

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΟΙ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

**Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός
Αποστολοπούλου Όλγα**

**Σπουδάστρια
Κατσαριώτη Μαρία**

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.) του Ανώτατου
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.**

Πάτρα 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	5
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	10
1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	14
1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ.	19
<i>A) Βιολογικές θεωρίες</i>	19
<i>B) Ψυχοδυναμικές θεωρίες</i>	23
<i>Γ) Κοινωνιολογικές θεωρίες</i>	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	34
2.1. Η ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.....	34
2.2. Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	39
2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.	43
2.4. ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	55
3.1 ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.	55
3.2 ΠΡΟΜΥΝΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	62
3.3 Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	70
3.4 Η ΣΥΜΒΟΛΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	77
4.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.	77
4.2 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.	84
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	89
4.4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ.....	93
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Αυτοκτονία είναι το λογικό συνακόλουθο της επικράτησης στον ψυχισμό του ανθρώπου των επιθετικών καταστρεπτικών εξορμήσεων, οι οποίες κατατείνουν να επαναφέρουν την ανθρώπινη ύπαρξη στην ανόργανη κατάσταση από την οποία εικάζεται ότι ξεπήδησε η ζωή ». (Σίγκμουντ Φρόιντ, 1917).

Η αυτοκτονία είναι από τις πιο τραγικές αλλά και πιο συχνές αιτίες θανάτου. Δεν αντιπροσωπεύει μόνο μια μορφή θανάτου αλλά και μια ορισμένη συμπεριφορά η οποία έχει ανέκαθεν προβληματίσει την ανθρώπινη κοινωνία. Η αυτοκτονία αποτελεί πρόβλημα ηθικό, φιλοσοφικό και επιστημονικό.

Λόγω της συχνότητας, της σοβαρότητας και των συνεπειών, οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου αποτελούν ένα ανησυχητικό πρόβλημα της ψυχικής υγείας σε αυτή την ηλικία. Είναι σημαντική η συμμετοχή της αυτοκτονίας στη γενική θνησιμότητα για την ηλικία 15 μέχρι 24 ετών γιατί μετά τα ατυχήματα, αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων γεννά κρίση, πηγάζοντας συχνά από κρίση, ατομική, οικογενειακή, κοινωνική. Είναι ένα κοινωνικό γεγονός του οποίου οι πολλαπλές σημασίες και επιδράσεις αντιστοιχούν στην πολυπλοκότητα των παραγόντων από τους οποίους καθορίζεται. Είναι η συνισταμένη, η κατάληξη αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στο ατομικό – ψυχολογικό επίπεδο. Παράμετροι που παίρνουν το ιδιαίτερο για το κάθε άτομο νόημα ανάλογα με την ανάπτυξη και εξέλιξή του, η οποία με τη σειρά της έχει ήδη διαμορφωθεί από τους παράγοντες αυτούς (Βιο - ψυχο -

κοινωνικό μοντέλο). Σαν τελικό συμβάν σαρώνει τον κόσμο των ανθρώπων φέρνοντας πόνο, θλίψη, απελπισία, ενοχές, θυμό, σύγχυση και αμηχανία στους εμπλεκόμενους.

Το άτομο που επιχειρεί να αυτοκτονήσει, είτε επιδιώκει το θάνατο είτε όχι, επικοινωνεί με αυτό τον τρόπο την απελπισία του, το αδιέξοδό του, το θυμό του. Συχνά προσπαθεί να απαλλαγεί από τον ψυχικό πόνο που δημιουργούν οι ψυχικές διαταραχές. Άλλες φορές να αλλάξει συμπεριφορές που το συμπιέζουν, να απαλλαγεί από αφόρητες συναισθηματικά καταστάσεις, κάποτε να εκδικηθεί, να προκαλέσει πόνο σε σημαντικά οικεία πρόσωπα και άλλες φορές να τραβήξει την προσοχή των άλλων επάνω του, σε έναν εαυτό που δυσκολεύεται να λειτουργήσει χωρίς το καθρέφτισμα και την αποδοχή από τον Άλλο.

