο είναι η σκέψη της αυτοκτονίας, από όπου δεν λυτρώνομαι ούτε μια στιγμή. Είμαι εκτεθειμένος στην ορμή αυτή για ένα χρόνο· στην αρχή ήταν ασήμαντο, αλλά τους δύο τελευταίους μήνες περίπου με καταδιώκει παντού και όμως δεν έχω κανένα κίνητρο να σκοτωθώ. Η υγεία μου είναι καλή· κανείς από την οικογένειά μου δεν προσβλήθηκε κατά παρόμοιο τρόπο· δεν είχα καθόλου οικονομικές απώλειες· το εισόδημά μου είναι επαρκές και μου επιτρέπει τις χαρές των ανθρώπων της ηλικίας μου». Αλλά μόλις ο άρρωστος αποφάσισε να εγκαταλείψει τον αγώνα και να σκοτωθεί, σταματάει η αγωνία και η ηρεμία επανέρχεται. Εάν η προσπάθειά του αποτύχει είναι μερικές φορές αρκετή, αν και χωρίς επιτυχία, να κατάσβεσει προσωρινά την νοσηρή του επιθυμία. Μοιάζει σαν ο άρρωστος να ακυρώσε την ορμή αυτή.

4. Αυθόρμητη αυτοκτονία ή αυτόματη αυτοκτονία. Στερείται από κίνητρα όπως και οι προηγούμενες· δεν έχει αίτια ούτε στην πραγματικότητα ούτε στην φαντασία του ασθενούς. Μόνο αντί να

παράγεται από μία έμμονη 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. Μόνο η μανιακή αυτοκτονία έχει πάντα κάποιο λόγο, οσοδήποτε παράλογο. Συνδέεται με τις παραληρηματικές συλλήψεις του ασθενούς. Εδώ αντίθετα, η ροπή για αυτοκτονία εμφανίζεται και παράγει τα αποτελέσματα της με ένα αληθινά αυτόματο τρόπο, χωρίς να έχει προηγηθεί κανένα πνευματικό προηγούμενο. Η θέα ενός μαχαιριού, ένας περίπατος στα χείλη κάποιου γκρεμού και τα λοιπά γεννούν στιγμιαία την ιδέα της αυτοκτονίας και η επιτέλεσή της ακολουθεί τόσο γρήγορα ώστε οι άρρωστοι δεν έχουν συχνά ιδέα αυτού που έγινε. «Ένας άνθρωπος κουβεντιάζει σιγά με τους φίλους του, ξαφνικά πηδά, περνά ένα κιγκλίδωμα και πέφτει στο νερό. Αφού τον έσωσαν αμέσως και τον ρώτησαν για τα κίνητρα της συμπεριφοράς του, δεν γνώριζε τίποτα από αυτά, παραδόθηκε σε μια ακαταμάχητη δύναμη». « Το περίεργο πράγμα είναι» λέει κάποιος άλλος «ότι είναι αδύνατο να θυμηθώ ότι αναρριχήθηκα στο παράθυρο και ποιά ήταν η ιδέα που με κυρίευσε την στιγμή, γιατί δεν σκεφτόμουνά καθόλου να σκοτωθώ ή τουλάχιστον δεν θυμάμαι μια τέτοια σκέψη, σήμερα». Σε ένα μικρότερο βαθμό, οι άρρωστοι νιώθουν την ορμή να γεννάται και κατορθώνουν να δραπετεύσουν από την γοητεία του θανάσιμου οργάνου απομακρυνόμενοι από αυτό αμέσως. Ο Γάλλος κοινωνιολόγος **E. Durkheim** (D.SUE., D.SUE., S.SUE., 1997:367) προτείνει τρεις κατηγορίες αυτοκτονιών **α)** την εγωιστική, **β)** την αλτρουιστική και **γ)** την ανομική.

Εγωιστική αυτοκτονία: Κατά την άποψη του **E. Durkheim**, η εγωιστική αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα της ανικανότητας με την κοινωνία. Η αποτυχία να διατηρήσει κλειστό δεσμό με την κοινότητα αποστερούν το άτομο από τα υποστηρικτικά συστήματα που είναι

απαραίτητα για προσαρμοστική λειτουργικότητα. Χωρίς αυτή την υποστήριξη και ανίκανος να λειτουργήσει προσαρμοστικά, το άτομο γίνεται απομονωμένο και αποξενωμένο από τους άλλους ανθρώπους.

Αλτρουιστική αυτοκτονία: Η αλτρουιστική αυτοκτονία υποκινείται από προσωπικές επιθυμίες σε σκοπούς περισσότερων ομάδων ή να καταφέρουν αρκετά καλύτερα αγαθά. Οι πιέσεις των ομάδων ίσως κάνει μια πράξη περισσότερο αποδεκτή και με εκτίμηση.

Ανομική αυτοκτονία: Η τρίτη κατηγορία του **E. Durkheim**, η ανομική αυτοκτονία, είναι αποτέλεσμα όταν μια προσωπική σχέση στην κοινωνία είναι χωρίς ισορροπία σε ορισμένα δραματικά σχήματα. Όταν οι ορίζοντες των ατόμων ξαφνικά ευρύνονται ή συστέλλονται από ασταθείς συνθήκες αυτός ή αυτή ίσως να μην είναι ικανός/ ή να χειριστεί τις αλλαγές ή να αντιμετωπίσει τις νέες καταστάσεις και ίσως διαλέξει την αυτοκτονία σαν διέξοδο.

Οι τρεις κατηγορίες του E. Durkheim είναι περισσότερο περιγραφικές παρά επεξηγηματικές. Επιπλέον σύμφωνα με τον Κούρο I. (1993:162) διακρίνουμε δύο ακόμη κατηγορίες αυτοκτονιών: **α)** την αυτοκτονία μήνυμα ή διάλογο που έχει το νόημα της διαμαρτυρίας, μιας εκδίκησης ή μιας αντίθεσης και η οποία γίνεται σε σχέση με τους άλλους και οργανώνεται με βάση τις αντιδράσεις που θα προκαλέσει σε αυτούς. **β)** την οργάνωση της προσωπικότητας με μια τάση αυτοκαταστροφής, όπου δεν υπάρχει διάλογος και η αυτοκτονία θεωρείται ως η μόνη λύση απέναντι σε μία εχθρική και σκοτεινή πραγματικότητα.

Γ3 Οι διαστάσεις του προβλήματος στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες.

Από στατιστικής πλευράς, η αυτοκτονία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα, σε όλες σχεδόν τις ομάδες ηλικιών. Σύμφωνα με το **Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας** (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, 1995: 453-455) από το **1968** έως το **1972** καταγράφηκαν στη Γαλλία **39.625** θάνατοι από αυτοκτονία, δηλαδή κατά μέσο όρο **8.000** θάνατοι περίπου το χρόνο (επίσημος αριθμός, πιθανόν πολύ κατώτερος του πραγματικού). Η συμβολή της αυτοκτονίας στο δείκτη της γενικής θνησιμότητας δεν είναι καθόλου αμελητέα. Το **1972** καταγράφηκαν περίπου **15** αυτοκτονίες ανά **1000** θανάτους. Πρόκειται για ένα αρκετά σταθερό φαινόμενο, αφού από τις αρχές του αιώνα μέχρι σήμερα, οι αριθμοί αυτοί άλλαξαν ελάχιστα.

Στατιστικές έρευνες κατά την περίοδο **1968-1972** επιβεβαιώνουν τα περισσότερα από τα κλασικά επιδημιολογικά δεδομένα και παρατηρούνται τα εξής χαρακτηριστικά:

- Σαφής επικράτηση του ανδρικού φύλου. Ανά **100** **αυτόχειρες**, κατά μέσο όρο, οι **72** είναι **άνδρες** και οι **28** **γυναίκες**. Το ποσοστό θανάτων από αυτοκτονία είναι **15,6** ανά **100.000** κατοίκους. Το αντίστοιχο ποσοστό στους **άνδρες** είναι **22,9/100.000**, στις **γυναίκες** **8,7/100.000**.

- Σημαντική αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας εξαιτίας αυτοκτονίας και για τα δύο φύλα με την πρόοδο της ηλικίας. Το ποσοστό αυξάνεται κατά **100%** μεταξύ **25** και **45** ετών και διπλασιάζεται ξανά μεταξύ **45** και **75** ετών.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

- Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης. Τα περισσότερα υψηλά ποσοστά παρατηρούνται στους χήρους και αμέσως μετά στους ανύπαντρους. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους παντρεμένους. Η κατανομή αυτή είναι περισσότερο εμφανής στους άνδρες, παρά στις γυναίκες, για τις οποίες, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να είναι λιγότερο καθοριστική. Η συσχέτιση της αυτοκτονίας με την συναισθηματική ή την κοινωνική απομόνωση είχε προ πολλού επισημανθεί από τον Durkheim (Κοινωνιολογικές Θεωρίες της αυτοκτονίας).

- Διαφορές ανάλογα με την κοινωνικο-επαγγελματική κατάσταση. Οι εργάτες γης αποτελούν την πιο ευπαθή κατηγορία και ακολουθούν οι αγρότες-καλλιεργητές. Η έκταση του φαινομένου της αυτοκτονίας στην ύπαιθρο καθορίζεται, κατά πάσα πιθανότητα, από πολλούς παράγοντες, όπως το μη ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής διαβίωσης, η εργασιακή ανασφάλεια, η απομόνωση, ο αλκοολισμός, οι ελλείψεις στην ιατρική περίθαλψη.

- Σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με τις περιοχές (τα ποσοστά μπορεί να είναι διπλάσια σε μία περιοχή σε σύγκριση με μία άλλη). Στη Γαλλία, οι λιγότερο ευπαθείς περιοχές είναι η περιφέρεια του Παρισιού και η Νότια Γαλλία. Οι περισσότεροι ευπαθείς είναι η Βρετανία, η Νορμανδία και η Πικαρδία.

- Ως προς τον τρόπο αυτοκτονίας. Ο απαγχόντισμός αποτελεί την πιο συχνή μέθοδο. Ακολουθεί, η αυτοκτονία με πυροβόλο όπλο στους άνδρες και ο πνιγμός στις γυναίκες. Οι βίαιες μέθοδοι προηγούνται, σαφώς: **82%** των **ανδρών** και **65%** των **γυναικών**, πεθαίνουν από αυτοτραυματισμό ή από πνιγμό.

Η ακριβής ερμηνεία των δεδομένων αυτών, τα οποία συχνά διαμορφώνονται από ετερογενείς παράγοντες, δεν είναι πάντοτε

δυνατή. Από την καταγραφή τους, μπορούμε, ωστόσο, να συναγάγουμε ορισμένα κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας. Πρόκειται για μια αυτοεπιθετική συμπεριφορά, η οποία παράτηρείται συχνότερα στους άνδρες, ευνοείται από τη συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση και γίνεται όλο και πιο συχνή με την πάροδο της ηλικίας. Οι επώδυνες αρρώστιες, οι αρρώστιες που επιφέρουν λειτουργική ανικανότητα και οι αναπηρίες ενισχύουν επίσης την αποφασιστικότητα του ατόχου.

Μπορούμε ακόμη να παρατηρήσουμε κατά τα έτη **1968-1972** μια τάση αύξησης των αυτοκτονιών στους νέους ηλικίας **15-24 χρόνων**. Η αυτοκτονία, σε αυτή την περίπτωση, σύμφωνα με τις στατιστικές έρευνες, φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο τρόπο συμπεριφορά που δεν εξαρτάται από τους συνηθισμένους παράγοντες (π.χ. η αναλογία αρρένων-θηλέων είναι περίπου η ίδια).

Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι η **Γαλλία** καταλαμβάνει τη **10^η θέση** στην Ευρώπη, ως προς τους θανάτους από αυτοκτονία.

Στην **Ευρώπη**, η αυτοκτονία είναι **δεύτερη ή τρίτη αιτία θανάτου** για παιδιά **14-18 ετών**. (W.H.O.1978). (Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1991:145). Επίσης, υπάρχει αύξηση της συχνότητας της αυτοκτονίας και για τα παιδιά κάτω από τα 15 χρόνια. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι για κάθε θάνατο από αυτοκτονία υπάρχουν τουλάχιστον δέκα απόπειρες αυτοκτονίας.

Κάθε είκοσι με τριάντα λεπτά, κάποιος στις Η.Π.Α. αυτοκτονεί. Περισσότερα από **30.000 άτομα** αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Εννέα έφηβοι στους **100.000** αυτοκτονούν. Στην **Αμερική**, η συχνότητα των θανάτων από αυτοκτονία σε νέους **15-19** ετών έρχεται **τέταρτη**, την ξεπερνούν μόνο οι θάνατοι από ατυχήματα με μοτοσυκλέτες, ο καρκίνος και οι πνιγμοί στη θάλασσα. (D.SUE., D.SUE., S.SUE.,1997: 361).

Από το **1980** έως το **1987** μελετήθηκαν οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ατόμων ηλικίας **10** έως **19 ετών** σε όλη την **Ελλάδα**. 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 κρίσιμη ηλικία κατά την οποία παρατηρούνται σήμερα κρούσματα αυτοκτονίας των εφήβων στην χώρα μας για διάφορους λόγους, είναι η προεφηβική **12-15 ετών**.

Η **συχνότητα αυτοκτονίας** σε όλο τον εφηβικό πληθυσμό της **Ελλάδας** είναι από τις **καμηλότερες** 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 εξωτερικεύουν το θυμό τους εύκολα (Σ. ΜΠΕΡΑΤΗ., 1994:192).

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, το ποσοστό των ενηλίκων που αυτοκτονούν παρέμεινε σταθερό, αυξήθηκε ωστόσο το ποσοστό των εφήβων. Μια μεγάλη αύξηση έγινε γύρω στα μέσα της δεκαετίας του πενήντα και τριπλασιάστηκε μέχρι το **1978**. Το **1950**, 4.9 στους 100.000 νέους, ηλικίας δεκαοχτώ με εικοσιτέσσάρων ετών, ήταν αυτόχειρες.

Σύμφωνα με το **Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας**, αυτοκτονούν καθημερινά περίπου δεκαπέντε παιδιά. Έτσι συνολικά έχουμε **5.000** εφήβους **το χρόνο που αυτοκτονούν**, εκτός από τις **500.000** εφήβων που κάνουν **απόπειρα**. Ειδικοί παρατήρησαν ότι, τα

δύο τρίτα αυτών που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, το επιχειρούν ξανά τουλάχιστον άλλη μια φορά (S.SELLERS., X.X: 117).

Η **αυτοκτονία** είναι ανάμεσα στην κόρυφή των δέκα αιτιών θανάτου στο βιομηχανοποιημένο κομμάτι του κόσμου· είναι **η δεύτερη ή τρίτη αιτία θανάτου ανάμεσα στους νέους.**

Μερικά αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των πραγματικών αυτοκτονιών είναι συνήθως **25%** με **30%** υψηλότερος απ' ότι αναφέρεται. Αρκετοί θάνατοι που αναφέρονται ως ατυχήματα όπως αυτοσυγκρούσεις, πνιγμοί ή πέσιμο από μεγάλα ύψη, είναι στην πραγματικότητα αυτοκτονίες. Σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις, για κάθε άτομο που τελεί αυτοκτονία 8 στα 10 άτομα κάνουν απόπειρα

Πρόσφατες έρευνες (D.SUE., D.SUE., S.SUE., 1997:362-363) προτείνουν ότι γύρω στα **12.000** παιδιά μεταξύ των ηλικιών **5** με **14 ετών** είναι δεκτά στα ψυχιατρικά νοσοκομεία για αυτοκτονική συμπεριφορά κάθε χρόνο πιστεύεται ότι είκοσι φορές του αριθμού στην πραγματικότητα κάνουν απόπειρα. Οι αυτοκτονίες, ανάμεσα στους νέους ηλικιών **15** έως **24 ετών** έχουν αυξηθεί περισσότερο από **40%** την τελευταία δεκαετία (**50% για τα αγόρια και 12% για τα κορίτσια**) η αυτοκτονία είναι τώρα η δεύτερη αιτία θανάτου σ' αυτή την ομάδα, πιο υψηλή στην περίοδο εξετάσεων και πιο χαμηλή στις διακοπές.

Γ4 Η απόπειρα αυτοκτονίας: Ένα μήνυμα.

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 τη οποία, οι ψυχαναλυτικές και

συστηματικές προσεγγίσεις δίνουν μια σχετικά συγκλίνουσα εικόνα, η οποία όμως στερείται από πραγματική εξειδίκευση. Οι απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου δεν μας παραπέμπουν σ' ένα μοναδικό οικογενειακό καθορισμό, αλλά σε πολλαπλούς παράγοντες, τους οποίους μπορούμε να συναντήσουμε στην αιτιολογία άλλων παθολογικών συμπεριφορών, από τις νευρώσεις μέχρι τις ψυχώσεις. Εάν δεν είναι σίγουρο ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου αποτελεί διέξοδο από μια πρόιμη ανωμαλία της ανάπτυξης, είναι, πια, αποδεκτό ότι συχνά είναι η κατάληξη μιας μακράς πορείας φθοράς των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων (H.CHABROL., 1987:27).

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της απόπειρας αυτοκτονίας διαφέρουν αισθητά από εκείνα της αυτοκτονίας. Είναι πολύ πιο συχνή (**1,5 ανά 1000 κατοίκους μεταξύ 1968 και 1972**) και φαίνεται να παρουσιάζει μικρή αύξηση τα τελευταία χρόνια. Η αναλογία ανάμεσα στα δύο φύλα είναι περίπου δύο γυναίκες ανά έναν άνδρα. Έχει επίσης υπολογιστεί ότι σε κάθε θάνατο από αυτοκτονία αντιστοιχούν τρεις έως δέκα απόπειρες (Γ. ΤΣΙΑΝΤΗΣ.,1993: 90). Παρατηρείται συχνά κατά το πρώτο μισό της ζωής του ατόμου. Το **30%** περίπου των αυτοχειρών, έχει ήδη κάνει τουλάχιστο μια απόπειρα και από αυτούς το ένα τέταρτο έχει ιστορικό με πολλές απόπειρες. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι σε μεγάλο βαθμό ένα φαινόμενο των τελευταίων χρόνων, της εφηβείας και η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται μεταξύ των 15-19 ετών. Οι απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων κοριτσιών ξεπερνούν κατά πολύ αυτές των αγοριών (M.HERBERT, 1999: 92).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, δεν διαφέρουν πολύ μεταξύ τους: τομή των φλεβών, λήψη τοξικών φαρμάκων στα 2/3 των

περιπτώσεων (φυτοφάρμακα, ποντικοφάρμακα, ψυχοφάρμακα, ασπιρίνες, Deron). Να σημειωθεί ότι τα ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούνται περισσότερο στις πόλεις. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία ως αφορμές απόπειρας στην εφηβική ηλικία, αναφέρονται τα 5p: δηλαδή οι γονείς (parents), η φτώχεια (poverty), οι συνομήλικοι (peers), η εγκυμοσύνη (pregnancy) και το τραυματισμένο ειδύλλιο (punctured romance).

Αυτά τα ιδιαίτερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, που είναι πολύ διαφορετικά από εκείνα της αυτοκτονίας, μας επιτρέπουν να υποστηρίξουμε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί μια ιδιαίτερη παθολογική συμπεριφορά περισσότερο πολυσήμαντη από την απλή αποτυχία ενός αυτοκτονικού εγχειρήματος. Η απόπειρα είτε εκφράζει έκκληση προς τους άλλους, είτε αποτυχία των αμυντικών μηχανισμών του ατόμου, εγγράφεται και αξιολογείται στο σύγχρονο κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο, ως μια συμπεριφορά παλινδρόμησης, η οποία δεν αξιολογείται ως ιδιαίτερα αξιόμητη από την κοινωνία. Χαρακτηρίζεται, όμως, ως παθολογική εκδήλωση από την Ιατρική. Συνδέεται περισσότερο με την έννοια του ύπνου και της λήθης, παρά με την έννοια του θανάτου. Μπορεί να εκφράζει την ένταξη σε μια νεολαία, η οποία κυριαρχείται από την αίσθηση του ανικανοποίητου, της τραγικότητας, της ονειροπόλησης, του μοιραίου. Για ορισμένα άτομα, μπορεί να είναι έξοδος κινδύνου από συγκρούσεις και ματαιώσεις, τις οποίες προσωρινά επιλύει γιατί προσελκύει μητρικού τύπου νοσηλεύτικές φροντίδες, ευνοεί μια πρόσκληση νάρκισσιστική αυτοεπιβεβαίωση και προκαλεί αλλαγή στη στάση του περιβάλλοντος έναντι του ατόμου. Αυτή η προσωρινή ευφορία δεν οδηγεί πουθενά και μπορεί να δημιουργήσει την τάση της συνεχούς προσφυγής σε απόπειρες αυτοκτονίας. (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ., 1995:457).