Η αυτοκτονία του εφήβου είναι μια πράξη πολύ περίπλοκη τόσο στο μηχανισμό της όσο και στις λειτουργίες της. Οι ψυχολογικές συγκρούσεις, οι κανόνες επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, οι εναλλαγές ενθαρρύνσεων και τιμωριών βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση.

Για να μπορέσει ο θεραπευτής να ανταποκριθεί, πρέπει να χειρίζεται διάφορους τύπους παρέμβασης. Η εκλεκτική επιλογή θεραπευτικής είναι μια αναγκαιότητα μπροστά στις τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου.

Η αυτοκτονία ενός ανθρώπου και ιδιαίτερα ενός εφήβου δημιουργεί ένα είδος μεταφυσικής αγωνίας. Μας ωθεί να αναλογιστούμε τη σημασία της ύπαρξής μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Παρόλο που ο τρόπος αυτός θανάτου είναι γνωστός στον άνθρωπο όσο και η ιστορία του ο όρος αυτοκτονία, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, είναι σχετικά πρόσφατος. Η λέξη suicide που επικρατεί στη διεθνή βιβλιογραφία προέρχεται από το λατινικό *suicidare* που σημαίνει “φονεύω εαυτόν”. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1651. Ο Ελληνικός όρος προέρχεται από τη λέξη “αυτοκτόνος” που σημαίνει κάποιος που σκοτώνει με το χέρι του, όχι αναγκαστικά και τον εαυτό του. Η αυτοκτονία δεν περιορίζεται, μόνο, στον άνθρωπο. Παρατηρείται επίσης σε ζώα διαφόρων βαθμίδων εξέλιξης, όπως τον σκορπιό και την φάλαινα, σε ατομικές και ομαδικές περιπτώσεις, που αν και δύσκολο να ερμηνευθεί η σκοπιμότητά τους, έχει όλα τα χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας. (Γαβριήλ 1986).

Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές συνοδεύουν τον άνθρωπο σε όλη την ιστορική διαδρομή του όπως φαίνεται μέσα από τις γραπτές πηγές. Ο αρχαίος τραγικός Σοφοκλής περιγράφει με παραστατικό και δραματικό τρόπο την οργή, το ψυχωσικό επεισόδιο και τέλος την αυτοκτονία του ήρωα Αϊαντα που γίνεται ίσως από ντροπή και φιλότιμο όταν τα όπλα του νεκρού Αχιλλέα δίνονται άδικα κατά την γνώμη του ήρωα στον Οδυσσέα (Σοφοκλή & Αίας). Στην Οδύσσεια επίσης αναφέρεται ότι η Ιοκάστη αυτοκτονεί όταν μαθαίνει ότι ο Οιδίποδας με τον οποίο παντρεύτηκε είναι στην πραγματικότητα γιος της.

“Εκείνη όμως πέρασε στον Άδη, άσπλαχνο φύλακα στις κάτω πύλες, αφού πρώτα σε μία θηλιά κρεμάστηκε, δένοντας το μακρύ σχοινί απ’ την ψηλή οροφή της κάμαράς της, η απελπισία την έπνιξε.”[Ομήρου Οδύσσεια, ραψωδία λ(Νέκυια)]

Στην Αρχαία Ελλάδα η στάση της κοινωνίας ήταν γενικά αρνητική, αν και όχι αναγκαστικά καταδικαστική. Οι φιλόσοφοι όπως ο Πυθαγόρας, ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης παίρνουν αρνητική θέση. Ο Πυθαγόρας βλέποντας τη ζωή σαν μία πειθαρχία των θεών στην οποία ο άνθρωπος πρέπει να υποτάσσεται, καταδικάζει την αυτοκτονία. Ο Πλάτωνας παραδέχεται ότι όταν η ζωή γίνεται άμετρα οδυνηρή, είτε από αρρώστια είτε από εξωτερική καταπίεση, η αυτοκτονία συνιστά μία λογική, δικαιολογημένη πράξη.