Πολύ συχνά, οι **απόπειρες** είναι μια **κραυγή αγωνίας για βοήθεια** και με αυτό τον τρόπο οι έφηβοι 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 «ταρακουνήσουν» τους γονείς τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο που μέχρι τώρα δεν έκαναν καμιά προσπάθεια να απαντήσουν. Γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι οι έφηβοι που έχουν κάνει σημαντικές προγενέστερες απόπειρες αυτοκτονίας είναι σε υψηλότερο κίνδυνο από εκείνους που πραγματικά σκοτώνουν τους εαυτούς τους. Τα ποσοστά αυτοκτονιών για αυτούς που έχουν αποπειραθεί ξανά είναι δραματικά υψηλότερα. Ο λόγος για νέους είναι 25 με 50 απόπειρες για κάθε μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Επιπρόσθετα στις απόπειρες και ολοκληρωμένες αυτοκτονίες υπάρχει η κρίση της αυτοκτονίας. Αυτή αναφέρεται σ' εκείνες τις στιγμές όπου τα άτομα αγωνίζονται με την σκέψη της αυτοκτονίας, βασανίζονται με αυτή και ακόμη σχεδιάζουν μια αυτοκτονία με λεπτομέρεια (L.FRIGHI.,1984:50).

Γ5 Οι διεργασίες μέσα από τις οποίες διέρχεται ο έφηβος πριν την απόπειρα.

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:

1. 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 να είναι πιο έντονα και πιο μεγάλα απ' ό,τι φυσιολογικά συμβαίνει στην εφηβεία.
3. Προοδευτική αποτυχία προσιτών προσαρμοστικών μηχανισμών για να αντιμετωπιστούν 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 σε μια πλήρη σχεδόν διάσπαση ή διάλυση των σημαντικών (ουσιαστικών) κοινωνικών σχέσεων που έχει ο έφηβος, τις εβδομάδες και μέρες που προηγούνται της απόπειρας, και που τελικά οδηγούν τον έφηβο να σκεφτεί ότι δεν υπάρχει πλέον καμιά ελπίδα.
5. Οι εσωτερικές διαδικασίες με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί την αυτοκτονία για τον εαυτό του, πράγμα που τον κάνει να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ σκέψης και πράξης. (Σ.ΜΠΕΡΑΤΗ., 1994: 190).

Σύμφωνα με μελέτη της **Σταυρούλας Μπεράτη** (1994:191-192) σε Έλληνες εφήβους μέχρι 16 ετών οι οποίοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και προσκομίσθηκαν στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών διαπιστώθηκαν τα εξής. 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 εφήβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ήταν πολύ περιορισμένοι από τους γονείς τους, οι

οποίοι ήλεγχαν κάθε τους κίνηση και οι δραστηριότητές τους έξω από το οικογενειακό περιβάλλον ήταν ελάχιστες. Πολλοί από αυτούς δεν είχαν την δυνατότητα να βγουν με τους φίλους τους ή ακόμα και να απομακρυνθούν από τη συνεχή βλεμματική επαφή με τους γονείς τους.

Η αιτιολόγηση αυτής της συμπεριφοράς των γονέων ήταν ότι υπήρχε κίνδυνος τα παιδιά να παρασυρθούν σε σεξουαλική παραπιωματικότητα και σε χρήση διαφόρων χημικών ουσιών. Οι φόβοι αυτοί δε βασίζονται 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 κίνητοποιούν 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. Επίσης, το γεγονός ότι πολύ περισσότερα κορίτσια απ' ό,τι αγόρια αποπειράθηκαν να 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 μισούς διαγνώσθηκαν, σύμφωνα με το ανανεωμένο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο III της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας, άλλες καταστάσεις που δεν οφείλονται σε ψυχιατρική διαταραχή και στις οποίες χρειάζεται προσοχή ή θεραπεία. Τέτοιες καταστάσεις είναι προβλήματα γονέων-παιδιών, ειδικές οικογενειακές καταστάσεις και λοιπά.

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.

Τέλος, αναφέρουμε ότι σε πρόσφατη έρευνα του Παππά σχετική με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην πόλη των Ιωαννίνων, διαπιστώθηκε ότι σε έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν με πιο συχνή αιτία την κατάθλιψη και την χρήση αλκοόλ, υπήρχε ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό. Η παραπάνω μάλιστα διαπίστωση, συμβαδίζει με ευρήματα ξένων ερευνητών.

Γ6 Θεωρητικές απόψεις για την έννοια του θανάτου.

Ανάμεσα στα 12 και 15 χρόνια η σκέψη του παιδιού αναπτύσσει αυτό που ο Piaget αποκαλεί τυπικές λειτουργίες, δηλαδή γίνεται θεωρητική, υποθετικοσυμπερασματική και ικανή να κατανοήσει τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο. (Ε. ΠΑΠΑΜΑΤΘΑΪΑΚΗ-LESTER., 1987:246). Το παιδί των 14 ή 15 χρόνων

αντιλαμβάνεται τις ιδέες της ελεύθερης βούλησης και μπορεί να προβληματιστεί πάνω στο δικαίωμα του ατόμου να διαλέξει τη ζωή ή το θάνατο. Η αντίληψη για το θάνατο σ' αυτή την ηλικία δε διαφέρει πολύ από εκείνη του ενήλικα.

Μετά τα 10 χρόνια το παιδί διαθέτει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς του πένθους και μπορεί να θρηνησει και να αντιληφθεί ουσιαστικά το θάνατο. Από το **1910** ο **A. Stocker** (Ι.ΚΟΥΡΟΣ., 1993:162) υποστήριξε ότι κανείς δεν αυτοκτονεί χωρίς να έχει προηγουμένως την ιδέα να σκοτώσει κάποιον άλλον. Με την αυτοτιμωρία εξαιτίας αυτών των επιθετικών τάσεων συνδέεται η ιδέα να τιμωρηθούν οι γονείς, γιατί τα παιδιά ξέρουν ότι η αυτοκτονία τους είναι η πιο αποτρόπαια τιμωρία για τους γονείς. Ο **A. Adler** τοποθέτησε την παιδική αυτοκτονία σαν μια ανάγκη επιβολής στο περιβάλλον ως μιας υπεραναπλήρωσης ενός αισθήματος κατωτερότητας (δείχνω τι αξίζω με τον ηρωισμό να θέσω τέρμα στη ζωή μου). Ο μηχανισμός της αυτοκτονίας μπορεί να περιγραφεί ως εξής: το παιδί αντιδρά κατ' αρχήν σε μια ανυπόφορη κατάσταση προσπαθώντας να την αποφύγει. Συνηθέστατά πρόκειται για στέρηση αγάπης, έστω και συγκριτικά με τις προσωπικές του ανάγκες, που μπορεί να ήταν υπερβολικές σαν συνέπεια οργανικών ή κοινωνικών στερήσεων. Στη συνέχεια δημιουργούνται επιθετικές τάσεις εναντίον αυτών που του στερούν την αγάπη. Υπό την επίδραση αισθημάτων ενοχής, οι επιθετικές τάσεις στρέφονται εναντίον του εαυτού του. Οι επιθετικές τάσεις μπορεί να είναι αυξημένες από την ιδιόσυστασία του ατόμου, καθώς και από την ταύτιση με έναν επιθετικό γονιό ή με άλλα επιθετικά άτομα του περιβάλλοντος. Ο θάνατος μέσω της αυτοκτονίας αντίπροσωπεύει επίσης μια σύνεωση με το αντικείμενο αγάπης και στα παιδιά όταν επέρχεται μετά από απογοητεύσεις, είναι επίσης μια

προσπάθεια να κερδιθεί το αντικείμενο αγάπης που βαθύτερα είναι πάντα ένας από τους γονείς.

Ορισμένοι, επιδίωξαν να συνδέσουν την έννοια της αυτοκτονίας με το βαθμό ωριμότητας με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια του θανάτου: μια αυτοχειρική 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 με αυτήν. Πραγματικά, η ιδέα του θανάτου μας παραπέμπει σε διάφορα επίπεδα νοημάτων και συνειδήσεως τα οποία συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο και, τελικά δεν θα έπρεπε να δώσουμε προεξάρχοντα ρόλο στην πιο ολοκληρωμένη του έκφραση.

Η ιδέα του θανάτου στους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, έχει μελετηθεί μέσα από δύο προοπτικές: η μία αξιολογεί την συνειδητή γνώση του θανάτου και η άλλη διερευνά τις φαντασιώσεις που συνδέονται με το θάνατο.

Σύμφωνα με την πρώτη μελέτη, η οποία αξιολογεί την συνειδητή γνώση του θανάτου, η πνευματική ανωριμότητα της αντίληψης του θανάτου είναι αρκετά συχνή στον έφηβο, που έχει τάσεις αυτοκτονίας.

Κάθε φανταστική δραστηριότητα η οποία προικίζει τον θάνατο με θετικές ιδιότητες που επιτρέπουν να επιβιώσει ένα μέρος του υποκειμένου το οποίο θα επωφεληθεί από αυτό, συμβάλλει στο να

φαιίνεται 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 ανήκει». « Πεθαίνω, σημαίνει σκοτώνω το σώμα, αλλά όχι απαραίτητα και το πνεύμα».

Ο θάνατος προσφέρει ικανοποιήσεις τις οποίες αρνείται ο πραγματικός κόσμος. Ο θάνατος σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση, ειρήνη. Η επιθυμία του θανάτου μας παραπέμπει στην επιθυμία του ατόμου να ζήσει μια άλλη ζωή, απαλλαγμένη από εντάσεις και καταναγκασμούς, στην οποία η βαθύτερη έννοια αυτής της στάσης είναι η προσέγγιση της αθανασίας, μέσα από το θάνατο. Η πράξη αυτοκτονίας γίνεται ένα μέσο: για να θριαμβεύσει το υποκείμενο πάνω στο θάνατο και να επικυρώσει την αθανασία του: αυτές οι θετικές διαστρεβλώσεις του θανάτου μαρτυρούν περισσότερο από την ανωριμότητα, μια πραγματικά παραληρηματική παράφορη αντίληψη. Αυτή η εξωπραγματική θεώρηση του θανάτου καθιστά μάταιη κάθε απόπειρα ορισμού της αυτοκτονίας ως πράξης που απορρέει από την προσέγγιση σε μια ώριμη αντίληψη 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 ελέγξει 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 μέσω θανάτου, μπορεί, μερικώς να γίνει αντίληπτη ως συνέπεια της αποτυχίας όλων των μηχανισμών επίδρασης στο περιβάλλον. Μέσα από αυτή την προοπτική, η αυτοκτονία εμφανίζεται ως δευτερογενής ως

προς την έλλειψη των διεργασιών προσάρμογής της οποίας αναζητήθηκε η καταγωγή στις νοητικές ιδιομορφίες του ατόμου.

Αυτοί οι νοητικοί χαρακτήρες, των οποίων η εξειδίκευση ποικίλει 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 σταθερότητά 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. (H. CHABROL., 1987: 29-31).

Γ7 Συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Πολλά από τα συμπτώματα που δείχνουν την επιθυμία, ή και την σκέψη ακόμα της αυτοκτονίας, είναι παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης, σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδικής Ψυχιατρικής (S. SELLERS., X.X.: 119). Τα συμπτώματα αυτά είναι:

1. Αλλαγές στις συνήθειες του φαγητού και του ύπνου
2. Απομάκρυνση από τους φίλους, την οικογένεια και τις δραστηριότητες που συνηθίζονταν.
3. Βίαιη ή επαναστατική συμπεριφορά και απότομα ξεσπάσματα.
4. Τάση φυγής.
5. Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ και άλλες επικίνδυνες ή παράνομες δραστηριότητες.
6. Ασυνήθιστη αδιαφορία για την εξωτερική του εμφάνιση.

7. Σημαντική αλλαγή της προσωπικότητας.
8. Επίμονη ανία, δυσκολία στη συγκέντρωση ή μείωση της απόδοσης στο σχολείο.
9. Συχνά παράπονα για σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται πολύ συχνά με την ψυχική κατάσταση, όπως στομαχόπονοι, πονοκέφαλοι ή κούραση.
10. Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που άλλοτε ήταν ευχάριστες.
11. Ανικανότητα να αποδεχθεί επαίνους ή βραβεία.
12. Ανάγνωση ιστοριών και σχεδιασμός εικόνων σχετικά με τον θάνατο.
13. Λεκτικές απειλές αυτοκτονίας.

Επιπρόσθετα, ένας έφηβος που σκέπτεται την αυτοκτονία μπορεί να παραπονιέται ότι αισθάνεται «εσωτερικά σάπιος», και κάνει υπαινιγμούς όπως «Δεν θέλω πια να αποτελώ πρόβλημα» ή «Όλα θα τελειώσουν σύντομα». Μπορεί επίσης να παρουσιάζει παράξενες εναλλαγές στα συναισθήματά του, μπορεί να γίνεται ξαφνικά χαρούμενος, μετά από κατάθλιψη.

Γ7.1 Σημεία-δείκτες αυτοκτονικής τάσης.

Για να καταλάβουμε ότι ένα άτομο έχει αυτοκτονική τάση θα πρέπει να έχουμε υπόψιν τα παρακάτω σημεία-δείκτες αυτοκτονικής τάσης (σύμφωνα με members of the suicide Bereavement Support Group).

- Όταν ένα πρόσωπο είναι κλειστό και ανίκανο να συναναστραφεί με το κοινωνικό περιβάλλον, όπου προτείνεται φαρμακευτική βοήθεια.
- Όταν αυτός /αυτή έχει ένα οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών.
- Όταν υπάρχουν προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.
- Όταν υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά ή αλκοόλ.
- Όταν υπάρχει μια σαφής παρωδική ιδέα του «ΠΩΣ» η αυτοκτονία μπορεί να εκπληρωθεί, να συνοδευτεί, επίσης, από την τακτοποίηση υποθέσεων.
- Όταν υπάρχει έντονα ανήσυχο παρόν.
- Όταν νιώθουν έντονα την αίσθηση της αχρηστίας και αναξιοτήτας.
- Όταν υπάρχουν σοβαρές και ποικίλες οικονομικές ανησυχίες.
- Όταν υπάρχουν συναισθήματα μοναξιάς, απομόνωσης ή ρουτίνας.
- Όταν τα άτομα δεν φιλοσοφούν τη ζωή, για παράδειγμα, ένας παρηγορητικός τύπος θρησκευτικής πίστης.
- Όταν τα άτομα φανερώνουν μια επώδυνη φυσική αρρώστια ή δείχνουν σημάδια μίας χρόνιας διαταραχής ύπνου. (TREVOR BARNES WITH THE SAMARITANS VERMILLON, 1996: 140).

Γ8 Αίτια αυτοκτονίας

Γενικά, η αυτοκτονία οφείλεται σ' ένα ψυχικό βραχυκύκλωμα του ατόμου, σε μια ψυχική σύρρικνωσή 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 τη συναισθηματική αστάθεια της εφηβικής ηλικίας. Κατά βάθος ο αυτόχειρας νέος δε θέλει το θάνατο, αλλά με την πράξη του αυτή εκδηλώνει την ανάγκη του να τον αφήσουν ήσυχό και απερίσπαστο να οργανώνει μόνος του την προσωπικότητά του. Έρευνες αποδεικνύουν ότι το 30% των νέων, που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, προβαίνουν στην ενέργεια τους αυτή και για δεύτερη φορά, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό υποφέρει για αρκετά χρόνια από ψυχικές διαταραχές και ένα ελάχιστο ποσοστό οδηγείται στην ψύχωση. (Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ., 1993: 206).

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε σε άτομα ηλικίας **10** έως **19** **ετών** σε όλη την **Ελλάδα** από το **1980** έως το **1987**, οι ψυχιατρικές διαταραχές ήταν η πιο συχνή αιτία αυτοκτονίας και ήταν πολύ συχνότερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. (Σ.ΜΠΕΡΑΤΗ., 1994:192-193). 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 τη 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' ότι στα αγόρια. Αυτές οι διαφορές δείχνουν πιθανόν τις διαφορετικές αρχές που ισχύουν στον τρόπο ανατροφής μεταξύ αγοριών και κοριτσιών και μεταξύ των νέων αγροτικών και αστικών περιοχών και κατά συνέπεια διαφορές σε

στοιχεία ταυτότητας, τα οποία αποκτούν κεντρική σημασία κατά την εφηβεία.

Η μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας και των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών σε Έλληνες εφήβους έδειξε ότι παράγοντες πολιτισμικοί παίζουν ρόλο στο να καθορίσουν τις αιτίες τους. Πολλές φορές η απόπειρα αυτοκτονίας και ίσως και η 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 τη ζωή της. Δηλαδή, 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 να παίζουν ρόλο σ' αυτό οι στενές οικογενειακές σχέσεις, η ύπαρξη οικογενειακής θαλπωρής και η τάση των Ελλήνων να εξωτερικεύουν την επιθετικότητά τους. Η μικρή συχνότητα είναι ακόμα 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.

Δύο άλλες κατηγορίες προβλημάτων στις οποίες υπάρχει αύξηση της συχνότητας τους είναι η κατάχρηση τοξικών ουσιών, καθώς και η παραπρωματική συμπεριφορά. Η κατάχρηση τοξικών ουσιών είναι πολύ συνηθισμένος τρόπος με τον οποίο ανασφαλείς και αγχώδεις έφηβοι προσπαθούν να αντεπεξέλθουν στο στρες που υπάρχει από τη ζωή, την οποία προσλαμβάνουν σαν πολύπλοκη και επιθετική. Συνήθως, σε συνδυασμό με την κατάχρηση τοξικών ουσιών, υπάρχει και παραπρωματική συμπεριφορά. Από έρευνες μάλιστα που έχουν γίνει,

έχει βρεθεί ότι η παιδική παραπτωματοκότητα συσχείζεται θετικά με διάφορους παράγοντες, όπως μεγάλη οικογένεια, διαλυμένες οικογένειες, χαμηλή κοινωνική τάξη, φτώχεια, μητέρα που εργάζεται έξω από το σπίτι, κοινωνική απομόνωση, αλκοολισμός στους γονείς και παράγοντες που προκαλούν κοινωνική αποδιοργάνωση, και κατά συνέπεια παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία.

Η επιτυχής αυτοκτονία συνδέεται με δυσκολίες στην εκπαίδευση, χαμηλή κοινωνική προέλευση, σχολικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, όπου σε συνδυασμό με την παράταση της εφηβείας και της εκπαίδευσης αυξάνουν το στρες που φυσιολογικά υπάρχει στην εφηβεία και κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. (Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ.,1991:146).

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 δυνατό να του δημιουργήσουν συναισθήματα αναξιοτήτας και αδυναμίας, με συνέπεια να οδηγηθεί στην αυτοτιμωρία 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 προβλήματα του. Σε μια έρευνα στην **Ελλάδα** για το διάστημα **1976-80** σε **1120** απόπειρες, 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 κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των οικογενειών των παιδιών

αυτών κατά 60% είναι χαμηλό, κατά 30% μέσο και μόνο κατά 10% υψηλό.

Μια άλλη βασική αιτία για την εκδήλωση αυτής της αυτοκαταστροφικής τάσης είναι η ίδια η εφηβεία. 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, εκθρική συμπεριφορά και σοβαρή επιθετικότητα, που απευθύνεται κυρίως στους γονείς τους.

Ένας άλλος 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 οικογένεια 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 τουλάχιστον αν δεν την αναβάλει μπορεί να φτάσει και στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας.