Στην Ελληνιστική και Ρωμαϊκή περίοδο, η κοινή αντίληψη για την αυτοκτονία διαφοροποιείται. Το δέος και η αποδοκιμασία ισχύουν για τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, ενώ για τις ανώτερες αναπτύσσεται μία ιδιαίτερη ηθική, η οποία δείχνει κάποια ανοχή ή ακόμα και παραδοχή για την πράξη. Σε αυτό συμβάλλει και η μετασωκρατική φιλοσοφία, που με κύριους αντιπροσώπους της τους Στωικούς και τους Επικούρειους, αντικρίζει την αυτοκτονία ως μία ευπρεπή ή αναγκαία λύση στα δεινά της ζωής. Από την άλλη μεριά, στη Ρωμαϊκή εποχή, η έννοια της αυτοκτονίας παίρνει οικονομικές διαστάσεις. Η αυτοκτονία ενός σκλάβου ή ενός στρατιώτη είναι ασύμφορη απώλεια για τον κύριό του ή το κράτος.

Η έλευση του χριστιανισμού, με την αντίληψη ότι η επίγεια ζωή έχει μάλλον μικρή αξία, θα έλεγε κανείς ότι ευνοούσε την τάση για αυτοκτονία, που την ενίσχυε το παράδειγμα των μαρτύρων της εκκλησίας, που προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αποκηρύξουν την πίστη τους. Αξιοσημείωτη αλλαγή παρατηρείται τον 4^ο αιώνα με την καταδίκη της αυτοκτονίας ως αξιόποινη πράξη από τον Άγιο Αυγουστίνο, κατά τον οποίο 'ο άνθρωπος που σκοτώνει τον εαυτό του σκοτώνει έναν άνθρωπο'. Το επιχείρημα είναι δανεισμένο από τον Φαίδωνα του Πλάτωνα.

Η Αναγέννηση, με την ανάπτυξη του ατομικισμού και της πνευματικής αναζήτησης πέρα από τη δογματική, απολυταρχική κυριαρχία της εκκλησίας και της πολιτείας, κάνουν την ιδέα του εθελοντικού θανάτου πιο προσιτή και αποδεκτή τόσο από τον κοινό άνθρωπο όσο και από τον διανοούμενο. Η λογοτεχνία αντανακλά το πνεύμα των καιρών, παρέχοντας μια ευρύτερη γνώση γύρω από την πολυπλοκότητα του προβλήματος. Χαρακτηριστικά, μέσα στις οκτώ τραγωδίες του Σαίξπηρ συναντούμε δεκατέσσερις τουλάχιστον αυτοκτονίες. (Γαβριήλ, 1986).

Ο 18^{ος} αιώνας και η περίοδος του Διαφωτισμού φέρνει ακόμα μεγαλύτερη αλλαγή στη θεώρηση της αυτοκτονίας. Το αμάρτημα μεταφέρεται από τον άνθρωπο στην κοινωνία, θεωρώντας ότι η κοινωνία έχει την ευθύνη όταν ένα άτομο γίνεται κακό και επομένως όταν καταστρέφει τον εαυτό του. Ο φιλόσοφος David Hume στο έργο του «Δοκίμιο της Αυτοκτονίας» προσπαθεί να εξαλείψει την ιδέα του αδικήματος από την αυτοκτονία, ισχυριζόμενος ότι, αφού ο Θεός έδωσε τη δύναμη στον άνθρωπο

να δρα, ο εθελούσιος θάνατος βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του θεού και συνεπώς δεν είναι αμάρτημα προς το θεό.

Μια ουσιαστική αλλαγή στην αντίληψη του κόσμου για την αυτοκτονία εμφανίζεται τον 19^ο αιώνα. Η αυτοκτονία θεωρείται τώρα ντροπή για την οικογένεια και τα στενά συγγενικά πρόσωπα του αυτόχειρα. Έτσι η αυτοκτονία παίρνει τη μορφή μιας απόκρυφης πράξης, που έχει σχέση με την τρέλα.

Οι στάσεις απέναντι στις αυτοκτονικές συμπεριφορές διαφέρουν ανάμεσα στις κοινωνίες και τις πολιτισμικές ομάδες και αλλάζουν στην πορεία του χρόνου ανάλογα και με τις στάσεις απέναντι στον θάνατο. Ποικίλουν ανάλογα με τις περιστάσεις της αυτοκτονίας, από την άγρια απόρριψη και τιμωρία του αυτόχειρα στο ένα άκρο(βίαιη καταστροφή του πτώματος, κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων, τιμωρία των απογόνων, άρνηση ταφής, κλπ.) που ίσως σχετίζεται με τον αρχαϊκό φόβο της εκδίκησης του αδικοχαμένου αίματος, έως την αποδοχή στο άλλο άκρο όταν γίνεται για το κοινό καλό ή την αποφυγή και αποτροπή ατίμωσης(η ομαδική αυτοκτονία στο Ζάλογγο και στο Κούγκι).

Σε πολλές χώρες της Ανατολής που είναι επηρεασμένες από τον Βραχμανισμό και το Βουδισμό, η αυτοκτονία είναι αποδεκτή λύση στον ανθρώπινο πόνο ή στη ντροπή και μάλιστα μερικές φορές γίνεται με τελετουργικό τρόπο(«χαρακίρι»). Αντίθετα στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες είναι είτε ανεκτή και στηριζόμενη φιλοσοφικά, είτε δυσφημισμένη και καταδικαστέα. (Γαλανάκης,1996).

Ενώ η ιδέα της αυτοκτονίας αρχίζει να γίνεται αποδεκτή στον κύκλο των διανοούμενων της Ευρώπης, η εκκλησία και η πολιτεία παραμένουν ανένδοτες σχεδόν ως τις μέρες μας. Οι αυτοκτονικές

συμπεριφορές αρχίζουν να γίνονται αντικείμενο μελέτης από την κοινωνιολογία στο τέλος του 19^{ου} αιώνα. Ο γάλλος κοινωνιολόγος Durkheim (1897), ο οποίος θεωρούσε πως οι αυτοκτονίες σχετίζονται αποκλειστικά με την κοινωνική οργάνωση, ήταν αυτός που θεμελίωσε την επιστημονική έρευνα για τις αυτοκτονίες.

Η ιατρική θεώρηση, που αποτελεί μια από τις προσεγγίσεις του φαινομένου, ξεκινά από την υπόθεση πως ενέργειες που στρέφονται κατά του βασικού ενστίκτου της επιβίωσης πρέπει να προέρχονται από κάποια διαταραχή του ψυχισμού. Πράγματι αυτό επιβεβαιώνεται στις περισσότερες των περιπτώσεων, από την ψυχολογική αυτοψία και την κλινική εξέταση. Η καθιέρωση της ψυχιατρικής επιστήμης συνέτεινε ακόμη περισσότερο στη διερεύνηση των φαινομένων αυτών. (Παππάς,1998).

Οι απόπειρες αυτοκτονίας άρχισαν να προσελκύουν την προσοχή πολλών μελετητών κυρίως από την δεκαετία του '50, όταν εξαιτίας της μεγάλης αύξησής τους αυτή τη περίοδο, κυρίως στις δυτικές χώρες και ιδιαίτερα ανάμεσα στους εφήβους και τους νέους ενήλικες, άρχισε μια εκτεταμένη ερευνητική προσπάθεια σε όλο τον κόσμο με τον Dahlgren το 1945 στη Σουηδία, τους Schmidt και τους συνεργάτες του το 1954 στις Η.Π.Α, κ.α. Νωρίτερα και άλλοι είχαν ασχοληθεί με το θέμα των αποπειρών αυτοκτονίας, αλλά περιστασιακά κατά τη διάρκεια της διερεύνησης της αυτοκτονίας, όπως ο Freud (1917) και ο Menninger (1938).

Κύριο μέλημα των ερευνητών ήταν και παραμένει η κατανόηση των αιτιών, η γνώση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και η πορεία των ανθρώπων που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας, ώστε να γίνει καλύτερη η αντιμετώπισή τους και πρόληψή τους. (Παππάς, 1998).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Το «κτείνειν εαυτόν» είναι καθεαυτό ένα παράδοξο φαινόμενο, μοναδικό μέσα στη φύση.