Γ8.1. Η οικογένεια ως σημαντικός παράγοντας για την ώθηση του νέου στην αυτοκτονία.

Οι στατιστικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η οικογένεια παίζει το βασικό ρόλο στην εξώθηση του νέου στην αυτοκτονία. Η πράξη αυτή κατά βάθος είναι συνέπεια των παθολογικών αλληλεπιδράσεων

ανάμεσα στον ίδιο και στο άμεσο περιβάλλον του . Και οι σπουδαιότεροι οικογενειακοί παράγοντες είναι οι εξής: **1)** Διαλυμένη οικογένεια, **2)** Κακοποίηση-εγκατάλειψη στα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου, **3)** Απώλεια γονέων (του ενός ή και των δύο), **4)** Απώλεια ή απουσία ενός από τα αδέρφια του, **5)** Απομάκρυνσή του από την οικογένεια του, **6)** Φυσική απουσία ενός γονέα (κυρίως του πατέρα), **7)** Οικογενειακή αστάθεια και χασοτικές συνθήκες διαβίωσης, **8)** Έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας με την οικογένειά του και διακοπή κάθε δεσμού μαζί της, με συνέπεια να κυριεύεται από μοναξιά, απογοήτευση και απόρριψη, **9)** Υπερπροστατευτισμός και αυταρχισμός των γονέων, **10)** Έλλειψη κάποιας ανεξαρτησίας και αυτονομίας, **11)** Ασφυκτικός έλεγχος και πολύ καταπιεστική συμπεριφορά των γονέων απέναντί του, η οποία επιφέρει αδιέξοδο και κατάθλιψη, και **12)** 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 αυτοεκτίμησής του και συνεχής αποθάρρυνση του για ανάληψη πρωτοβουλιών, απουσία κάθε ελέγχου του και κάθε προσδοκίας από αυτόν (ο υπέρμετρος έλεγχος και η σωματική και ψυχολογική επιθετικότητα δημιουργούν και επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα), έλλειψη ενθάρρυνσης, συμπαράστασης και καθοδήγησής του εκ μέρους των γονέων του, ερωτικά προβλήματα (συγκρούσεις, απογοητεύσεις, απορρίψεις, ζηλοτυπίες, απιστίες, διάλυση σχέσεων) και κάποτε και διάλυση φιλιών 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, πορνεία, απομυθοποίηση, των βασικών κοινωνικών θεσμών, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο και η εκκλησία).

Παρόλα αυτά η κυριότερη αιτία είναι η χρόνια οικογενειακή αστάθεια η διαταραχή, διαζύγιο, ή απομάκρυνση των γονέων από την οικογένεια (50%), ενώ ο θάνατός τους δεν είναι τόσο σημαντική αιτία. Ιδιαίτερα οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, η απουσία επικοινωνίας και αληθινών συναισθηματικών δεσμών με την οικογένεια, εκθρόνητα των γονέων προς τον έφηβο και αλκοολικοί γονείς, που είχαν τάση για αυτοκτονία, και προπάντων (πιο συχνά) οι συγκρούσεις των γονέων μεταξύ τους, με δυο λόγια η μακροχρόνια φθορά των οικογενειακών δεσμών οδηγούν τους εφήβους στην αυτοκτονία. Ιδιαίτερα η τελευταία αιτία στις μισές περιπτώσεις τους οδηγεί στην 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 νεύρωση και ανέθρεψαν τα παιδιά τους με ασυνεπή και όχι σωστή αγωγή, αποτελούν σοβαρό παράγοντα για την εξώθηση των εφήβων στην αυτοκτονία. Η χώρα μας πάντως όπως έχει αναφερθεί έχει χαμηλότερο ποσοστό στις αυτοκτονίες των εφήβων εξαιτίας της μεγάλης παρέμβασης των γονέων τους στην προσωπική τους ζωή και της δυσκολίας τους λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων να βρουν συναισθηματικές διεξόδους.

Να σημειωθεί επίσης ότι η ύπαρξη σωματικών νόσων, επώδυνων σύνδρομων, αναπηριών, ανιάτων νόσων στην οικογένεια είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν έναν έφηβο στην αυτοκαταστροφή. (Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ., 1993:207-209).

Επίσης, ψυχοσυγκρούσεις προς τα γονεϊκά αρχέτυπα και τα κοινωνικά υποκατάστατά τους (φορείς εξουσίας, δάσκαλοι, προϊστάμενοι) με τις οποίες υποθάλπουν ένας νοσηρός ατομισμός και μια συναισθηματική ανωριμότητα, οδηγούν το άτομο σε μια "εκδικητική" αυτοκτονία.

Γ9 Η επιθετικότητα του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας.

Ο έφηβος με την πράξη αυτοκτονίας, που την πραγματοποιεί μέσα σε μια κατάσταση συγχυσμένης συνείδησης και που δεν ξέρει καλά καλά ούτε ο ίδιος να τη δικαιολογεί, επιδιώκει να ασκήσει πίεση στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του (οικογένεια) και να τραβήξει την προσοχή των συνομηλίκων 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, ο έφηβος εκφράζει 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, την οποία θεωρεί ανυπόφορη και αναπόφευκτη και πιστεύει ότι θα ξεφύγει μόνο με τον αυτοχειρισμό του. Η αδυναμία του να την ελέγξει και η πίστη του ότι είναι αδύνατο να ξεφύγει του δημιουργούν μια κατάσταση δυστυχίας, με αποτέλεσμα να καταφεύγει στην πράξη της αυτοκτονίας γιατί την θεωρεί σαν μια ύστατη προσπάθεια να ξεφύγει από μία ανυπόφορη σύγκρουση. (Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ., 1993:207).

Ο **Menninger** (H.CHABROL., 1987: 42-44) συστηματοποιεί την ψυχοδυναμική της επιθετικότητας στην αυτοκτονία. Εκτιμάει ότι τρία εσωτερικά στοιχεία συνεργούν στην αυτοκτονία, ανεξάρτητα από την εξωτερική της εμφάνιση: **1)**η επιθυμία να σκοτώσεις, **2)**η επιθυμία να σκοτωθείς, **3)**η επιθυμία να πεθάνεις. Καθένα από αυτά, απαιτεί ιδιαίτερη ανάλυση και αντιστοιχεί σε μία πράξη με συνειδητά και ασυνειδητά κίνητρα.

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

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 θάνατό του. Η αυτοκτονία γίνεται τιμωρία η οποία επιβάλλεται από το Υπερεγώ, προκειμένου να αντισταθμιστεί μια επιθυμία καταστροφής. Πρέπει να «καταστρέψει αυτό το σώμα, το οποίο ο εφήβος θεωρεί ότι είναι το όργανο, με το οποίο μπορεί να δώσει, μία πραγματική έκφραση στην επιθυμία να σκοτώσει»

3. Η επιθυμία να πεθάνεις: αντιστοιχεί με την έκφραση της τιμωρού αυτοεπιθετικότητας του υποκειμένου στην αφινίδια εισβολή του ενστικτού 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 επανενεργοποίηση 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. Σε ορισμένους έφηβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, συναντάμε μια ανικανότητα να ελεγχθούν αυτές οι ερωτικές φαντασίες και να κατασταλούν οι αιμομικτικές επιθυμίες που απειλούν να κατακλύσουν το Εγώ. Η αγωνία και η οιδιπόδεια ενοχή, που μεγιστοποιούνται 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 ενεργοποίησης τους. Η πράξη αυτοκτονίας μπορεί να πάρει τη μορφή ενός αυτό-ακρωτηριασμού, τον οποίο ο Menninger χαρακτηρίζει ως εστιακή αυτοκτονία: η αυτοκτονική 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. Η απόπειρα αυτοκτονίας και ο αυτό-ακρωτηριασμός του εφήβου μάρτυρούν την έντονη ενοχή τη συνδεδεμένη με την ερωτική ζωή, η οποία αντιπροσώπευει, για αυτούς, την απαγορευμένη αιμομιξία.

Η έχθρα του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας, μάς παραπέμπει επίσης και σε πιο αρχαϊκές συγκρούσεις: αυτοί οι έφηβοι φαίνονται ανίκανοι να αθαγκιστρωθούν από τον παιδικό λιβιδινικό σύνδεσμο με τη μητέρα. Σ' αυτή την περίπτωση, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την έκφραση μιας μελαγχολικής αντίδρασης: στους εφήβους αυτούς, αντί για φυσιολογικό πένθος, αναπτύσσεται μια

κατάσταση που συγγενεύει με τη μελαγχολία. Οι σχέσεις με τη μητέρα χαρακτηρίζονται από υπέρτατη αμφιβουλησία στην οποία 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. Ο έφηβος είναι μπροστά σ' ένα δίλημμα, στο οποίο η ψυχολογική του εξέλιξη δεν επιτρέπει να δοθεί καμιά λύση: η αναζήτηση της αυτονομίας τον εκθέτει σ' ένα αβάσταχτο συναίσθημα εγκατάλειψης.

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

Σύμφωνα με την ηθολογική προοπτική, 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, ξεπέραντά τον σκοπό αυτό και μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψη του αντικειμένου από το περιβάλλον του, κινητοποιώντας μια νέα δύξηση της επιθετικότητας. Η έχθρα η οποία απευθύνεται στο περιβάλλον μπορεί να μετατοπίζεται μερικώς ή ολικώς στο σώμα, μέσα από μια διαδικασία που διευκολύνεται από τη ρήξη των κοινωνικών δεσμών.

Γ10 Αντίδραση γονέων

Οι γονείς βρίσκονται συνήθως μέσα σε μία έντονη συναισθηματική αναταραχή. Κοινές συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων που

καταγράφηκαν από μία έρευνα στο τμήμα ψυχολογικής παιδιατρικής είναι: θυμός, ενοχή, πανικός, κατάπληξη, φόβος, απορριπτική συμπεριφορά.

Αποτελέσματα αυτών είναι να κατηγορούν οι γονείς τα παιδιά τους και να αισθάνονται προσβολή και αδυναμία επειδή η απόπειρα είναι ένα έντονο πλήγμα στο ναρκισσισμό τους. Πολύ συχνά οι γονείς θυμώνουν και ξυλοκοπούν τα παιδιά τους. Είναι στην πραγματικότητα σαν να αισθάνονται την επίθεση που δέχονται από το παιδί τους μέσα από την απόπειρα αυτοκτονίας, αν λάβουμε υπόψη ότι στα δυναμικά της απόπειρας υπάρχει πάντοτε μια επίθεση στο ενδοβλημένο αντικείμενο αγάπης.

Πολύ συχνά οι γονείς, επειδή δεν μπορούν να αντέξουν το θυμό ή την ενοχή τους, τα προβάλλουν στο προσωπικό της υγειονομικής ομάδας και γίνονται επιθετικοί ή και υπερβολικά απαιτητικοί μαζί τους. Από την άλλη μεριά, το ίδιο το παιδί συχνά αισθάνεται ένοχο, γιατί ακριβώς η επίθεση έγινε στο γονέα, που είναι το αντικείμενο αγάπης. Όσο για το προσωπικό του νοσοκομείου, επηρεάζεται πάλι από την ένταση, το άγχος, την ενοχή, το θάνατο. Οι αντιδράσεις του ποικίλλουν. Μπορεί να ταυτιστεί με το παιδί που έκανε την απόπειρα. Έτσι, ο γονέας βιώνεται σαν κακός ή επιθετικός. Αντίθετα, μπορεί να γίνει ταύτιση με το γονέα απέναντι στο «κακό» και «αχαρίστο» παιδί. Έτσι, η αίσθηση του μέτρου της πραγματικότητας και αντικειμενικότητας για την αντιμετώπιση χάνεται. Μπορεί, για παράδειγμα, το προσωπικό της υγειονομικής ομάδας να γίνει υπερπροστατευτικό στο παιδί και επιθετικό στους γονείς ή αντίστροφα. Έχουμε επίσης παρατηρήσει ότι συχνά και από την πλευρά του προσωπικού της υγειονομικής ομάδας υπάρχει μια τάση συγκάλυψης της κρίσης, μια τάση να σκεπαστούν και να ξεχαστούν όλα. Είναι σαν να μην έγινε τίποτα. Γίνονται

προσπάθειες και λέγονται φράσεις του τύπου «λάθος έγινε, δεν το εννοούσε», «δεν είναι τίποτα σοβαρό». Ας μην ξεχνάμε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας είναι ένα κοινωνικό στίγμα. Ο ίδιος ο θεσμός της οικογένειας και η εξιδανικευμένη σχέση γονέων-παιδιού, που πιθανόν όλοι μας έχουμε ως πρότυπο, προσβάλλεται καίρια, όταν το ίδιο το παιδί εκφράζει την επιθυμία να σκοτώσει τον εαυτό του και συμβολικά το γονέα του. Έτσι, λοιπόν, συχνά οι γονείς κοιτάζουν να συγκαλύψουν το γεγονός και να πάρουν το παιδί τους όσο το δυνατόν πιο γρήγορα από το νοσοκομείο.

Με αυτή την πρακτική και μέσα από ασυνείδητες διεργασίες μπορεί να συμφωνεί και η υγειονομική ομάδα, με αποτέλεσμα το παιδί, πολύ συχνά, να βγαίνει πολύ νωρίς από το νοσοκομείο, χωρίς να γίνει η απαραίτητη εκτίμηση από την παιδοψυχιατρική ομάδα.

Δ' Πρόληψη

Η καλύτερη αντιμετώπιση ενός προβλήματος εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην πρόληψη του. Η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών αρχίζει με τη σωστή ενημέρωση του κοινού (κυρίως των μελών οικογενειών καταθλιπτικών αρρώστων) όσον αφορά τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την αυτοκτονία και τη σημασία των κοινωνικών παραμέτρων (πένθος, χωρισμός, απώλεια εργασίας και άλλα) στην εκδήλωση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι το πρώτο και βασικό που απαιτείται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, καθώς και η πρόληψη της τραγωδίας με την πραγματική εκδήλωση της αγάπης προς τον καταθλιμμένο έφηβο οπτικά και σωματικά (πίασιμο του χεριού του, βάλσιμο του χεριού μας πάνω στον ώμο του), με συγκεντρωμένη

προσοχή και με την αφιέρωση αρκετού χρόνου σ' αυτόν, για να μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μας. 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. Οποσδήποτε 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 συνεχώς 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 την πραγματικότητα, παραμορφώνονται ιδιαίτερα σε σχέση με το τι νομίζει ότι σκέπτεται ο κόσμος γι' αυτόν. Όλο και περισσότερο θεωρεί ότι όλα είναι μελαγχολικά, τίποτα δεν αξίζει και δεν αξίζει να ζει κανείς». Στο στάδιο αυτό πλέον η σκέψη του αρχίζει να διαταράσσεται, διέρχεται συναισθηματική κρίση και φθάνει στο σημείο να εξωτερικεύει την κατάσταση του με αυτοκαταστροφικές ενέργειες. (B.K. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ., 1993: 217).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και των μη ψυχιάτρων ιατρών (ιδιαίτερα των οικογενειακών ιατρών) πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία. Οι παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (χαρακτηριστικά ατόμων που αυτοκτονούν ή που αποπειρώνται αυτοκτονία) περιλαμβάνουν παραμέτρους κοινωνικο-δημογραφικές, ψυχοπαθολογικές, βιολογικές και προηγηθείσες απόπειρες.

Οι μη ψυχίατροι (ειδικότερα οι οικογενειακοί γιατροί), θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι όσον αφορά τη δυνατότητα αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της σχέσης της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών αρρώστων που αυτοκτόνησαν επισκέπτονται το γιατρό τους (κυρίως τον οικογενειακό) λίγο χρονικό διάστημα πριν από τη μοιραία πράξη τους, εκφράζοντας τις ιδέες αυτοκαταστροφής τους. Ακόμη, είναι γνωστό ότι η πλειονότητα των οικογενειακών γιατρών όχι μόνο συναντά σοβαρές δυσχέρειες στην αναγνώριση της καταθλιπτικής νόσου, αλλά αδυνατεί να αντιμετωπίσει θεραπευτικά τον άρρωστο και να χειριστεί την περίπτωση του (παραπομπή σε ειδικές υπηρεσίες, κοινωνική παρέμβαση και άλλα.)

Η συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους οικογενειακούς γιατρούς σε θέματα διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης έχουν βελτιώσει τις γνώσεις τους όσον αφορά την κατάθλιψη και τη σχέση της με την αυτοκτονία, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας των αυτοκτονιών στις συγκεκριμένες περιοχές.

Η εκπαίδευση των εθελοντών (ή και των επαγγελματιών) που στελεχώνουν μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας πρέπει, μεταξύ άλλων, να περιλαμβάνει τη δυνατότητα απόκάλυψης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής και τη διαδικασία παραπομπής του αυτοκτονικού ατόμου σε ειδικές υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο.

Η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς αρρώστους με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας και η συνέργασία με φορείς της κοινότητας θα βοηθήσει στην εκπαίδευση της οικογένειας του

καταθλιπτικού αρρώστου στην έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας της καταθλιπτικής φάσης (υποτροπή), στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και στη συστηματικότερη επίβλεψη στην τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας, συμβάλλοντας σημαντικά στην πρόληψη των αυτοκτονιών. (Β.Π.ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ., 1996: 125-126).

Η βάση για μια ομαλή εφηβεία, είναι η οικογένεια με τη σωστή συμπεριφορά της προς αυτόν κατά την παιδική και την εφηβική του 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 του 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 του και του συμπαραστέκονται στην προσπάθειά του να αναπτύξει τις θετικές ικανότητές του και το θετικό δυναμικό του, ώστε τελικά να αυτοπραγματοωθεί και να εξελιχθεί σ' ένα υγιές στοιχείο της κοινωνίας. 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 επιφυλακτικότητας και υποκριτικότητα.

Η αγωγή δεν είναι μία απλή και εύκολη υπόθεση, αλλά ένα 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 ακόμη και ψυχώσεων κατά την εφηβεία. Και για τη διευκόλυνση της αγωγής τέτοιες γνώσεις μπορούν να αποκτήσουν οι γονείς στις λεγόμενες Σχολές Γονέων και με την ενημέρωσή τους για τις ανθρώπινες σχέσεις. Ιδιαίτερα όμως για την πρόληψη της τάσης για αυτοκτονία του εφήβου απαιτείται στενή συνεργασία των γονέων με τους εκπαιδευτικούς και ακόμη και με τους φίλους του, αλλά προπάντων συμπράξη και καθοδήγησή του από τους γονείς του, που δεν είναι δυνατό να αντικατασταθούν από τους φίλους του. 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.

Είναι απόλυτη ανάγκη να συνειδητοποιηθεί ότι απαιτείται στενή και συχνή συνεργασία των δύο αυτών βασικών κοινωνικών θεσμών 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 ενηλίκων. Οι υπερβολικές απαιτήσεις των γονέων από τα παιδιά τους για υψηλή επίδοση πηγάζει από τη φιλοδοξία τους να αυξήσουν το δικό τους κύριως γόητρο με τους πολύ υψηλούς βαθμούς των παιδιών τους. Και το αποτέλεσμα της φιλοδοξίας τους αυτής είναι να καλλιεργήσουν και στα παιδιά τους τη νόσηρή αυτή νοοτροπία. Δεν καταλαβαίνουν ότι μη άριστος στο σχολείο, αλλά αντίθετα μικροί βαθμοί σ' αυτό δε σημαίνουν οπωσδήποτε και άποτυχία στη ζωή.

Επειδή, η αποτυχία στο σχολείο επιδρά μερικές φορές παρά πολύ αρνητικά στον έφηβο, θα πρέπει οι γονείς σε μια αποτυχία ή σε ένα σφάλμα γενικά του παιδιού τους να έχουν υπόψην τους το εξής: Αντί να χάνουν την ψυχραιμία τους και την κυριαρχία τους και να αρχίζουν να φωνάζουν και να το βρίζουν, θα πρέπει να το καθουχάσουν και να το ενθαρρύνουν και να ψάξουν να βρουν με νηφαλιότητα 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 όρθη αντιμετώπιση μιας νέας τυχόν αποτυχίας και να του καλλιεργήσουν την ιδέα να φιλοσοφεί μπροστά στις αποτυχίες της ζωής. Εδώ ασφαλώς χρειάζεται και η ηθική, πατρική και συνετή συμπαράσταση των εκπαιδευτικών με το μαθητή και τη στενή συνεργασία τους με τους γονείς του. Πέρα από τις φροντίδες της οικογένειας και 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 τυχόν αποτυχιών, που θα συναντήσει στη ζωή του. Η ψυχική θωράκιση είναι η σπουδαιότερη από όλες τις άλλες προσφορές προς αυτόν. Θα πρέπει τέλος 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. (Β.Κ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ., 1993: 210-212).