Αποτελεί την πιο προσωπική πράξη του ανθρώπου, ακραία εκδήλωση της ελευθερίας και του αυτεξούσιου του, αποτέλεσμα της αυτοσυνειδητότητας του. Είναι κοινό χαρακτηριστικό σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου, όσο μπορούμε να συμπεράνουμε από την ιστορική έρευνα. (Durkheim, 1897).

Σε κάποια στιγμή της εξέλιξής του ο άνθρωπος θα πρέπει να ανακάλυψε με τρόμο και δέος τη δυνατότητά του να σκοτώνει εκτός από ζώα και άλλα άτομα του είδους του, και τον ίδιο του τον εαυτό.

Όμως, αν και η αυτοκτονία είναι μια τόσο προσωπική πράξη, οι κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό αίτιοπαθογενετικό ρόλο και η ίδια η πράξη έχει έντονες κοινωνικές επιδράσεις. Σε όλα τα μέρη του κόσμου ανεξάρτητα από την τεχνολογική ανάπτυξη, σε όλες τις ιστορικές περιόδους και κάτω από εκπληκτικά όμοιες συνθήκες, όπως η απώλεια του αγαπημένου ή της αγαπημένης, ο θάνατος του συντρόφου, το ντρόπιασμα ή η ήττα στη μάχη κλπ, οι άνθρωποι αυτοκτονούν ή επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, γεγονός που δείχνει το σημαντικό ρόλο των κοινωνικών παραγόντων.

Όσο και αν φαίνεται προφανής, ο επιστημονικός ορισμός της αυτοκτονίας δεν είναι τόσο εύκολος, εξαιτίας της απουσίας σαφούς θεωρίας του κινήτρου, που θεωρείται απαραίτητο στον καθορισμό ενός θανάτου ως αυτοκτονία. Ο όρος «αυτοκτονία» εμφανίζεται για

πρώτη φορά στον Κλήμη Αλεξανδρέα, ενώ παλιότερα αναφερόταν περιγραφικά π.χ στον Αριστοτέλη με το «ποιώ τι αποθανείν» και σε άλλους αρχαίους συγγραφείς με τα «εαυτόν εξάγειν», «εαυτόν φονεύειν» κ.λ.π. Οι έννοιες «αυτοφόνος», «αυτοχειρία» κ.λ.π. που απαντώνται στους τραγικούς είχαν διαφορετική σημασία από τη σημερινή και σήμαιναν το φόνο συγγενούς, τον αμοιβαίο φόνο, την αυτοδικία με εκούσια πράξη φόνου ή τραυματισμού (Γαλανάκης, 1996).

Η αυτοκτονία είναι «φόνος» και είναι «εκ προαιρέσεως αφαίρεσις υφ' ημών της ίδιας ημών ζωής», γι' αυτό και διαφέρει από τον κοινό φόνο, την αφαίρεση δηλαδή της ζωής του άλλου από κάποιον. Και ακόμη η αυτοκτονία διακρίνεται σε άμεση και έμμεση. Άμεση αυτοκτονία καλείται η εκ προθέσεως βίαιη, με φονικό όργανο ή κίνηση, αφαίρεση της ζωής, ενώ έμμεση είναι η αυτοκτονία που πραγματοποιείται εν γνώσει του ατόμου, αλλά και εκ' προθέσεως βαθμιαία, σιγά, σιγά, αφαίρεση της ζωής του (π.χ. η άρνηση τροφής, η λήψη ναρκωτικών ουσιών κ.α.).