Δ1 Στάδια πρόληψης

Οι θεραπευτικοί σκοποί, στην αντιμετώπιση της πράξης αυτοκτονίας, πρέπει να κυριαρχούνται από την φροντίδα της πρόληψης: στην πραγματικότητα, πρόκειται για τη πρόληψη της

πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής της, καθώς και για τη διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής. Ο **Morson** (H.CHABROL., 1987:51-60) διακρίνει τρία στάδια στη 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 υποτροπών.

Δ1.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα, στο ομαδικό και στο ατομικό.

Δ1.1α Ομαδική Πρόληψη

Σχετικά με την ομαδική πρόληψη, ο **Morson** 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.

Δ1.1β Ατομική Πρόληψη.

Ένα μακρύ παρελθόν δυσκολιών στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις προηγείται της αυτοκτονίας των εφήβων. Το πρώτο στάδιο της ατομικής πρόληψης συνίσταται 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 οικογενειακού γιατρού και των εκπαιδευτικών στην εντόπιση στην προαυτοκτονική φάση των προαυτοκτονικών σταδίων. Αφού αναγνωρίσουμε τα σημεία κινδύνου που έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη (ευερεθιστότητα, υπερευαισθησία, διαταραχές συμπεριφοράς), αρμόζει να οργανώσουμε τη συνάντηση του εφήβου με τον ψυχίατρο. Η αξιολόγηση της κατάστασης από τον ειδικό αναζητά τις ιδέες θανάτου, τους παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν, ή να ελαττώσουν τους κινδύνους της διαδραμάτισης της φαντασίωσης στην πράξη. Όταν, στη συζήτηση, ο έφηβος δεν αναφέρει τις ιδέες αυτοκτονίας, ο γιατρός μπορεί να παρατηρήσει: «*Ορισμένες φορές, όταν οι άνθρωποι είναι καταθλιπτικοί, σκέφτονται να θέσουν ένα τέρμα στη ζωή τους. Είμαι ανήσυχος, γιατί φαίνεστε καταθλιπτικός και διερωτώμαι, αν έχετε τέτοιες σκέψεις*». Δεν πρέπει να διστάσουμε να κάνουμε αυτή την άμεση ερώτηση. Αυτή η ερώτηση δεν ενέχει τον κίνδυνο να δημιουργήσει ή να χειροτερεύσει μια τάση αυτοκτονίας· καθησυχάζει τον έφηβο δείχνοντάς του ότι ο γιατρός αποδέχεται την ανακοίνωση των ιδεών αυτοκτονίας και δεν σέβεται το «Τάμπου» και του μεταδίδει το συναίσθημα, ότι η θλίψη του κατανοείται και δεν υποτιμάται. Αφού το υποκείμενο αναγνωρίσει ότι φέρει ιδέες θανάτου πρέπει ν' αξιολογήσουμε τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διευκολύνουν την υλοποίησή τους μέσα από μια πράξη αυτοκτονίας. Είναι απαραίτητο να εκτιμήσουμε την «υπερβολική τάση για διαδραμάτιση στην πράξη, τις δυσχέρειες στην ψυχική διέγερση, στην εκφορά στο λόγο, στη δημιουργία φαντασιώσεων» (Morton). Η δυσκολία ή η αδυναμία του παιδιού να μεταδώσει τα συναισθήματά του στα πρόσωπα που υπολογίζει ευνοούν την αυτοκτονία. Στη συνέχεια, πρέπει να διερευνήσουμε τη δυνατότητα οικογενειακών και κοινωνικών

στηριγμάτων που προσφέρονται στον έφηβο. Πρέπει να ληφθούν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το δίκτυο των σχέσεων μέσα στο οποίο βρίσκεται κλεισμένος ο έφηβος. Η αντιπαράθεση με την οικογένεια και η σχολική και κοινωνική έρευνα αποδεικνύονται, συχνά, απαραίτητες. Με λίγα λόγια, το σημαντικό είναι να εκτιμήσουμε τις διαθέσιμες οικογενειακές και κοινωνικές παροχές στον έφηβο και τη δυνατότητά του να τις χρησιμοποιήσει. Η απομόνωση, είτε είναι συνέπεια της αποβολής από το περιβάλλον είτε της ανικανότητας για επικοινωνία, ευνοεί την πρόκληση αυτοκτονίας. Η θεραπευτική απόφαση εξαρτάται από την οξύτητα της προαυτοκτονικής κατάστασης. Πρέπει να επέμβουμε επειγόντως, κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης που απειλεί με απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνά η προαυτοκτονική κατάσταση επισημάνεται μόνο σ' αυτό το στάδιο όπου οι διαδοχικές ρήξεις και το αίσθημα της απόρριψης, συνεπάγεται μια καταστροφική αύξηση της ανησυχίας, της κατάθλιψης, ή του θυμού. Αν δεν βρισκόμαστε σε κρίση, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις μοιάζουν, γενικά, μ' αυτές που προτείνονται για την πρόληψη των υποτροπών.

Δ1.2 Πρόληψη-Παρέμβαση

Η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον, μετά από την πραγματοποίηση της πράξης αυτοκτονίας, δεν συναντά ομόφωνη αποδοχή. Επιτρέπει την απομάκρυνση του έφηβου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε τη 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 παλλίνδρομήσεις, 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 είναι μια ενδιαφέρουσα εμπειρία, γιατί συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της συνεχούς νοσηλείας και της παραμονής του εφήβου στο φυσικό του περιβάλλον, επιτυγχάνοντας την προφύλαξη του εφήβου από τις οικογενειακές πιέσεις και αποφεύγοντας ταυτόχρονα τη διαταραχή της επαγγελματικής και της σχολικής του ζωής. Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αποτελεί απόλυτη ένδειξη στις περιπτώσεις όπου ο κίνδυνος υποτροπής είναι άμεσος όταν: το οικογενειακό περιβάλλον είναι επικίνδυνα διαταραγμένο ή αντιδρά αρνητικά στην πράξη αυτοκτονίας και όταν είναι αδύνατο με άλλο τρόπο να αξιολογήσουμε την κατάσταση και να πραγματοποιήσουμε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Συχνά, η περίοδος η οποία διαδέχεται την απόπειρα αυτοκτονίας, είναι μια γόνιμη στιγμή για ψυχοθεραπεία. Η πρωιμότητα, και η ποιότητα της πρώτης συνέντευξης, αποτελούν τα θεμελιώδη στοιχεία, για την επιτυχία της θεραπείας. Όσο πιο γρήγορα συμβαίνει η ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο καλύτερη είναι η συνεργασία του ασθενούς και η πρόγνωση. Η προσέγγιση πρέπει να είναι αμερόληπτη και καλό είναι, να εξετασθεί πρώτος και μόνος του ο έφηβος. Είναι προτιμότερο να αποφύγουμε να συναντήσουμε την οικογένεια πριν τον έφηβο, γιατί η οικογένειά μπορεί να εισάγει αρνητικά πρότυπα αναφορικά με την ουδετερότητα της συνέντευξης με τον έφηβο. Η αρχική μέριμνα είναι να δημιουργηθεί μια θετική σχέση η οποία να προέρχεται από τη θερμή και καλοπροαίρετη στάση του θεραπευτή, η οποία θα σέβεται και δεν θα παραβιάζει τον ψυχικό κόσμο του εφήβου, μεταδίδοντας του ένα συναίσθημα κατανόησης και

ενδιαφέροντος. Ο ψυχίατρος 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 θυσιάσουμε τη συλλογή πληροφοριών προς όφελος της αναζήτησης της εμπιστοσύνης του εφήβου. Η απόφασή του σχετικά με τη διατήρηση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μπορεί αξιόπιστα να βασιστεί σε στοιχεία για τα οποία υπάρχει εύκολα η δυνατότητα να εκτιμηθούν: η ικανότητα του εφήβου να δέχεται και να επωφελείται από την προσφερόμενη υποστήριξη ο βαθμός της πρόθεσής του να πεθάνει, ο τρόπος εκτέλεσης και οι ιατρικές συνέπειες της αυτοκτονικής πράξης, οι αντιδράσεις της οικογένειας. Είναι φρόνιμο να παρατείνουμε το χρόνο νοσηλείας όταν έχουμε να κάνουμε με ένα καταθλιπτικό έφηβο, ο οποίος αρνείται παθητικά ή ενεργητικά την επαφή, σε συνδυασμό με μια βαριά πράξη αυτοκτονίας, ή με αδιάφορη ή εκθρική στάση από τη μεριά της οικογένειας. Η ύπαρξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα. Εάν επίλεγεί η παράταση της νοσηλείας, το ιδανικό θα ήταν να εξακολουθήσει να ασχολείται με τον έφηβο ο ψυχίατρος ο οποίος τον είδε πρώτος. Αν επιλέξουμε την έξοδο από το νοσοκομείο και τη συνέχεια της παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία, η συναισθηματική επένδυση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευομένου-οικογένειας δεν θα είναι άχρηστη γιατί από 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 ψυχίατρο, πρέπει να δώσουμε στον έφηβο να κατάλαβει ότι δεν τον εγκαταλείπουμε. Θα ήταν σημαντικό, γι' αυτό το σκοπό, να εκδηλώσει ο ψυχίατρος το πραγματικό του

ενδιαφέρον, ερχόμενος ο ίδιος σε επαφή με την θεραπευτική μονάδα την οποία συστήνει για τον έφηβο.

Δ1.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Η επανάληψη των πράξεων αυτοκτονίας δεν είναι ο μόνος κίνδυνος που απειλεί τον έφηβο. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στη διεύρυνση της έννοιας της τριτογενούς πρόληψης, στο σύνολο των παθολογικών γεγονότων τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Δ1.3α Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας.

Η απόπειρα αυτοκτονίας, συχνά αποτελεί μαρτυρία μίας χρονικής παρεκτροπής της ανάπτυξης, και δεν μπορούμε να ελπίζουμε, πάντα, να τη διαγράψουμε με μία απλή παρέμβαση. Μία δραστήρια και παρατεινόμενη θεραπευτική, η οποία απευθύνεται ταυτόχρονα στον έφηβο και στο περιβάλλον του, είναι συχνά απαραίτητη. Μία 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.

Δ1.3β Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση οφείλει να προσδιορίσει το φυσιολογικό και το παθολογικό, τις θετικές και τις αρνητικές συμπεριφορές, τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του εφήβου και της οικογένειάς του. Η διάγνωση δεν μπορεί να περιορισθεί στο να κατονομάσθει 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.

Πρέπει να αξιολογήσουμε το σύνολο της συμπεριφοράς, για να ανακαλύψουμε τις ικανότητες και τις ανεπάρκειες, προτού εκτιμήσουμε την επίδρασή του στην πρόγνωση. Ιδιαίτερα είναι απόλυτα αναγκαίο να εκτιμήσουμε την ικανότητα του έφηβου να αναπτύσσει συναισθηματική σχέση κι αυτό μέσα από μία διπλή προοπτική. Σύμφωνα με την στηριζόμενη στη θεωρία της συμπεριφοράς άποψη, πρέπει να κρίνουμε τις συμπεριφορές επικοινωνίας του εφήβου και την ικανότητα διαπραγμάτευσης των ψυχικών συγκρούσεων που σχετίζονται με τις σχέσεις του. Σύμφωνα με μία πιο ψυχοδυναμική άποψη, αρμόζει να εκτιμήσουμε τη συναισθηματική διαθεσιμότητα του εφήβου, στο επίπεδο των σχέσεων με τους άλλους, την ικανότητα για να γίνει οικείος και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα των άλλων, το επίπεδο της θεμελιώδους εμπιστοσύνης.

Αντίστοιχα με την αξιολόγηση του εφήβου, πρέπει να έχουμε και μια λειτουργική ανάλυση της οικογένειας, προκειμένου να εκτιμηθεί τόσο η θετική ή αρνητική της συμμετοχή στη γένεση της πράξης αυτοκτονίας, 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, **α)** το στηριζόμενο στη συμπεριφορά, **β)** το συστημικό και **γ)** 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 επιλύσεως των προβλημάτων, **3)** τα μέσα αμοιβαίου ελέγχου, με προτροπές και τιμωρίες, **4)** οι νοητικές μεταβλητές, οι οποίες αφορούν την αντίληψη των προβλημάτων, την απόδοση αιτιολογίας και τις υποθέσεις σχετικά με τις δυνατότητες 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 εξέλιξή τους, τους ρόλους και τις αλληλεπιδράσεις τους, την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις της ομοιοστασίας και της αλλαγής, τις λειτουργίες της πράξης αυτοκτονίας μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Η ψυχοδυναμική προσοχή αναζητά τους παθολογικούς τρόπους επιλύσεως των οικογενειακών συγκρούσεων όπως: διχασμός της οικογένειας, συλλογική άρνηση ή προβολή, μετατόπιση των ατομικών συγκρούσεων μέσα στις σχέσεις με το μηχανισμό της προβολής, ταύτιση ή φαινόμενα μεταβίβασης. Συχνά έχουμε την τάση να προτιμούμε μια προσέγγιση η οποία φαίνεται ότι αντιστοιχεί καλύτερα στην προκείμενη οικογενειακή παθολογία. Τελικός στόχος είναι να εκτιμήσουμε τα κίνητρα, τις ικανότητες και τις αντιστάσεις στην αλλαγή, όποιο κι αν είναι το επίπεδο στο οποίο εξελίσσονται.

Δ1.3γ Πρόγνωση

Η αξιολόγηση πρέπει ν' ανοίξει το δρόμο για πρόγνωση: υποθέσεις σχετικά με τη διεργασία της αυτοκτονικής προβληματικής και για ένα

θεραπευτικό σχέδιο. Στην ουσία είναι η πρόγνωση που καθορίζει και τη θεραπευτική αγωγή. Σε αρνητική συσχέτιση με την υποτροπή (ασήμαντος κίνδυνος θανάτου κατά την απόπειρα της αυτοκτονίας, ο οποίος εκτιμάται σύμφωνα με την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε, εκθρότητα, ανικοινωνικές συμπεριφορές, όχι σημαντική κατάθλιψη) και αυτούς που έχουν θετική συσχέτιση (σημαντικός κίνδυνος θανάτου και κατάθλιψης ή κατάθλιψης και εκθρότητας). Οι **Davidson** και **Choquet** διακρίνουν έξι παράγοντες κινδύνου: την ψυχιατρική διάγνωση ψύχωσης, ή παθολογικής προσωπικότητας, το να ανήκει κανείς σε μια οικογένεια με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά, το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, το ατομικό ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς και οικογενειακών, (όπως είναι οι πηγές συναισθηματικής υποστήριξης, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα τους). Η θεραπευτική αγωγή καθορίζει δύο στόχους, οι οποίοι ανάγονται στις δύο διαστάσεις των παραγόντων πρόγνωσης: **1)** την διόρθωση των ατομικών παραγόντων και **2)** την τροποποίηση του περιβάλλοντος.

Δ2 Παράγοντες που καθορίζουν τη σχέση γονέα – εφήβου.

Ο έφηβος, ή το αγόρι και το κορίτσι που εξακολουθούν να βρίσκονται στη διαδικασία της ανάπτυξης, δεν μπορούν ακόμα να δεχθούν την ευθύνη για την αγριότητα, τα δεινά και τον αλληλοσκοτωμό που παρουσιάζει η σκηνή του κόσμου. Αυτό το στοιχείο σώζει το άτομο από την ακραία αντίδραση απέναντι στη λανθάνουσα επιθετικότητά του, δηλαδή από την αυτοκτονία (μία παθολογική αποδοχή ευθύνης για όλη την κακία που υπάρχει ή που το άτομο φαντάζεται ότι υπάρχει). Φαίνεται ότι η λανθάνουσα αίσθηση ενοχής του εφήβου είναι φοβερή και χρειάζονται χρόνια για να αναπτύξει το άτομο την ικανότητα να ανακαλύπτει στον εαυτό του την

ισορροπία του καλού και του κακού, το μίσος και την καταστροφή που συνυπάρχουν με την αγάπη.

Ο έφηβος δεν μπορεί ακόμα να ξέρει ποια ικανοποίηση μπορεί να αποκομίσει από τη συμμετοχή σ' ένα σκοπό που εμπεριέχει το στοιχείο της αξιόπιστης εξάρτησης. Δεν είναι δυνατό να ξέρει ο έφηβος πόσο πολύ η δουλειά χάρη στην κοινωνική της συμβολή, μειώνει το ατομικό αίσθημα ενοχής και έτσι βοηθάει στη μείωση του εσωτερικού φόβου, και του βαθμού της αυτοκτονικής παρόρμησης ή της ρουής προς ατυχήματα.

Ένα από τα συναρπαστικά χαρακτηριστικά των εφήβων, αγοριών και κοριτσιών, μπορούμε να πούμε ότι είναι ο ιδεαλισμός τους. Δεν έχουν ακόμη εξοικειωθεί με την απογοήτευσή, και συνεπώς είναι ελεύθεροι να διαμορφώσουν ιδανικούς στόχους και σχέδια.

Το κύριο θέμα είναι ότι η εφηβική ηλικία είναι κάτι περισσότερο από τη σωματική εμφάνιση της ήβης, αν και στηρίζεται ευρύτατα σ' αυτήν. Η εφηβεία υποδηλώνει ανάπτυξη, κι αυτή η ανάπτυξη χρειάζεται χρόνο. Έτσι, στο διάστημα που η ανάπτυξη βρίσκεται στο στάδιο της προόδου, η υπευθυνότητα πρέπει να αναληφθεί από γονείς ή κηδεμόνες. (N.BINNIKOT., 1980:248-251).

Είναι καλό να θυμούνται οι γονείς ότι τα παιδιά μαθαίνουν πρώτα από αυτούς. Η συμπεριφορά των γονιών, οι αξίες τους, οι απόψεις και οι πράξεις τους είναι το πρώτο υπόδειγμα ζωής για τα παιδιά τους.

Το να είναι κανείς γονιός στη σύγχρονη κοινωνία είναι κάτι πολύ δύσκολο, απαιτεί πολλή αγάπη, αφοσίωση, σοφία και αρχές.

Η πρωταρχική ευθύνη ενός γονιού είναι να δώσει στο παιδί του ένα σταθερό παράδειγμα και να νοιάζεται για τον τρόπο που ζει το παιδί τους. Αν νοιάζεται για το παιδί του τότε προσέχοντάς το θα είναι

σίγουρος ότι οι αξίες που θα έχει το παιδί του δεν θα είναι προϊόν της τηλεόρασης, αλλά θα είναι προϊόν της σωστής οικογενειακής ζωής και ανατροφής.

Κάθε αξία και κάθε σημαντική αρχή που θα υιοθετήσει ένα παιδί θα το βοηθήσει να πάρει σημαντικές αποφάσεις στο μέλλον. Αν οι γονείς δεν είναι δίπλα στο παιδί τους, αυτό θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στον συναισθηματικό του κόσμο. Οι γονείς πρέπει να είναι δίπλα στα παιδιά τους, να συμμετέχουν στη ζωή τους να νοιάζονται και να μοιράζονται τα προβλήματά των παιδιών τους.

Οι νέοι - έφηβοι είναι στην πιο δύσκολη περίοδο της ζωής τους. Ωστόσο, αυτοί θα αναλάβουν την ευθύνη της ζωής τους. Δεν υπάρχει καμιά δικαιολογία για επαναστατικές ενέργειες. Οι επαναστατικές πράξεις οδηγούν στα ναρκωτικά, την αυτοκτονία, τα σεξουαλικά προβλήματα, τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, τα διαζύγια και αυξάνουν την εγκληματικότητα.