Η Π.Ο.Υ. ορίζει ως αυτοκτονία «την αυτοκτονική πράξη που καταλήγει στον θάνατο» όπου ως «αυτοκτονική πράξη» ορίζεται η «αυτό-επιφερόμενη βλάβη με ποικίλο βαθμό φονικής πρόθεσης και επίγνωση κινήτρου». Σημειώνεται πως δεν είναι πάντα δυνατόν να αποφασίσει κανείς εάν η πρόθεση ήταν η αυτοκαταστροφή ή η πράξη ήταν απλώς μια χειρονομία (gesture). Έτσι στις αυτοκτονίες μπορεί να συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο όσοι είχαν σαφή πρόθεση να πεθάνουν, αλλά και όσοι δεν είχαν σκοπό το θάνατο αλλά δεν αποκαλύφθηκαν έγκαιρα για να διασωθούν. (WHO,1968)

Οι άνθρωποι που διαπράττουν αυτοκτονία -που ολοκληρώνουν τις αυτοκαταστροφικές τους προσπάθειες- δεν μπορούν πλέον να μας ενημερώσουν για τα κίνητρά τους, τη σύγχυση της σκέψης, το συναισθηματικό τους κράτος. Οι ερευνητές έχουν μόνο έμμεσες πληροφορίες, όπως αρχεία ή αναφορές από άλλους, που τους βοηθούν να καταλάβουν τι οδήγησε αυτούς τους ανθρώπους σε αυτή την τραγική τους πράξη είναι σε αντίθεση με την ιατρική αυτοψία, η οποία είναι η εξέταση ενός νεκρού σώματος, για τον καθορισμό της αιτίας ή της φύσης του βιολογικού θανάτου. Η ψυχολογική αυτοψία προσπαθεί να κάνει κατανοητή την ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου που διαπράττει αυτοκτονία αναλύοντας την ιστορία των θυμάτων, συνεντεύξεις με θεραπευτές και συγγενείς και πληροφορίες από σημειώματα αυτοκτονίας.

Η συστηματική εξέταση των πληροφοριών με σκοπό την κατανόηση και την εξήγηση της συμπεριφοράς ενός ανθρώπου πριν από τον θάνατό του / της ονομάζεται ψυχολογική αυτοψία. Αυτό όμως είναι ιδιαίτερα δύσκολο διότι δυστυχώς οι διάφορες πηγές δεν είναι πάντα διαθέσιμες ούτε καν αξιόπιστες. Μόνο 12 έως 34 τοις εκατό των θυμάτων αφήνουν σημειώματα αυτοκτονίας και πολλοί άνθρωποι που διαπράττουν αυτοκτονία δεν έχουν υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία. Εξηγήσεις από συγγενείς ή από στενούς φίλους είναι συχνά διαστρεβλωμένες λόγω του συναισθηματικού αντίκτυπου από το θάνατο κάποιου αγαπημένου.

Παρά τις αδυναμίες, η ψυχολογική αυτοψία συνεχίζει να χρησιμοποιείται όχι μόνο γιατί αποτελεί ένα από τους λίγους δρόμους ανοικτούς προς τους ερευνητές αλλά επειδή έχει ευρύτερους σκοπούς επίσης. Εάν οι ψυχολόγοι μπορέσουν να απομονώσουν τα γεγονότα και τις περιστάσεις που οδηγούν στην

αυτοκτονία και μπορέσουν να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά των πιθανόν θυμάτων αυτοκτονίας, θα είναι σε θέση να αποτρέψουν και άλλους ανθρώπους από την εκτέλεση αυτής της αμετάκλητης πράξης.(Sue,Sue,Sue, 1997).

1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.

Παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την αυτοκτονία είναι το άρρεν φύλλο, η ηλικία, οι ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, ψυχώσεις, αλκοολισμός), η ανεργία κυρίως στους άνδρες, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας, η απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 15 ετών, το πρόσφατο πένθος. Από τους βιολογικούς παράγοντες έχει ενοχοποιηθεί το μειωμένο επίπεδο σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (E.N.Y.). Οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες φαίνονται να διαμεσολαβούνται από την κατάθλιψη και την απελπισία.