Όταν οι γονείς και οι έφηβοι αποδεχθούν τις ευθύνες που έχουν ο ένας απέναντι στον άλλο, τότε μπορούν να δημιουργήσουν σωστές σχέσεις βασισμένες στην εκτίμηση και την αληθινή επικοινωνία.

Η δημιουργία των ανθρωπίνων σχέσεων βασίζεται στην ειλικρινή επικοινωνία, και ευδοκιμούν με την επικοινωνία.

Οι γονείς και τα παιδιά πρέπει να καταλάβουν ότι η επικοινωνία χρειάζεται δύο για να υπάρξει. Επικοινωνία σημαίνει ότι και οι δύο μεριές νοιάζονται, συζητάνε και μοιράζονται τις απόψεις και τα προβλήματά τους.

Επικοινωνία δεν σημαίνει κήρυγμα, φωνές ή τσακωμούς. Επικοινωνία σημαίνει πάνω από όλα «Ακούω τον άλλον». Και οι γονείς και τα παιδιά έχουν την ανάγκη να μιλήσουν, να πουν τις απόψεις

τους, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Ένας γονιός θα μπορούσε να κάνει το παιδί του να νιώσει ασφάλεια λέγοντας του, απλά «Θέλω να ξέρεις ότι μπορείς να μου μιλάς για οτιδήποτε. Θέλω να ακούω τα συναισθήματά και τις απόψεις σου. Θέλω να ακούω και να μοιράζομαι τα όσα σε απασχολούν».

Με τον ίδιο τρόπο και οι νέοι πρέπει να μάθουν να ακούνε τις απόψεις, τα συναισθήματα και τα προβλήματα των γονιών τους. Ένας απλός βασικός κανόνας, είναι η αμοιβαία εκτίμηση. (S.SELLERS.,X.X.145-147).

Κάθε γονέας που νομίζει ότι ο έφηβος, ιδιαίτερα ο δικός του, είναι αυτοκτονικός, είναι φυσιολογικό να νιώσει ανήσυχος και αβεβαιότητα για το τι λέει. Εκείνη την στιγμή δηλώνει κάτι όπως: «Δεν φαίνεται να είσαι ο συνηθισμένος εαυτός σου». Πρέπει να είναι ευθύς και να δείξει ενδιαφέρον.

Ένας μπερδεμένος νέος χρειάζεται κάποιον που θα τον ακούσει. Σίγουρα δεν είναι εύκολο να συζητηθούν σκέψεις αυτοκτονίας αλλά είναι σημαντικό για τους εφήβους να μιλήσουν και να εκφράσουν γιατί θέλουν να πεθάνουν. Κάθε προσπάθεια πρέπει να γίνεται για να αναγνωρισθεί το πρόβλημα.

Δ2.1 Τι να κάνουν οι γονείς

1. Να εμπιστευτούν την κρίση τους. Πρέπει να χρησιμοποιήσουν τη δική τους διαίσθηση στην απόφασή τους σχετικά με το εάν ένας μπερδεμένος έφηβος μπορεί να γίνει αυτοκαταστροφικός.
2. Να προσφέρουν βοήθεια αμέσως και δεν χρειάζεται να αισθάνονται μετάνοια ύστερα.

3. Να αποδείξουν την υποστήριξή τους. Να δείξουν ότι ενδιαφέρονται και ότι δεν θέλουν να κάνουν κάτι που θα είναι επώδυνο.
4. Να είναι ανοικτοί και ευθύς.
5. Να μετακινήσουν όλα τα πιθανά επικίνδυνα αντικείμενα όπως όπλο, χάπια, αλκοόλ από το σπίτι.
6. Μερικές φορές θα χρειαστούν βοήθεια. Άνθρωποι όπως δάσκαλοι, σχολικοί σύμβουλοι, μπορούν να έρθουν εύκολα σε επαφή μαζί τους και να τους βοηθήσουν.

Δ2.2 Τι να μην κάνουν οι γονείς

1. Να μην ορκίζονται σε εχεμύθεια· οι αυτοκτονικοί έφηβοι χρειάζονται βοήθεια. Το να χάσουν μία φίλια ή προσωρινή εμπιστοσύνη είναι καλύτερο απ' το να χάσουν μια ζωή για πάντα.
2. Ποτέ να μην αφήνουν ένα αυτοκτονικό έφηβο μόνο του.
3. Να μην εμφανιστούν σοκαρισμένοι ή σύγκλονισμένοι απ' όσα τους λέει ο έφηβος. Να προσπαθήσουν να χτίσουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια.
4. Να μην προσπαθήσουν να είναι θεραπευτές. Απλά να ακούσουν με ενδιαφέρον τον έφηβο χωρίς να γίνονται κριτές.
5. Να μην φέρνουν σε συζήτηση τα ήθη της αυτοκτονίας γιατί τότε θα αυξήσουν την αίσθηση του εφήβου για ενοχή και συναισθήματα λύπης.
6. Να μην αναφέρουν ότι άλλοι άνθρωποι έχουν χειρότερα προβλήματα.

Δ2.3 Θετικοί τρόποι για βοήθεια

Οι Oster και Montgomery στο βιβλίο τους "Helping your Depressed Teenager" (1995: 72, 89-90) προτείνουν στους γονείς ορισμένους τρόπους για την καλύτερη συμπεριφορά τους προς τα έφηβα παιδιά τους, οι οποίοι είναι:

1. Να αντιμετωπίζουν τους εφήβους που φαίνονται καταθλιπτικοί με έναν φυσιολογικό τρόπο.
2. Να τους ενθαρρύνουν να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους ώστε να τους εκφράσουν αυτό που τους απασχολεί πριν οδηγηθούν στην απόπειρα.
3. Να τους δείξουν ότι ενδιαφέρονται και ότι τους υπολογίζουν.
4. Να μοιραστούν τις ίδιες δυσάρεστες εμπειρίες που έχουν θετικό τέλος ώστε να παράγουν μία βάση για ελπίδα.
5. Να τους επαινούν και να τους επιβραβεύουν.
6. Να μην τους κριτικάρουν ή τους κατηγορούν για τα άσχημα συναισθήματά τους.
7. Να λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψη συζητήσεις, απειλές και απόπειρες που πληγώνουν τον εαυτό τους γιατί ενέχει πάντα ο κίνδυνος της αυτοκτονίας.
8. Να αλλάξουν τη στάση απέναντι τους δεχόμενοι πως δεν είναι πια παιδιά και ότι έχουν ανάγκη από μεγαλύτερη ελευθερία, από την συντροφιά των νέων της ηλικίας τους και πολύ λιγότερο από εκείνη των οικογενειών τους.
9. Να τους αφήνουν να παίρνουν μόνοι τους τις ευθύνες τους σύμφωνα με τις προτιμήσεις τους, τις ικανότητές τους και τις κλίσεις τους.

10. Να λαμβάνουν σοβαρά υπόψην τις απόψεις τους, δείχνοντάς τους ότι έχουν να μάθουν πράγματα από αυτούς.

11. Να αναγνωρίζουν με κατάλληλες λέξεις την κατάσταση τους. Τα «θα περάσει», «είναι φυσιολογικό στην ηλικία σου» δεν θα βοηθήσουν. Υποφέρει, δεν βλέπει διέξοδο, το μέλλον δεν υπάρχει γι' αυτούς. Είναι σημαντικό να τους πουν πως γνωρίζουν τι περνάνε αυτή τη στιγμή. Έχουν ανάγκη να είναι δίπλα τους, να τους συνοδεύουν, ακόμη και αν δεν μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες για λογαριασμό τους.

Δ2.4 Πότε πρέπει οι γονείς να αναζητήσουν την βοήθεια του ειδικού

Όταν οι γονείς βλέπουν τον έφηβο τους αδιάφορο, απομονωμένο και μελαγχολικό και κρίνουν ότι έχει φτάσει στο στάδιο της αυτοκαταστροφής και πριν ζητήσουν την βοήθεια του ειδικού θα πρέπει να αναρωτηθούν τα εξής: **(α)** Εμφανίζονται τα περισσότερα από τα συμπτώματα – σημάδια που παρουσιάζονται στους αυτοκτονικούς νέους στον έφηβο; **(β)** Εμφανίζονται συχνά; **(γ)** Παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα; **(δ)** Υποφέρει πάρα πολύ από αυτά; **(ε)** Δυσχεραίνεται η εξέλιξη προς την ωριμότητα; **(στ)** Εμποδίζουν την σχέση τους με τους συνομηλικούς του και τους ενήλικες; **(ζ)** Έχουν αρνητικές επιπτώσεις και στους άλλους; (M.HERBERT., 1999:92).

Ε' Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η σωστή θεραπευτική στάση της κατάθλιψης και κατ' επέκταση της αυτοκτονίας πρέπει να συνδέει τα παρακάτω είδη επέμβασης:**α)**

Την συμβουλευτική, **β)** Την ψυχοθεραπεία και **γ)** Την φαρμακευτική αγωγή. (B. ΛΛΕΒΙΖΟΣ., 1996:129).

Πριν από την εφαρμογή όμως της κατάλληλης θεραπείας θα πρέπει να εκτιμηθεί η κλινική εικόνα του αρρώστου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, τυχόν συνύπαρξη σωματικής νόσου, χρήση ουσιών και οίνοπνεύματος, καθώς και το οικογενειακό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου, καθ' ότι το ψυχοκοινωνικό στρες συνδέεται με αυξημένη συχνότητα υποτροπών.

Πιο συγκεκριμένα:

E1 Συμβουλευτική

Τα προβλήματα δεν συμβαίνουν απομονωμένα. Όλα τα μέλη μιας οικογένειας θα γνωρίσουν ότι οποιοδήποτε πρόβλημα, ειδικά τόσο ποικίλο όσο η κατάθλιψη, θα έχει επίδραση στον καθένα. Όταν, ο έφηβος, υποφέρει, η οικογένεια έχει επηρεαστεί και κάθε μέλος πρέπει να αρχίσει να σχετίζεται με το άλλο κάπως διαφορετικά.

Στην συνειδητοποίηση ότι όλη η οικογένεια αισθάνεται παγιδευμένη από τα προβλήματα του εφήβου ίσως χρειαστεί να οδηγηθεί στη συμβουλευτική. Οι οικογένειες εισέρχονται στη συμβουλευτική με μοιρασμένη ελπίδα ότι ο πόνος τους μπορεί να ανακουφιστεί και να παρηγορηθεί. Χωρίς να συμβαίνει ιδιαίτερη πάλη μεταξύ γονέων και εφήβων οι γονείς φέρνουν τους εαυτούς τους και την οικογένεια τους στο γραφείο ενός συμβούλου με την προσδοκία της ελάχιστης βραχύχρονης ανακούφισης και με την ελπίδα για μακρόχρονη αλλαγή. Κατά τη διάρκεια της αρχικής συνάντησης δημιουργείται μια ατμόσφαιρα αποδοχής και μέσα σ' αυτήν οι φόβοι μπορεί με ασφάλεια να εξερευνηθούν χωρίς αντίκτυπο, ενώ η συναισθηματική ανάπτυξη μπορεί να κερδίσει.

Οι οικογένειες με καταθλιπτικό έφηβο συχνά μοιράζονται ένα κοινό συναίσθημα – ένα εσωτερικό αίσθημα απελπισίας. Οι οικογένειες έχουν δοκιμάσει, όλα τα είδη στρατηγικής: από ομιλία, υποστήριξη, και εμπιαθητικό άκουσμα χωρίς όμως ουσιαστικά αποτελέσματα.

Στόχος της συμβουλευτικής είναι η ανάκτηση δυνάμεων ή υγείας. (Ph.D.G.D.OSTER.,M.S.W.,S.S.MONTGOMERY.,1995:129.131).

Οι γονείς μπορούν να αναζητήσουν συμβουλή σε:

- **Οικογενειακό γιατρό:** ο οποίος μπορεί να γίνει ένας καλός μεσολαβητής ανάμεσα στον έφηβο και τους γονείς του, των οποίων και γνωρίζει την ιστορία. Θα μπορέσει να θίξει ξεκάθαρα κάποια θέματα, να μιλήσει για τις φυσικές αλλαγές που υφίστανται ο έφηβος.

- **Ψυχοθεραπευτή:** (Ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχαναλυτή). Ο ρόλος του είναι να βοηθήσει τον έφηβο να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις που τον προβληματίζουν, να ξαναβρεί την αυτοεκτίμησή του, να ξαναποθετηθεί απέναντι στους γονείς του. Ο αριθμός των απαραίτητων συνεδρίων μπορεί να διαφέρει μέχρι να καταφέρει ο έφηβος να αποκτήσει την αυτονομία του.

- **Ψυχοπαιδαγωγικό κέντρο.** Εκεί ομάδες γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων αναλαμβάνουν με σφαιρικό τρόπο τα παιδιά και τους εφήβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα στο σχολείο και στις σχέσεις. (Ι.ΚΟΥΡΟΣ.,1993:137-138).

Πολλές φορές όμως συμβαίνει η στάση των γονέων απέναντι στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο έφηβος να είναι αρνητική και καθόλου διευκολυντική.

Εκείνο όμως που προέχει είναι η τροποποίηση των οικογενειακών σχέσεων και των συγκρουσιακών καταστάσεων της ζωής. Ο σκοπός της

παρέμβασης στην οικογένεια είναι η ανάπτυξη θετικότερων τρόπων αλληλεπίδρασης. Στην αρχική φάση, είναι ουσιαστικό να ευνοήσουμε τις 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 υποτροπής. Έχουμε χρέος να βοηθήσουμε τους γονείς να αντιληφθούν τα κίνητρα της πράξης αυτοκτονίας. Ορισμένες φορές, η συνειδητοποίηση είναι αυθόρμητη, εμφανίζεται ενοχή και τότε ο θεραπευτής πρέπει να εκδηλώσει την υποστήριξή του. Άλλοι οι γονείς προβάλλουν κάθε ευθύνη στο εξωτερικό περιβάλλον, μερικές φορές έχοντας την υποστήριξη του εφήβου, και τότε πρέπει να είμαστε εξαιρετικά συνετοί στη θεραπευτική προσέγγιση, για να αποφύγουμε τη βίαιη αμφισβήτηση της οικογένειας, προς όφελος μιας θετικής συνεργασίας. Αυτό που μας ενδιαφέρει, είναι να μπορεί ο έφηβος να εκφραστεί ανοιχτά και να μοιραστεί με την οικογένειά του το εξωλεκτικό μήνυμα της αυτοκτονίας, αποφεύγοντας κάθε εκθροική αντιπαράθεση. (H.CHABROL.,1987:65)

E2 Ψυχοθεραπεία

Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στη Θεραπευτική της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας μελετάται συστηματικότερα τις τελευταίες δεκαετίες. Η εδραίωση μιας θετικής σχέσης επιβάλλεται ως προκαταρκτική αρχή για κάθε ψυχολογική αγωγή. Γνωρίζουμε ότι η αποτελεσματικότητα του θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και τον 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 δικάζεται ανάμεσα στις δύο αντίθετες ανάγκες του, δηλαδή της εξάρτησης και της ανεξαρτησίας. Ο φόβος μήπως εγκαταλειφθεί, μήπως δεθεί και η απειλή που ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει για την ανεξαρτησία του εξηγούν τους δισταγμούς του να εμπλακεί στη σχέση. Το να αποφασίζουν μαζί με τον έφηβο την πρακτική οργάνωση της θεραπείας, βοηθά στο να ελαττώνουμε αυτή τη διπλή αντίσταση. Μια θεραπευτική συνθήκη, που έγινε αμοιβαία αποδεκτή και που καθορίζει τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον αριθμό των συναντήσεων, μπορεί να δώσει στον έφηβο την διαβεβαίωση ότι ο θεραπευτής τον υποστηρίζει και σέβεται την αυτονομία του. Για να αποφύγουμε να φανεί το θεραπευτικό σχέδιο άκαμπτο και πνιγρό, μπορούμε από την αρχή να προβλέψουμε τη δυνατότητα να το μεταβάλουμε, μετά από συμφωνία, ανάλογα με την εξέλιξη. Το δικαίωμα του εφήβου να διακόψει τη θεραπεία καλό θα είναι να αναφερθεί. Η χρονική οργάνωση της θεραπείας πρέπει να συνοδεύεται από συζήτηση σχετικά με τα μέσα και τους σκοπούς της θεραπείας. Είναι απαραίτητο να καθορισθούν μαζί με τον έφηβο αντικειμενικοί στόχοι, τους οποίους να μπορεί να αξιολογήσει, να του εξηγηθούν οι επιλεγόμενες τεχνικές και να του ζητηθεί να εκτιμά και αυτός την ανοχή του σ' αυτές τις τεχνικές και την αποτελεσματικότητά τους σ' ολόκληρη τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτά τα προκαταρκτικά στάδια είναι ουσιαστικά γιατί προλαμβάνουν πρώιμες ρήξεις, συμμετέχουν στην ανασκευή της εκτίμησης που τρέφει ο έφηβος για τον εαυτό του και στην αύξηση του αισθήματος της υπευθυνότητάς του. (H. CHABROL., 1987:61-62).

Οι ατομικές ψυχοθεραπείες είναι περιορισμένου χρόνου, βασίζονται στην αρχή του «εδώ και τώρα» και έχουν ως πρωταρχικό στόχο την επίλυση του συμπτώματος ή του προβλήματος, παρά την

αλλαγή της προσωπικότητας, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία τους, είναι η ξεκαθαρισμένη και θεληματική συμμετοχή του εφήβου, σε μια κατανοητή θεραπεία, που θεωρεί χρήσιμη.

Σε ομαδικό επίπεδο χρησιμοποιούνται η ομαδική ψυχοθεραπεία και η θεραπεία συζύγων σε ζεύγη με ενδοσυζυγικά προβλήματα εξαιτίας της νόσου. Οι θεραπείες ζεύγους και οικογενειών στοχεύουν στη σταθεροποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος και στην αύξηση της συνεργασιμότητας και συμμόρφωσης των ασθενών και των οικογενειών τους στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της συναισθηματικής διαταραχής. Θα πρέπει επίσης να τονισθεί και ο σημαντικός ρόλος της ψυχοεκπαίδευσης των ίδιων των ασθενών και των συγγενών τους που συνίσταται στην ενημέρωση για την αιτιοπαθογένεια, την πορεία και την πρόγνωση της κατάθλιψης και στοχεύει στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών ως προς τη θεραπεία.

Γενικά, η αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπειών στην επείγουσα αντιμετώπιση της κατάθλιψης, κυμαίνεται μεταξύ 50-55% και δεν υστερεί σημαντικά της φαρμακοθεραπείας. (Γ.Ν.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ., 1999: 92-93).

Ε3 Φαρμακευτική αγωγή

Η χορήγηση φαρμάκων αποτελεί την ευρύτερα χρησιμοποιούμενη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η σταθερή παρουσία της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ευρεία χορήγησή τους. Πρωταρχικός στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενούς στην προνοσηρή κατάσταση, όσον αφορά όχι μόνο την

υποχώρηση των συμπτωμάτων του, αλλά και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής του λειτουργικότητας. Σκοπός της φαρμακοθεραπείας μετά την επίτευξη της πλήρους υφέσεως είναι η αποφυγή αναζοπύρωσης των συμπτωμάτων του προηγούμενου επεισοδίου, καθώς και, πιο μακροπρόθεσμα η αποφυγή εμφάνισης νέου επεισοδίου. Η αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας αφορά τα μέτριας έως μεγάλης βαρύτητας επεισόδια μείζονος κατάθλιψης καθώς και τη μεγάλη πλειονότητα περιπτώσεων δυσθυμικής διαταραχής. (Κ.Ρ. ΣΟΛΛΑΤΟΣ., Δ.Γ.ΔΙΚΑΙΟΣ., 1999:66).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η υπερβολική δοσολογία αντικαταθλιπτικών μπορεί να είναι θανατηφόρα γι' αυτό και είναι σκόπιμο να διερευνάται η ύπαρξη ιδεών ή σχεδίων αυτοκτονίας πριν από την έναρξη της θεραπείας ώστε να μην δίνεται στον ασθενή ποσότητα φαρμάκου μεγαλύτερη της απαιτούμενης για θεραπεία μιας εβδομάδας. Το κυριότερο όμως πρόβλημα που σχετίζεται με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών είναι η καθυστερημένη εμφάνιση της αντικαταθλιπτικής τους δράσης (δύο με τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη της χορήγησης τους). Με την κατάλληλη όμως πληροφόρηση του ασθενούς και των οικείων του, και την παροχή διαβεβαιώσεων ότι καθυστέρηση στην εμφάνιση της δράσης του φαρμάκου δεν αποτελεί ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας του, διασφαλίζεται συνήθως η συνεργασία του ασθενούς μέχρι να εμφανιστεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Κ.Ρ.ΣΟΛΛΑΤΟΣ.,Δ.Γ.ΔΙΚΑΙΟΣ., 1999:76).

Ο πίνακας που ακολουθεί (**πίνακας III**) μας δείχνει τα στάδια της εφαρμογής για την αντικαταθλιπτική αγωγή.

Πίνακας III : Στάδια εφαρμογής της αντικαταθλιπτικής αγωγής.

- Διάγνωση
- Επιλογή αγωγής
- Τιτλοποίηση δόσης μέχρι το συνιστώμενο δοσολογικό επίπεδο.
- Αναμονή εκδήλωσης αποτελέσματος (απαιτείται επαρκής χρόνος)
- Επανεκτίμηση
- Λύση δόσης, αλλαγή αντικαταθλιπτικού, συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών, ενίσχυση (αν χρειάζεται)
- Συνέχιση αγωγής για αποφυγή υποτροπής και μακροχρόνια προφύλαξη

Πηγή: 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο., 1999: 72.

Μία επιπλέον θεραπεία για την εφηβική κατάθλιψη και την αυτοκτονία είναι η ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η εισαγωγή του εφήβου σε κάποια κλινική ή ψυχιατρικό ίδρυμα αποσκοπεί κυρίως στη γρήγορη συμπτωματική θεραπεία χωρίς να αγγιχτεί καθόλου το προσωπικό πρόβλημα του εφήβου. Ιδιαίτερη πρόσοχή πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις εφήβων με σοβαρή κατάθλιπτική διαταραχή με ιδέες αυτοκτονίας ή και απόπειρα αυτοκτονίας. Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη η εισαγωγή του σε μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας εφήβων. Στις μονάδες αυτές είναι απαραίτητο να υπάρχει μεγάλος αριθμός από εξειδικευμένο προσωπικό. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ψυχοθεραπευτικής έτσι ώστε το περιβάλλον να βοηθήσει τον έφηβο να αναρρώσει. Είναι επίσης σκόπιμο να υπάρχουν δυνατότητες για εκπαιδευτικές εμπειρίες και

ψυχαγωγικές εκδηλώσεις τις οποίες να μπορεί να χρησιμοποιήσει ο έφηβος όταν θέλει και όταν μπορεί.

Σε περιπτώσεις εφήβων με σοβαρή συναισθηματική αποστέρηση το προσωπικό πρέπει να είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει έντονες εκδηλώσεις εκδραμάτισης. Οι έφηβοι που εισάγονται σε γενικά νοσοκομεία μετά από απόπειρα πρέπει να βγαίνουν από το νοσοκομείο μόνο αφού τους έχει δοθεί η δυνατότητα να μιλήσουν με έναν παιδοψυχίατρο και αφού γίνει μια πλήρης εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης καθώς και της οικογένειας, από την ψυχιατρική ομάδα. Δυστυχώς στον τόπο μας λόγω έλλειψης αυτών των μονάδων οι έφηβοι δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα ακόμα με όλες τις δυσάρεστες επιπτώσεις, ενώ συχνά υπάρχει ο κίνδυνος την επόμενη φορά η απόπειρα να είναι επιτυχής.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι αυτοί που έρχονται για πρώτη φορά σε επαφή με την κατάθλιψη δεν είναι συνήθως οι ψυχίατροι, αλλά είτε οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας, είτε γιατροί άλλων ειδικοτήτων. Θα πρέπει λοιπόν οι μη ψυχίατροι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να είναι ενήμεροι για τους άτυπους και συγκαλυμμένους τρόπους με τους οποίους εκφράζεται συχνά η κατάθλιψη ή μια απόπειρα. (Β.ΧΑΝΤΖΑΡΑ.,Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ.,1999: 242-243).

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά του ιατρού που συνδέονται με τη σωστή αναγνώριση της κατάθλιψης τα οποία είναι: **α)** Η γνώση των συμπτωμάτων και των δυνατοτήτων θεραπείας της κατάθλιψης όπως και η εμπιστοσύνη στη θεραπεία της, **β)** Οι στάσεις που υποδηλώνουν ενδιαφέρον για τον άρρωστο και το πρόβλημά του, την οικογένεια και τον περίγυρο του αρρώστου και ευαισθησία στη λήψη λεκτικών και εξωλεκτικών μηνυμάτων από τον

άρρωστο γ) Οι δεξιότητες του καλού συνεντευκτή, όπως η ικανότητα βλεμματικής επαφής, η ικανότητα να ακούει και να μην διακόπτει τον άρρωστο, η σωστή χρήση "ανοικτών" και "κλειστών" ερωτήσεων, η έλλειψη βιασύνης, η αποφυγή μετάδοσης πληροφοριών πρόωρα και σχόλια που δηλώνουν υποστηρικτική στάση και συναισθηματική συμμετοχή. (B. ΜΑΥΡΕΛΣ., 1998: 136).

Βασικό ακόμη είναι και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας για μία πιο ανθρώπινη τουλάχιστον αντιμετώπιση των προβλημάτων των εφήβων. Ας μην ξεχνάμε ότι οι έφηβοι και γενικότερα τα νέα άτομα είναι τόσο ευάλωτα σε κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις ώστε η θεραπευτική δουλειά με αυτούς δεν είναι δυνατόν να απομονωθεί τεχνητά από το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές δυνάμεις επενεργούν. Η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη που δέχεται το άτομο αποτελεί σημαντικό προσιατευτικό παράγοντα, ενάντια στην κατάθλιψη. (B. ΧΑΝΤΖΑΡΑ., Γ. ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1999: 243).

E4 Η αναγκαιότητα ύπαρξης του Παιδοψυχιατρικού Τομέα.

Η ύπαρξη του Παιδοψυχιατρικού Τομέα στο γενικό νοσοκομείο είναι μια αναγκαιότητα αυτονόητη και έχει θεσμοθετηθεί και στο νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που προβλέπει την ίδρυση ψυχιατρικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία. Βασικός πυρήνας του είναι η παιδοψυχιατρική ομάδα (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, λογοθεραπευτής, νοσοκόμος, ειδικός παιδαγωγός, ψυχοθεραπευτής). Οι βασικές δομές του παιδοψυχιατρικού τομέα είναι οι εξής: το τμήμα ψυχολογικής παιδιατρικής, η παιδοψυχιατρική κλινική και το κέντρο ημέρας.

Οι λειτουργίες και οι δραστηριότητες του παιδοψυχιατρικού τομέα είναι οι εξής:

α) Στο τμήμα ψυχολογικής παιδιατρικής υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών με ψυχοσωματικά προβλήματα και με ψυχικές διαταραχές κάθε τύπου.

β) Στην παιδοψυχιατρική κλινική όπου αντιμετωπίζονται οξεία και επείγοντα περιστατικά.

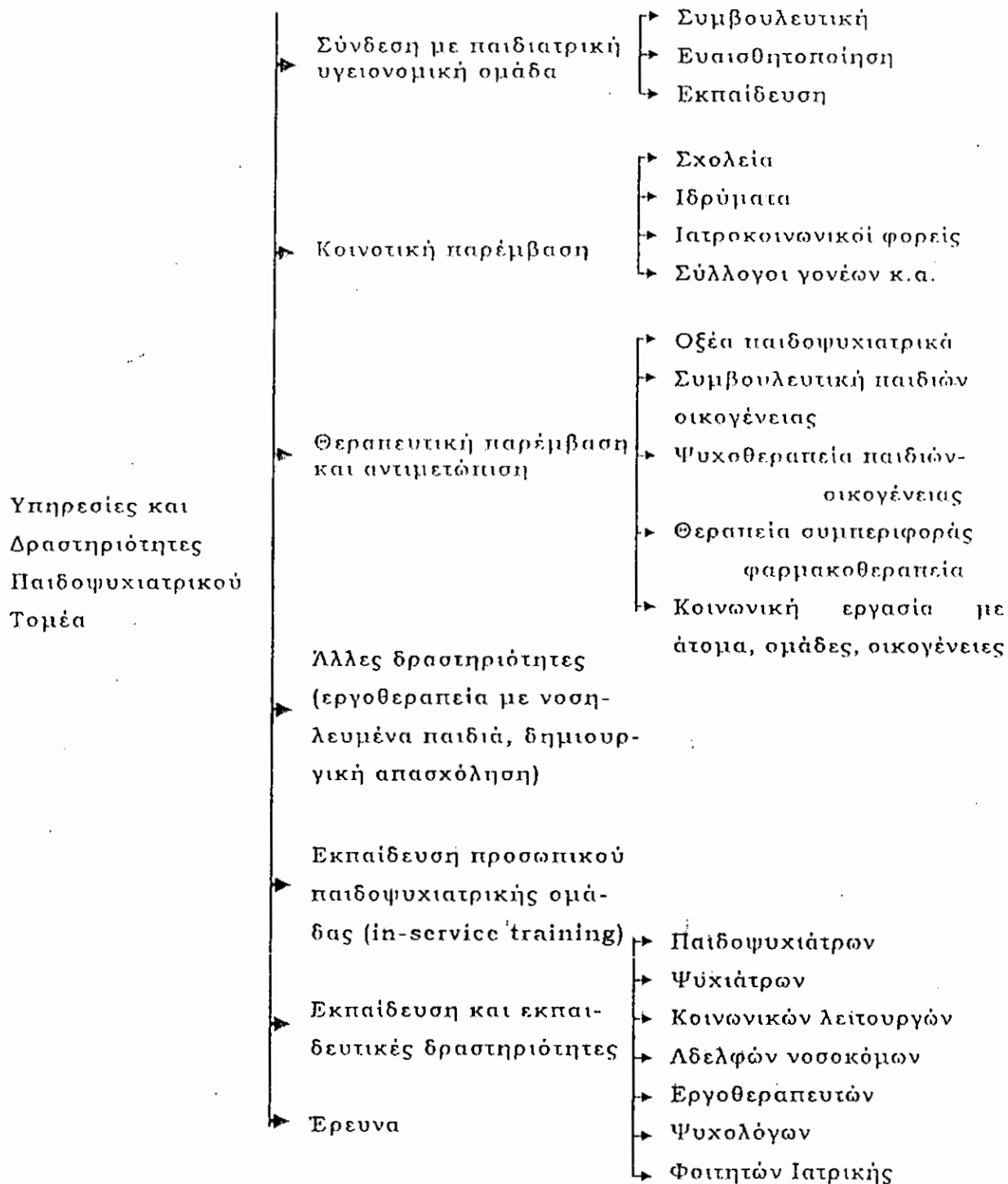
γ) Στο κέντρο ημέρας, νοσοκομείο ημέρας αντιμετωπίζονται περιπτώσεις παιδιών και οικογενειών. Η παθολογία στις περιπτώσεις αυτές είναι τέτοια, που δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο και δεν επιβάλλεται ο αποχωρισμός του παιδιού από την οικογένεια. Παράλληλα για την αντιμετώπιση της περίπτωσης είναι απαραίτητη η ύπαρξη του προσωπικά οργανωμένου θεραπευτικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο θα μπορεί να γίνει από το προσωπικό του παρέμβαση στις διαταραγμένες σχέσεις γονέα-παιδιού. Σε ορισμένες περιπτώσεις για θεραπευτικούς λόγους επιβάλλεται και η ταυτόχρονη παρακολούθηση του γονέα στο νοσοκομείο ημέρας.

Μία από τις βασικές λειτουργίες του προσωπικού της παιδοψυχιατρικής ομάδας είναι η διασυνδέτική συμβουλευτική ψυχιατρική, δηλαδή η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών στο προσωπικό της υγειονομικής ομάδας. Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του προσωπικού της υγειονομικής ομάδας συμβάλλει και στην πρόληψη για τους εξής λόγους: **1)** γίνεται καλύτερη και πιο έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων, **2)** παράπτεται έγκαιρα το παιδί στον ειδικό, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές, **3)** γίνεται μια προσπάθεια για την αλλαγή των αρνητικών στάσεων σε θέματα ψυχικής υγείας τόσο του προσωπικού όσο και των γονέων.

Παράλληλα αποφεύγεται η σπατάλη χρόνου του ανθρώπινου δυναμικού, αν δεν παραπέμπονται όλες οι περιπτώσεις στους ειδικούς.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την λειτουργία ενός παιδοψυχιατρικού τομέα είναι η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού, η σαφής γνώση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων καθώς και του αντικειμένου εργασίας τους. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα το επίπεδο των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία είναι ή πολύ χαμηλό ή ανύπαρκτο ή δεν έχει θεσμοθετηθεί στους οργανισμούς των νοσοκομείων, εξαίρεση αποτελεί το νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία".(Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1993: 131,133).

Πίνακας IV: Λειτουργίες Παιδοψυχιατρικού Τομέα.



Πηγή: Γ.ΤΣΙΑΝΤΗΣ., 1993: 134.

Η σταδιακή παρακολούθηση των εφήβων από το παιδοψυχιατρικό επιστημονικό προσωπικό και μετά τη νοσηλεία τους κρίνεται αναγκαία. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι, ακόμη και όταν αποχωρίσουν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι δυνατόν να επανεμφανιστούν στην ενήλικη ζωή.

Z' Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.

Στο πλαίσιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, ο Κοινωνικός Λειτουργός ενδιαφέρεται να ευαισθητοποιήσει και παράλληλα να κινητοποιήσει τις ομάδες που είναι ενταγμένος ο έφηβος (οικογένεια, σχολείο, γειτονιά, κοινότητα) προκειμένου να διατηρήσουν δηλωμένοι την παρουσία τους στην ζωή του και να τον στηρίξουν την περίοδο που προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του. Έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να συνεργάζεται με αυτές τις ομάδες και να εφαρμόζει τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας. Σαν πρώτο βήμα ο Κοινωνικός Λειτουργός κάνει διαγνωστική εργασία, δηλαδή λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό, αξιολογεί την οικογενειακή κατάσταση, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, τυχόν ψυχοπαθολογία των γονέων καθώς και την σημασία της στην συμπτωματολογία του εφήβου. (©.ΚΑΛΛΙΝΙΚΑΚΗ.,1994: 217).

Z 1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην συνεργασία του με τον έφηβο.

Κύριος στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η δημιουργία θετικής σχέσης ανάμεσα στον ίδιο και στον έφηβο, η οποία επιτυγχάνεται με τη ζεστασιά, τη συμπάθεια, την κατανόηση και το

ιδιαίτερο ενδιαφέρον ανάμεσά τους. Μέσα από τη σχέση ο έφηβος θα πρέπει να αισθανθεί μια στάση φιλικού ενδιαφέροντος και φροντίδας και ότι το άτομο που έχει απέναντί του είναι «όπως αυτός ο ίδιος». Είναι σημαντική η ικανότητα του ειδικού να βλέπει τα πράγματα από την οπτική γωνία του εφήβου, να συναισθάνεται δηλαδή, έτσι ώστε το παιδί να νιώθει ότι το καταλαβαίνουν. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα από τη σχέση θα πρέπει επίσης να εκτιμήσει το βαθμό της συναισθηματικής ωρίμανσης του εφήβου, τις ικανότητες επικοινωνίας, τα ενδιαφέροντα στη ζωή, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αντιλήψεις, δηλαδή όλα τα στοιχεία που του επιτρέπουν να αξιολογήσει τα μέσα που διαθέτει ο έφηβος για την επίλυση των ψυχοσυγρούσεων του. Αυτή η μέθοδος βοήθειας δίνει έμφαση στο στοιχείο της αυτοβοήθειας, στην ανάγκη να ενεργοποιηθούν τα αποθέματα εσωτερικής δύναμης του ατόμου που αντιμετωπίζει δυσκολίες. (M. HERBERT., 1999: 255).

Μια ημιδομημένη συνέντευξη με τον έφηβο είναι απαραίτητη για να έρθουν στην επιφάνεια αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής, συνεχής ενασχόληση με ιδέες θανάτου. Στις περιπτώσεις εκείνες που ο κίνδυνος αυτοκτονίας παρουσιάζεται αυξημένος θα πρέπει να αποτραπεί η πραγματοποίησή της και να επιτρέψει την επίλυση της αυτοκτονικής κρίσης. Ο έφηβος ποτέ δεν εκφράζει οικειοθελώς την επίμονη ιδέα της αυτοκτονίας που κυριαρχεί στις σκέψεις του, γι' αυτό ο ειδικός θα πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, έτσι ώστε να μπορέσει να του αποσπάσει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την κατάστασή του, χωρίς όμως να διαταράξει τις σχέσεις του μαζί του. (Ε. ΠΑΠΑΜΑΤΘΛΙΑΚΗ-LESTER., 1987:247-248). Επιπρόσθετα ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να αντέξει τις διασπασμένες πλευρές του Εγώ του εφήβου και τον ψυχικό πόνο που του εκπέμπει. Να βρεί, τέλος, τον τρόπο να προαγάγει την διοχέτευση σε «λόγο» των εμπειριών

που ο μεθοριακός καταθλιπτικός κλίνει να επαναλαμβάνει ως πράξη.

22 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην συνεργασία του με την οικογένεια.

Πρωταρχικός του ρόλος προκειμένου να αποκτήσει μια συνολική εικόνα της λειτουργικότητας στην οικογένεια, είναι να διερευνήσει και να εκτιμήσει τις ανάγκες και στάσεις των γονέων απέναντι στα παιδιά τους, την συμπληρωματικότητα και αμοιβαιότητα των συζυγικών τους ρόλων, το κατάποσο συμφωνούν στην αντιμετώπιση θεμάτων σχετικά με τα παιδιά τους, τους τυχόν αποχωρισμούς μελών της οικογένειας, ενώ παράλληλα διερευνά αν υπήρξαν άλλα τραυματικά γεγονότα (όπως διαζύγιο, εγκατάλειψη, παραμέληση, κακοποίηση) στην οικογενειακή τους ζωή.

Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός διερευνά τις ανάγκες και τα προβλήματα των γονέων χωριστά, τους τρόπους επικοινωνίας τους, τις λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις τους σε περιόδους κρίσης, αλλά και την συνολική τους προσωπικότητα, προκειμένου μ' αυτό τον τρόπο να εκτιμηθεί η συνειδητή είτε η υποσυνείδητη επίδρασή τους στο παιδί.

Από τις αρχικές συνεντεύξεις ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να είναι προετοιμασμένος ώστε να χειριστεί το άγχος των γονέων, τον θυμό, την επιθετικότητα, καθώς επίσης και τις εξαρτητικές του ανάγκες. Οφείλει παράλληλα να ευαισθητοποιήσει τους γονείς, προκειμένου να συνειδητοποιήσουν ότι το πρόβλημα του παιδιού τους είναι δυνατόν να επιλυθεί, εφόσον οι ίδιοι θελήσουν να συνεργαστούν ενεργά. Ορισμένες φορές οι γονείς επιζητούν βοήθεια για το παιδί τους, ζητώντας έμμεσα βοήθεια για τον εαυτό τους. Μπορεί μάλιστα, τα δικά τους ανεπίλυτα προβλήματα στην παιδική ηλικία και με τους

γονείς του ασυνείδητα, να το μεταβιβάσουν στα παιδιά τους. Όταν λοιπόν ο Κοινωνικός Λειτουργός κρίνει κατά τη διάγνωση ότι το πρόβλημα του παιδιού, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην προσωπικότητα των γονέων του και όχι στο ίδιο, τότε η θεραπεία στρέφεται προς τους γονείς και όχι στον έφηβο. Έτσι, ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλεται να προσεγγίσει τους γονείς στο προσωπικό τους επίπεδο. Η συζήτηση γύρω από τα βιώματα της παιδικής του ηλικίας με τα παράλληλα προβλήματα του παιδιού τους, προετοιμάζουν συνήθως το έδαφος, ώστε να δεχθούν τη συμβουλευτική βοήθεια για τον εαυτό τους.

Απαραίτητη κρίνεται επίσης και η παράλληλη παρακολούθηση εφήβου και γονέων τόσο για τη βελτίωση του ίδιου του παιδιού όσο και για τους γονείς ώστε να βοηθηθούν να αλλάξουν στάση απέναντι στο παιδί τους, αλλά και να επιλύσουν μέσω των διορθωτικών σχημάτων συμπεριφοράς τις δικές του συγκρούσεις. (ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΑΓΩΝΙΚΑ., 1994:87).

Η οικογενειακή θεραπεία όμως μπορεί να αποτύχει ή να σταθεί αδύνατη, όταν οι οικογενειακές συγκρούσεις είναι πολύ έντονες και δεν μπορούν να διευθετηθούν επαρκώς. Σ' αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητη η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια.

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι 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 απειλή της ανισορροπίας. (H. CHABROL., 1987:16).

Επιπλέον αρμοδιότητα του Κοινωνικού Λειτουργού πρέπει να είναι και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος των

εφήβων και η σωστή ενημέρωσή τους σχετικά με τα προβλήματα της εφηβικής ηλικίας και των τρόπων επίλυσής τους.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των παραπάνω είναι η συνεργασία του Κοινωνικού Λειτουργού με την διεπιστημονική ομάδα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το μέλος της επιστημονικής ομάδας όπου συνδέει τον φορέα, αλλά και τον εξυπηρετούμενο έφηβο με την εξωτερική κοινωνική πραγματικότητα (υπηρεσίες, προγράμματα, κοινωνικές παροχές, σχολείο). Παράλληλα ενημερώνει την υπόλοιπη ομάδα για τους αιτιολογικούς παράγοντες των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι, καθώς επίσης και τα κοινωνικά προβλήματα που είναι δυνατόν να προκύψουν μελλοντικά. Στις περισσότερες ιατροπαιδαγωγικές και παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι οι πρώτοι που υποδέχονται τους ενδιαφερόμενους, με σκοπό την αποσαφήνιση του προβλήματος, έτσι ώστε να επιλεγεί έπειτα η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση από την διεπιστημονική ομάδα.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιεί στην οικογένεια κάθε παιδιού / εφήβου που νοσεί. Γι' αυτό το λόγο κρίνουμε απαραίτητη την εξειδίκευση του στον παιδοψυχιατρικό τομέα, όταν αυτός αποτελεί αντικείμενο της εργασίας του. Διότι πιστεύουμε πως οι επιπλέον γνώσεις δεν τον βοηθούν μόνο να ανταποκριθεί σωστά στον θεραπευτικό του ρόλο, με την έννοια ότι δεν ταυτίζει τις δικές του ανάγκες και προβλήματα με αυτά των πελατών του, αλλά ενώ παράλληλα με την ψυχολογική ωριμότητα που αποκτά μέσω της επίλυσης των δικών του ψυχικών διεργασιών, προσπαθεί να αμβλύνει

αντί να προάγει τις εννοχές των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους. Επίσης πιστεύουμε ότι μέσω εξειδίκευσης ο Κοινωνικός Λειτουργός ως επαγγελματίας αποκτά περισσότερη ισχύ και αναγνώριση από την υπόλοιπη ψυχιατρική ομάδα. (ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ – ΛΑΓΩΝΙΚΑ., 1994:87).

Πριν ολοκληρώσουμε το κεφάλαιο θεωρούμε σημαντικό να αναφερθούν οι αρχές που πρέπει να έχει υπόψην του ο θεραπευτής, οι οποίες και είναι:

1. Να προσπαθεί να αναπτύξει μια θερμή φιλική σχέση με τον έφηβο.
2. Να δέχεται τον έφηβο όπως ακριβώς είναι.
3. Να δημιουργεί ένα αίσθημα ανεκτικότητας στη σχέση, έτσι ώστε το άτομο να αισθάνεται εντελώς ελεύθερο, να εκφράσει τα συναισθήματά του.
4. Να προσπαθεί να εντοπίσει κάθε συναίσθημα που εκφράζεται από τον έφηβο και να δίνει στον έφηβο να καταλάβει αυτά του τα συναισθήματα, ώστε να μπορέσει ο ίδιος να γνωρίσει σε βάθος τη συμπεριφορά του.
5. Να διατηρεί ένα βαθύ σεβασμό για την ικανότητα του νεαρού ατόμου να λύνει μόνος του τα προβλήματά του, όταν του δίνεται η ευκαιρία να το κάνει.
6. Να μην προσπαθεί να κατευθύνει τις ενέργειες του νέου ατόμου ή τη συζήτηση με κανένα τρόπο: ο έφηβος οδηγεί και ο θεραπευτής ακολουθεί. (M.HERBERT.,1999:256).
7. Να έχει υπόψη του ότι μια απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί, και αυτό συχνά συμβαίνει, να θέσει τέλος σε μια ζωή.

8. Η ενοχή του εφήβου και η ανησυχία του για την οδύνη που θα προκαλέσει η αυτοκτονία του στους γονείς του φαίνεται ότι συχνά απουσιάζουν ολοκληρωτικά.
9. Εάν κάποιος είναι αποφασισμένος να αυτοκτονήσει δεν θα μπορέσει να τον εμποδίσει. Η μυστικότητα που περιβάλλει ένα σχέδιο αυτοκτονίας αυξάνει τη δύναμή του, όπου χρησιμοποιείται να εξουδετερώνει τη βοήθειά μας.
10. Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί πάντοτε σημείο σοβαρής παθολογίας. Η πράξη της αυτοκτονίας λαμβάνει χώρα πάντοτε υπό το κράτος ενός παροδικού ψυχωσικού επεισοδίου.
11. Ανεξάρτητα από το αν το αποτέλεσμα της πράξης έχει σοβαρές σωματικές συνέπειες, μια πράξη αυτοκτονίας αποτελεί επίθεση εναντίον του σώματος του ατόμου. (R.SZUR., 1997:302-303).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η καταθλιπτική συμπεριφορά μπορεί να παρουσιαστεί σε κάθε άτομο με συνηθισμένη ιδιοσυγκρασία και κάτω από συνθήκες που ήδη αναφέραμε. Όμως η κατάθλιψη μπορεί να εμφανισθεί και σε άτομα που έχουν συναισθηματική αστάθεια και κυρίως κάτω από συνηθισμένες μεταβολές του περιβάλλοντος. Συνήθως οι καταθλιπτικές αντιδράσεις δημιουργούνται μετά από σοβαρές και αιφνίδιες αλλαγές στις συνθήκες του περιβάλλοντος του ατόμου, αλλαγές βέβαια οι οποίες κλονίζουν την πίστη του προς τον εαυτό του, την εμπιστοσύνη του προς τους άλλους και δημιουργούν τα πρώτα ρήγματα στην προσωπική του ασφάλεια. Με λίγα λόγια, κλονίζεται συνθέμελα η ύπαρξη και η προσωπικότητά του. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις προκαλούνται επίσης και από την συσσώρευση ποικίλων δυσάρεστων και θλιβερών εμπειριών. Όσον αφορά τη χρονική διάρκεια και την ένταση της θλίψης εξαρτάται και από τις περιστάσεις αλλά και από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό των ανθρώπων που υποφέρουν. Πρέπει να συνυπολογιστεί ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής που απορρέει από αυτή την πάθηση, οι σοβαρές δυσκολίες για τη δημιουργία και τη διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, οι επιπτώσεις της σε όλη την οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά, ο αλκοολισμός καθώς και η κατάχρηση ουσιών.

Όπως είδαμε η εφηβική κατάθλιψη είναι ένα πολυσύνθετο, ύπουλο κι επικίνδυνο φαινόμενο. Είναι *πολυσύνθετο* γιατί έχει πολλές και πολύπλοκες αιτίες και αποτελέσματα. Είναι *ύπουλο* γιατί σχεδόν

πάντοτε περνάει απαρατήρητο, ακόμη και από τον νέο μέχρις ότου συμβεί η τραγωδία. Είναι επικίνδυνο γιατί οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να έχουν τραγικές συνέπειες οι οποίες μπορεί να φθάσουν και στην απώλεια της ζωής, όπως συμβαίνει με την αυτοκτονία. Για τους λόγους αυτούς επιβάλλεται η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Επιπλέον, να σημειωθεί ότι κάθε αλλαγή στην ψυχολογία του εφήβου δεν αποτελεί απαραίτητα και σύμπτωμα κατάθλιψης εκτός βέβαια και αν η καταθλιπτική διάθεση διαρκέσει για περισσότερο από δύο με τρεις εβδομάδες.

Συνεπώς, ο καταθλιπτικός πρέπει: **α)** να αντιληφθεί ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να αισθανθεί εσωτερική ικανοποίηση αν συνεχώς προσπαθεί να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των άλλων, και ότι μόνο αν λειτουργεί με αυθεντικότητα, δηλαδή με βάση τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις, θα μπορέσει να έχει κάποια στιγμή την αίσθηση της προσωπικής ολοκλήρωσης και **β)** να καταλάβει ότι η μοναξιά είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, να αναγνωρίσει την αξία της και να τη δεχτεί ως στοιχείο ποιότητας και ως κίνητρο εξέλιξης και επίτευξης των προσωπικών του στόχων.

Η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί ένα βασικό προμήνυμα της τάσης του εφήβου για αυτοκτονία και σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη θεωρείται άμεσα υπεύθυνη γι' αυτήν. Οι πράξεις αυτοκτονίας είναι ένα κοινωνικό γεγονός του οποίου οι πολλαπλές λειτουργίες αντιστοιχούν στην πολυπλοκότητα των παραγόντων που την καθορίζουν. Πρώτα απ' όλα, αποτελεί συνέπεια των παθολογικών αλληλεπιδράσεων, μεταξύ εφήβου και περιβάλλοντος. Η πράξη της αυτοκτονίας, ενώ είναι μια απόπειρα φυγής από μια ανυπόφορη κατάσταση, αποτελεί επίσης μια ύστατη προσπάθεια τροποποίησης της. Σε αυτή την αντίθεση βρίσκεται

η βαθύτερη ενότητα των τάσεων αυτοκτονίας. Κάλεσμα σε βοήθεια, μήνυμα διαταραχής και θυμού, η πράξη της αυτοκτονίας εγγράφεται στις διαδικασίες επικοινωνίας και επηρεάζει την ανάπτυξή τους. Μαρτυρά μια διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων έξω από το πλαίσιο των οποίων δεν μπορεί να γίνει κατανοητή η πράξη της αυτοκτονίας. Οι διαταραχές των κοινωνικών σχέσεων κινούν συναισθήματα τα οποία δεν είναι ανεκτά, τα οποία το υποκείμενο δεν μπορεί να ελέγξει ή να εξαντλήσει μέσα από εναρμονισμένες με την κατάσταση συμπεριφορές. Αυτά τα συναισθήματα, τα οποία κυριαρχούνται από την κατάθλιψη και την εκθρόνητα εκτονώνονται μέσα από την πράξη που κατευθύνεται στο σώμα και στοχεύει στην εξωλεκτική επικοινωνία. Η αυτοκτονία επίσης σχετίζεται με την επιθετικότητα που εκδηλώνεται στο περιβάλλον του εφήβου. Η πράξη της αυτοκτονίας δεν σχετίζεται με συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία. Έτσι ανεξάρτητα από την καταγωγή και την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση ο έφηβος αποπειράται να αυτοκτονήσει όταν καταβάλλεται από έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα που μειώνουν την αυτοεκτίμησή του. Οι απειλές για αυτοκτονία πρέπει να αντιμετωπίζονται με σοβαρότητα και να μην απορρίπτονται λέγοντας ότι «αν το εννοούσε σι' αλήθεια θα 'το πραγματοποιούσε, δε θα απειλούσε ότι θα το κάνει». Πολλά άτομα που έχουν απειλήσει ότι θα αυτοκτονήσουν, στο τέλος εκτελούν την απειλή τους στην πραγματικότητα.

Ο αγώνας των εφήβων χρειάζεται ανταπόκριση, χρειάζεται να του δοθεί πραγματικότητα με μια πράξη αντιμετώπισης. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι προσωπική. Απαραίτητη όμως είναι και η παρουσία των ενηλίκων αν θέλουμε οι έφηβοι να έχουν ζωή και ζωντάνια. Βασικά, η αγωγή πρέπει κύρια να έχει ως άξονα το παρόν, γιατί πρέπει να στοχεύει στην τροποποίηση των ενεργών οικογενειακών

σχέσεων. Γνωρίζουμε ότι μόνο η τροποποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος αποδεικνύεται αποτελεσματική και προπάντων μία δραστήρια και παρατεταμένη θεραπεία στα άτομα αυτά και στο περιβάλλον τους.

Άλλες φορές πάλι, ίσως χρειαστεί να αλλάξουμε τις εξωτερικές συνθήκες (με το να επηρεάσουμε θετικά τη σιάση άλλων ανθρώπων) που αποτελούν την αιτία των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο έφηβος. Εάν δεν μπορούμε να αλλάξουμε τις ίδιες τις καταστάσεις, ίσως θα πρέπει να αλλάξουμε τον τρόπο που ο έφηβος αντιλαμβάνεται ή αντιδρά στις καταστάσεις αυτές. Κατά την οικογενειακή θεραπεία πρέπει να συντελείται ενημέρωση για τους τρόπους επικοινωνίας στην οικογένεια, για τον τρόπο της επίλυσης των προβλημάτων της, για τα μέσα ελέγχου προς τα παιδιά (προτροπές, τιμωρίες) καθώς και για τη νοητικότητα και την ανιλημτικότητα τους. Θα πρέπει να επισημανθεί σε αυτό το σημείο ότι η διαδικασία της κοινωνικοποίησης του εφήβου απαιτεί από αυτόν να αφομοιώσει τις τρέχουσες αξίες, τα πολιτισμικά πρότυπα, τις στάσεις και πεποιθήσεις του μικρόκοσμου της οικογένειας και του μακρόκοσμου της κοινωνίας όπου ζεί, υπαγορεύοντας στον έφηβο να υιοθετήσει ρόλους και στάσεις που ορίζονται από τους υπάρχοντες κοινωνικούς θεσμούς.

Το αν ο έφηβος θα βρεί τελικά το δρόμο προς την ομαλή ανάπτυξη και ενήλικη ζωή εξαρτάται όχι μόνο από το πόσο καλά οργανωμένο είναι το *Εγώ* του αλλά και από τη ρευστότητα που επικρατεί στην εσωτερική του πραγματικότητα, η οποία και βρίσκεται σε μία δυναμική αλληλεπίδραση με την εξωτερική του πραγματικότητα. Εξαρτάται επίσης και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και από την δυνατότητα αυτού του περιβάλλοντος να καθρεφτίζει και να συναντά τις ανάγκες του εφήβου διευκολύνοντάς τον να αντιμετωπίσει και να επιλύσει τα αναπτυξιακά του διλήμματα και

συγκρούσεις. Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν, είναι απαραίτητη η παρουσία, η προσοχή και η φροντίδα των γονέων προς τα παιδιά τους. Κύριο μέλημά τους πρέπει να είναι η κάλυψη των βασικών τους αναγκών, ειδικά σε μια περίοδο ραγδαίων κοινωνικών μεταβολών, όπου οι δομές, οι επιλογές και οι αξίες περνάνε βαθύτατη κρίση, έτσι ώστε τα παιδιά τους να έχουν μια ομαλή εφηβική ζωή και καί' επέκταση μια ομαλή μετάβαση προς την ενηλικίωση. Από την άλλη μεριά βέβαια πρέπει να δώσουν προσοχή και στον εσωτερικό κόσμο του εφήβου καθώς και στα πιθανά σημεία διαταραχής, ιδίως γι' αυτούς που είναι σε «ρίσκο» ή έχουν ψυχικές διαταραχές. Κλείνοντας, ας ελπίσουμε ότι η νοσηροπία για την αντιμετώπιση των θεμάτων ψυχικής υγείας του παιδιού θα αλλάξει και ότι οι αρμόδιοι θα προχωρήσουν με τις απαιτούμενες ενέργειες και επενδύσεις, για να αναπτυχθούν τα ανάλογα και κατάλληλα προγράμματα πρόληψης και παροχής υπηρεσιών τόσο στο νοσοκομειακό τομέα, όσο και στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η ψυχική υγεία του παιδιού έχει τεράστια σημασία για την προκοπή και το μέλλον και του δικού μας τόπου.

Φτάνοντας προς το τέλος της εργασίας μας θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε τους μύθους που επικρατούν σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονιών ή και την ολοκλήρωσή τους, γιατί είναι χρήσιμο να εκπαιδύσουμε τόσο τους εαυτούς μας όσο και τους άλλους για τις αλήθειες που πιθανόν οδηγήσουν τον έφηβο σ' αυτές τις ενέργειες. Σύμφωνα λοιπόν με τους Oster και Montgomery (1995:84) οι μύθοι αυτοί είναι:

Μύθος: Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν είναι τρελοί.

Πραγματικότητα: Αν και η πλειοψηφία των ανθρώπων που αυτοκτονούν είναι καταθλιπτικοί, σπάνια μπορούν να θεωρηθούν ως

τρολοί. Συχνά σημεία κατάθλιψης μπορεί να είναι δυσνόητα και ο έφηβος να φαίνεται αρκετά φυσιολογικός.

Μύθος: Οι έφηβοι που θεωρούνται στα σοβαρά ως αυτοκτονικοί δεν μιλούν για τις αυτοκτονικές τους σκέψεις.

Πραγματικότητα: Η πλειοψηφία των εφήβων μιλούν ή δίνουν στοιχεία για την αυτοκτονική μελέτη προγενέστερων απόπειρων.

Μύθος: Οι έφηβοι δεν θα προσπαθήσουν να πληγώσουν τους εαυτούς τους περισσότερο από μια φορά.

Πραγματικότητα: Η πλειοψηφία των εφήβων που είχαν κάνει επιτυχημένες πράξεις αυτοκτονίας είχαν κάνει προγενέστερες απόπειρες.

Μύθος: Οι έφηβοι που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν θέλουν στην πραγματικότητα να πεθάνουν.

Πραγματικότητα: Συχνά δίνουν σημάδια για το πώς νιώθουν με την ελπίδα να τους βοηθήσει κάποιος. Συχνά θέλουν να ξεφύγουν από τρέχουσες συγχύσεις ή πόνο και δεν μπορούν να σκεφτούν άλλες λύσεις. Η απόπειρα αποτελεί μια κραυγή διαμαρτυρίας.

Μύθος: Οι έφηβοι που αυτοκτονούν σπάνια πηγαίνουν για βοήθεια.

Πραγματικότητα: Αρκετοί έφηβοι ζητούν ή λαμβάνουν κάποια βοήθεια κατά την διάρκεια των μηνών πριν το θάνατό τους.

Μύθος: Τι στιγμή που ο έφηβος αποφασίζει να διαπράξει αυτοκτονία τίποτα δεν μπορεί να γίνει.

Πραγματικότητα: Αρκετοί άνθρωποι μπορούν να τον σταματήσουν, αλλά όλες οι προσπάθειες παρέμβασης ίσως να μην είναι επιτυχημένες. Το να κάνουμε την προσπάθεια είναι κάτι που αξίζει τον κόπο.

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α

Περίπτωση 1

Ο δεκαπεντάχρονος Eric Fadelley ήταν ένας ενεργός αθλητής σε αρκετά αθλήματα, ένας κορυφαίος παίκτης του μπέιζμπολ τόσο στην τοπική ομάδα όσο και στην ομάδα του σχολείου του, ένας μέτριος μαθητής. Τον Σεπτέμβριο του 1992 αυτοκτόνησε στο δωμάτιό του, με ένα όπλο. Στην κηδεία ο πατέρας του δήλωσε: «Λιαμέσου της όλης καταστάσεως, το κύριο ερώτημα είναι "Γιατί"; Κανένας δεν γνωρίζει με σιγουριά».

Η αυτοκτονία του δεν ήταν προμελετημένη διότι ο Eric είχε μόλις στήσει την νίκη στην τοπική ομάδα στο πρωτάθλημα του Little League Senior Division U.S., που την προηγούμενη νύχτα είχε εκτιμηθεί από την California Angels σαν ένα γεγονός ονομαζόμενο: «Η Νύχτα των Πρωταθλητών». Είχε εκφράσει το ενδιαφέρον του να παίξει στην πολιτεία του Μίσιγκαν αλλά τελικά άλλαξε γνώμη και οι συμμαθητές του τον είδανε σαν τρυφερό, ευγενικό και προστάτη. Αυτός ο νέος, που φαινόταν να έχει τα πάντα, αποκάλυψε σ' ένα σημείωμα που άφησε ότι ένιωθε απαίσια και άσχημα και ότι ένιωθε έντονα το φορτίο του να βελτιώσει τους βαθμούς του. Η μητέρα του είπε ότι ο Eric ήταν τέλειος σε ότι έκανε. Η αδελφή του δήλωσε ότι ο Eric ίσως να μην μπορούσε να γίνει αντάξιος προσδοκίας των δικών του στερεοτύπων".

Περίπτωση 2

Η δεκατριάχρονη Tammy Timenez ήταν η νεότερη από τα τρία παιδιά - η μοναδική που είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τουλάχιστον δύο φορές τα τελευταία δύο χρόνια. Οι γονείς της Tammy πάντα φαινόταν να φιλονικούν για το ένα ή το άλλο και απειλούσαν με διαζύγιο. Αυτή και οι αδελφές της κακοποιούνταν συστηματικά από

τον αλκοολικό πατέρα τους. Τελικά, τον Φεβρουάριο του 1986, η Tammy χτυπήθηκε και σκοτώθηκε από ένα φορτηγό όταν η ίδια πετάχτηκε στον δημόσιο δρόμο ο οποίος περνούσε από το σπίτι της. Το περιστατικό καταγράφηκε σαν ατύχημα, αλλά η μεγαλύτερη αδελφή της είπε ότι η Tammy σκεπτόταν να θέσει τέρμα στη ζωή της. Το πρωί του θανάτου της, μία φιλονικία με τον πατέρα της την είχε αναστατώσει και την είχε θυμώσει. Η αδελφή της είπε ότι πριν η Tammy τρέξει προς τον δημόσιο δρόμο, είχε πει ότι ήταν ανεπιθύμητη και θα τελείωνε την ζωή της".

Περίπτωση 3

"Ο Ντέιβιντ, 15 χρόνων, λαμπρός μαθητής, χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών, ήρθε για εξέταση με αιτιολογικό την υπερβολική ενασχόληση του με το σώμα του που το θεωρούσε «**αφύσικο**». Σιγά - σιγά αποσύρθηκε από τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες και άρχισε να κάνει απουσίες στο σχολείο. Ο πατέρας του, άνθρωπος ζεστός και γεμάτος ενδιαφέρον, δεν ήξερε πώς να εξηγήσει τη συμπεριφορά του αγοριού. Η μητέρα έπαιρνε από χρόνια αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ήταν κλεισμένη στο σπίτι και το βάρος της ήταν υπερβολικό. Το παιδί ακολούθησε μια ψυχοθεραπευτική αγωγή παίρνοντας ταυτόχρονα μικρές δόσεις ενός νευροληπτικού φαρμάκου για να υποχωρήσει το άγχος που είχε για το σώμα του. Παρ' όλη την αρχικά καλή αντίδραση στη θεραπεία του, η ενασχόληση με τις αλλαγές που γινόταν στο σώμα του συνεχίστηκε. Πάρθηκε τότε η απόφαση να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο αλλά την παραμονή της εισαγωγής του βρέθηκε νεκρός από ασφυξία στο γκαράζ του σπιτιού του. Στο δωμάτιο του δίδυμου αδελφού του βρέθηκε ένα σημείωμα που του έλεγε πόσο πολύ τον αγαπούσε".

Περίπτωση 4

"Πατέρα, θέλησα πολύ να συμμορφωθώ με την υπόδειξή σου, αλλά δυστυχώς δεν θα ήμουν δεκτός στην συντροφιά με φίλους, γι' αυτό αυτοκτονώ!!!".

Περίπτωση 5

"Αγαπητοί μου γονείς λυπάμαι που θα φύγω και μην κλάψετε για μένα, δεν το αξίζω. Αποφάσισα να φύγω από τη ζωή. Άλλωστε δεν αξίζω να δώσω το Σεπτέμβριο για να πάω στην τελευταία τάξη του Γυμνασίου. Όπως μου λέτε και εσείς, είμαι ένα τούβλο.....".

Περίπτωση 6

"Μην κλάψετε για μένα δεν το αξίζω, αφού δεν μπορώ να μάθω τη φυσική και τα γαλλικά".

Περίπτωση 7

"Με πικράνατε όλοι. Το σχολείο και ο πατέρας".

Περίπτωση 8

"Ένας εικοσάχρονος αυτοκτόνησε με το κυνηγετικό όπλο του πατέρα του γιατί όταν εξομολογήθηκε τον έρωτά του στην κοπέλιά που αγαπούσε, εκείνη έμεινε ασυγκίνητη".

Περίπτωση 9

"Ένας δεκαεννιάχρονος αυτοκτόνησε επειδή στο σχολείο του τον αποκάλεσαν κλέφτη. Στην επιστολή που άφησε στους γονείς του έγραφε: «ο θάνατος μου είναι η απόδειξη ότι ποτέ δεν ήθελα να με αποκαλέσουν στη ζωή μου κλέφτη»".

Περίπτωση 10

(ενός δεκαεξάχρονου τότε νέου που αφού έμπλεξε με τα ναρκωτικά στο τέλος έκανε απόπειρα αυτοκτονίας.....)

" Παιδί εύπορης οικογένειας, πέρασε στη δίνη των ναρκωτικών με την ίδια ευκολία που περνά κανείς στο απέναντι πεζοδρόμιο. Ανώτερος κρατικός υπάλληλος ο πατέρας, κληρονόμος μιας αλυσίδας ναυτιλιακών επιχειρήσεων η μητέρα, απουσίαζαν τόσο συχνά από το σπίτι, που η παρουσία τους ήταν πρόβλημα! Ο Γιάννης και η αδελφή του μεγάλωσαν σε πληρωμένα χέρια και η αλήθεια είναι ότι τίποτα δεν τους έλειψε. Καλό φαγητό, πανάκριβα ρούχα, μηχανές, αυτοκίνητα, χρήματα που δεν ήξεραν που να τα ξοδέψουν. Ένα ξέφρενο πάρτι ήταν η ζωή τους από τότε που κατάλαβαν τον εαυτό τους.....

«Δεν θυμάμαι ποτέ την μητέρα μου – λέει ο ίδιος – να σκύβει το βράδυ στο προσκέφαλό μου να με σκεπάσει ή να ξενυχτά μαζί μου όταν είχα πυρετό. Τα χέρια της ήταν φευγαλέο – έτσι όπως χάιδευε και τον αγαπημένο της σκύλο ή το ακριβό κινέζικο βάζο στο σαλόνι. Δεν έχω να διηγηθώ συγκλονιστικά πράγματα – τίποτα τό συγκλονιστικό δεν συνέβη με τους γονείς μου. Είχα ότι ζητούσα, μόλις το ζητούσα, χωρίς διαπληκτισμούς, περιττές συζητήσεις ή οικογενειακά μελοδράματα».

Περίπτωση 11

"Ο Harold, 15 ετών, ήταν ευδιάθετος και με καλούς τρόπους, αλλά υπερβολικά λυπημένος. Δεν είχε κλειστούς φίλους. Μετά το σχολείο, πάντα πήγαινε σπίτι αμέσως. Ποτέ δεν πήγαινε σε πάρτι. Επιχείρησε

κάποιο ραντεβού αλλά ένιωσε δυστυχισμένος και αποθαρρυσμένος από την ανικανότητά του να συνεχίσει τη συζήτηση. Σταμάτησε την προσπάθεια.

Κάποια άλλη στιγμή, επιχείρησε να δημιουργήσει μία ομάδα μπάσκετ, αλλά δεν τα κατάφερε. Μετά απ' αυτό, δεν προσιάθησε άλλα αθλήματα, παρόλο που ήταν ένας καλός αθλητής. Δεν έλεγε ποτέ τίποτα γι' αυτά, αλλά εσωτερικά πληγωνόταν. Ευχόταν μυστικά να ήταν περισσότερο εξωστρεφής, αλλά φοβόταν πιθανή απόρριψη. Φοβόταν και απογοητεύονταν από την ανικανότητά του να χειριστεί τη λύπη του. Ο Harold κρατούσε τα αισθήματά του για τον εαυτό του, ιδιαίτερα τον θυμό του, και σπάνια ήταν ευδιάθετος. Κανένας δεν παραπονέθηκε ποτέ γι' αυτόν ή ακόμη να νοιαζόταν γι' αυτόν. Κανένας ποτέ δεν τον πλησίασε ώστε να ανακαλύψει τι βρισκόταν πίσω απ' την κενή πρόσοψη. Ενώ οι συνομήλικοί του αγκαλιάζονταν με άλλους, πήγαιναν σε πάρτι, μιλούσαν στο τηλέφωνο και έκλειναν ραντεβού, αυτός έμεινε στο σπίτι και διάβαζε. Έτσι, ποτέ δεν εξασκήθηκε στις κοινωνικές δεξιότητες που οι άλλοι μάθαιναν. Φαινόταν απλά ανήσυχος. Ακόμη πίσω από την εκφραστική μάσκα έκλαιγε και βασανίζονταν μόνος. Τελικά, ένας ευαίσθητος και ενδιαφερόμενος θείος οδήγησε τον Harold σ' ένα σύμβουλο ο οποίος τον βοήθησε να βγει από το συναισθηματικό κέλυφος. Σαν αποτέλεσμα ο Harold ένιωσε σαν να είχε έρθει από την εξορία και άρχισε να χαίρεται τη ζωή".

Περίπτωση 12

"Ο Joe, ηλικίας 17 ετών, ήταν ένας υψηλά δημιουργικός και έξυπνος νέος που ήταν εξωστρεφής αλλά με αδιάκοπη διάθεση. Μερικές φορές ήταν λυπημένος και μελαγχολικός, μερικές φορές γεμάτος ζωή και ενέργεια και μερικές φορές υπερβολικά θυμωμένος. Αυτές οι ακραίες αλλαγές στη διάθεση τον έκαναν να αισθάνεται εκτός ελέγχου, και

μερικές φορές νόμιζε ότι θα πληγώσει τον εαυτό του ή κάποιον άλλο. Αυτές οι σκέψεις τον φόβιζαν και τον έκαναν να αισθάνεται υπερβολικά ανήσυχα. Άρχισε να πίνει για να μαλακώσει τον πόνο στην αρχή λίγο, έπειτα υπερβολικά. Επίσης έπαιρνε ναρκωτικά όταν ήταν διαθέσιμα, συνήθως στα πάρτι που συχνά παρευρισκόταν. Ο συναγερμός από τα σημάδια της διάθεσης, η αποτυχία στους βαθμούς του σχολείου και ο φόβος από την χρήση ναρκωτικών, ανάγκασε τους γονείς του να φέρουν τον Joe σε μια ενήλικη μονάδα ψυχιατρικού νοσοκομείου για εκτίμηση. Στον Joe διαγνώστηκε ότι είχε μία διπολική ανωμαλία στη διάθεση και αντιμετωπίστηκε αναλόγως. Τότε ήταν ικανός να επιστρέψει στο σπίτι και στο σχολείο. Με την θεραπεία του εξωτερικού ασθενή και την ιατρική φαρμακευτική αγωγή, ήταν ικανός να χρησιμοποιήσει αρκετές ικανότητες που τον ηρεμούσαν".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Λεβίδης, Β., (1996), «Βιολογική Θεραπεία της κατάθλιψης». Στο: 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Κατάθλιψη, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
2. Αναστασιάδης, Β.Κ., (1993), Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας: Ο τρόπος της ορθής διαπαιδαγώγησης της στο σχολείο και την οικογένεια, Αθήνα.
3. Βασιλαματζής, Γ., (2000), «Η κατάθλιψη ως στοιχείο διαταραχής της προσωπικότητας». Στο: 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Ιδιαιτερότητες στη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
4. Γεωργιάδη, Ε., Καπετανάκη, Α., Παπαφλέσσα, Θ., (1995), Στοιχεία Κοινωνικής Πρόνοιας, έκδοση Θ', Αθήνα, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.
5. Δημητρίου, Χ.Ε., «Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.
6. Δημοπούλου - Αυγώνικα, (1994), «Χρησιμοποίηση διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών με ειδικές κατηγορίες προβλημάτων και ατόμων», Διδακτικές σημειώσεις στην Κοινωνική εργασία με Άτομα, Αθήνα.

7. Δικαίος, Γ.Δ., Σολδάτος, Ρ.Κ., (1999), «Αιτιοπαθόγενεια κατάθλιψης». Στο 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
8. Δοξιάδη - Τριπ, Α., « Η εφηβεία σαν οικογενειακή κρίση». Στο: Δοξιάδη - Τριπ, Α., Ζαχαρακοπούλου, Ε., (επιμέλεια), (1985), Ο έφηβος και η οικογένεια, Αθήνα.
9. Δραγώνα, Θ., Νταβού, Μ., Χ.Χ., Εφηβεία: Προσδοκίες και Αναζητήσεις, Αθήνα, Παπαζήση.
10. Καλλινικάκη, Θ., «Η εξέλιξη της διεπιστημονικής σχέσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων - η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού», Κοινωνική Εργασία 36 (1994), Αθήνα.
11. Κλεφτάρας, Γ., (1998), Η κατάθλιψη σήμερα. Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
12. Κονταξάκης, Π.Β., (1996), «Κατάθλιψη και Αυτοκτονία». Στο: 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Κατάθλιψη, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
13. Κούρος, Ι., (1993), Ψυχολογικά Θέματα Παιδιών και Εφήβων, Τόμος Β', Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
14. Κρασανάκης, Ε.Γ., (1988), Ψυχοπαιδαγωγικά προβλήματα της εφηβικής ηλικίας, Αθήνα, Σμυρنيωτάκης.

- Κρασανάκης, Ε.Γ., (1992), Θέματα Ψυχολογίας του Εφήβου, Πράκλειο.

15. Λύκουρας, Ε., «Παραληρητική Κατάθλιψη». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

16. Μαδιανός, Γ.Μ., «Επιδημιολογία της Κατάθλιψης». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

17. Μάνος, Γ.Κ., (α) (1986), Ψυχολογία του εφήβου. Εξελικτική ψυχολογία, Αθήνα, Γρηγόρη.

- Μάνος, Γ.Κ., (β) (1986), Ψυχολογία του εφήβου με εισαγωγή στην ψυχολογία του παιδιού. Αθήνα, Γρηγόρη.

- Μάνος, Γ.Κ., (1990), Ψυχολογία του εφήβου, Αθήνα, Γρηγόρη.

18. Μάνος, Ν., (1988), Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

19. Μαυρέας, Β., «Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

20. Μπεράτη, Σ., «Αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία». Στο: Τσιάντης, Γ., Χριστιανόπουλος, Κ., Αναστασόπουλος, Δ., Λιακοπούλου, Μ., Χαντζάρα, Β., (επιμέλεια), (1994), Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο, Αθήνα, Καστανιώτη.

21. Ντώνιας, Χ.Σ., (1999), «Η διάγνωση της κατάθλιψης». Στο: 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

22. Παπαδημητράκοπουλος, Γ.Κ., (1994), Νέοι στο Σήμερα, «Φωτοδότες».

23. Παπαδημητρίου, Ν.Γ., «Γενετική της κατάθλιψης». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

- Παπαδημητρίου, Ν.Γ., (1999). « Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης». Στο: 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

24. Παπακώστας, Γ.Ι., «Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία της Κατάθλιψης». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

25. Παπαμαθαιάκη - Lester, Ε., « Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων - Αυτοκτονία». Στο: Τσιάντης, Γ., Μανωλόπουλος, Σ., (επιμέλεια), (1987), Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Τόμος 2, Μέρος 2, Χ.Τ., Καστανιώτη.

26. Παρασκευόπουλος, Ν.Ι., Χ.Χ., Εξελικτική Ψυχολογία, Τόμος 4, Αθήνα.

27. Σακελλαρόπουλος, Π., (1995), Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων: Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα, Τόμος Β', Αθήνα, Παπαζήση.

28. Σολδάτος, Ρ.Κ., Δικαίος, Γ.Δ., (1999), « Φαρμακευτική Θεραπεία της κατάθλιψης». Στο: 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

29. Τρίκκας, Γ., «Κλινικές μορφές κατάθλιψης». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

30. Τσιάντης, Γ., «Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία». Στο: Λοξιάδη - Τρίπ, Α., Ζαχαρακοπούλου, Ε., (επιμέλεια), (1985), Ο έφηβος και η Οικογένεια, Αθήνα.

- Τσιάντης, Γ., (1991), Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, Τεύχος Α', Αθήνα, Καστανιώτη.

- Τσιάντης, Γ., (1993), Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, Τεύχος Β', Αθήνα, Καστανιώτη.

31. Χαντζαρά, Β., Τσιάντης, Γ., (1999), « Η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους», Στο: 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα: Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

32. Χρηστάκης, Α., (1994), Αυτοκτονία: υπέρτατη ελευθερία ή στωική θεραπεία;, Αθήνα, Δελφίνι.

33. Χριστοδούλου, Γ.Ν., (1996), «Κατάθλιψη». Στο: 22^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με Θέμα:Κατάθλιψη, Αθήνα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.

- Χριστοδούλου, Γ.Ν., «Κατάθλιψη: Λεδομένα και Προβληματισμοί». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

- Χριστοδούλου, Γ.Ν., «Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων». Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., (επιμέλεια), (1998), Κατάθλιψη, Έκδοση Β', Αθήνα, Βήτα.

34. Χριστοφίδης, Α.Χ., (1991), Ψυχικές Διαταραχές και Δνεμιετώπιση τους, Λευκωσία.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία από μετάφραση.

1. Βίννικοτ, Ν., (1980), Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα, Αθήνα, Καστανιώτη.

2. M.D., Bloomfield, H.H., McWilliams, P., (1997), Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη, Αθήνα, Θυμάρι.

3. M.D., Campbell, R., (1987), Πώς να αγαπάτε πραγματικά τους νέους σας, Χ.Τ., « Η Έλαφος».

4. Chabrol, H., (1987), Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, Χ.Τ., Χατζινικόλη.

5. Ντολτό, Φ., Ντολτό – Τολίτς, Κ., (1990), Εφηβοι: Προβλήματα και Λησυχίες, Αθήνα, Πατάκη.
6. Durkheim, E., X.X., Κοινωνικές Λιτίες της Αυτοκτονίας, X.T., Αναγνωσιδίδη.
7. Golse, B., Messerschmitt, P., (1987), Το παιδί σε κατάθλιψη, X.T., Χατζηνικολή.
8. Herbert, M., (1999), Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, Αθήνα.
9. Κώνγκερ, Τ., (1981), Η εφηβική ηλικία. Μια καταπιεσμένη γενιά, Αθήνα, Ψυχογιός.
10. Sellers, S., X.X., Ο Σατανισμός της Νέας Εποχής, X.T., Στερέωμα.
11. Στορ, Α., (1979), Ανθρώπινη Επιθετικότητα, X.T., Γλάρος.
12. Szur, R., « Ψυχοθεραπευτική εργασία με αυτοκτονικούς εφήβους σε μια υπηρεσία ανοικτής περίθαλψης στο Μπρέντ». Στο: Σούρ, Ρ., Μίλερ, Σ., (επιμέλεια), (1997), Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους – Σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις 1, Αθήνα, Καστανιώτη.

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

1. Frighi., L., (1984), Manuale di igiene mentale, Bulzoni editore.

2.Ph.D., Oster, D.G., M.S.W., Montgomery, S.S., (1995), Helping your Depressed Teenager: A guide for parents and caregivers, United States of America.

3. Sue, D., Sue, D., Sue, S.(1997), Understanding Abnormal Behavior, Fifth edition, Houghton Mifflin company.

4. Trevor Barnes with the Samaritans., (1996), Dealing with depression, London.