Στην Ελλάδα αυτοκτονούν πιο συχνά οι άνδρες σε αναλογία 2,4-3,4 / 1. Η διαφορά αυτή των δύο φύλλων είναι πιθανόν να οφείλεται στην έκθεση των ανδρών σε πιο έντονο στρες και στο γεγονός ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν λιγότερο θανατηφόρες μεθόδους. Στους εφήβους σε όλη τη χώρα η διαφορά μεταξύ των φύλλων είναι μικρή. Μάλιστα στις αγροτικές περιοχές τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών σε αυτοκτονίες γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στις διαφορετικές στάσεις της οικογένειας και της κοινωνίας απέναντι στους νέους άνδρες και γυναίκες στις αστικές και αγροτικές περιοχές. Ίσως ακόμη το αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών των θηλέων εφήβων στις αγροτικές σε σχέση με τις αστικές περιοχές να οφείλεται τόσο στην χρήση πιο επικίνδυνων μεθόδων, όπως είναι και η δηλητηρίαση με γεωργικά και κτηνιατρικά φάρμακα, όσο και στη δύσκολη ή καθυστερημένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. (Παππάς, 1998).

Ως προς την ηλικία, από στοιχεία που δίνουν διάφορες χώρες στην Π.Ο.Υ οι αυτοκτονίες είναι πιο συχνές με την πάροδο της ηλικίας. Σε όλο τον κόσμο το ποσοστό των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν είναι 7 φορές περισσότερο από τους εφήβους και 2 ως 12 φορές μεγαλύτερο στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες. (Ζαχαράκης και συν, 1996).

Οι αυτοκτονίες είναι εξαιρετικά σπάνιες στις ηλικίες κάτω των 12 ετών, ενώ οι απειλές αυτοκτονίας πιο συχνές. Ίσως αυτό να οφείλεται εν μέρει και στην υποκαταγραφή των παιδιών που αυτοκτονούν. Η σπανιότητα του φαινομένου κάνει τους ιατροδικαστές να μην το υποψιάζονται, η ιδέα πως τα παιδιά σπάνια αυτοκτονούν οδηγεί πιο εύκολα στη διάγνωση ατυχήματος, ενώ υπάρχει τέλος η συνειδητή μη καταγραφή της αυτοκτονίας για κοινωνικούς και θρησκευτικούς λόγους. (Hawton, 1986).

Στις ηλικίες 15-35 ετών η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου, καθώς τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια ανησυχητική αύξηση στις αυτοκτονίες μεταξύ των εφήβων και των νέων ενηλίκων. Το ίδιο φαινόμενο της αύξησης της αυτοκτονίας των νέων είχε παρατηρηθεί και στις αρχές του αιώνα. Γι' αυτό έγινε το θέμα της πρώτης επιστημονικής συνάντησης για την αυτοκτονία στη Βιέννη το 1910 από την Βιεννέζικη ψυχαναλυτική εταιρεία υπό την προεδρία του Adler και την παρουσία του Freud με τίτλο «Σχετικά με την αυτοκτονία και ειδικά με τις αυτοκτονίες σπουδαστών». (Παππάς, 1998).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση αυτοκτονούν πιο συχνά όσοι ζουν μόνοι, καθώς και οι χωρισμένοι και οι διαζευγμένοι. Ο γάμος φαίνεται να είναι προστατευτικός περισσότερο για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες. Οι άγαμες γυναίκες αυτοκτονούν

λιγότερο από τις έγγαμες και λιγότερο από τους άγαμους άνδρες. (Δημητρίου,1995).

Ως προς τον τόπο διαμονής έχουμε πιο πολλές αυτοκτονίες στις αγροτικές παρά στις αστικές περιοχές. (Παππάς,1998).

Ως προς το επάγγελμα αυτοκτονούν πιο συχνά οι γιατροί, ιδιαίτερα οι ψυχίατροι και οι αναισθησιολόγοι. (Sue, Sue, Sue,1997).

Ως προς την κοινωνική τάξη πιο συχνά αυτοκτονούν άτομα από τις ανώτερες τάξεις καθώς και οι άποροι. Η πτώση από μία ανώτερη σε μία χαμηλότερη κοινωνική τάξη αυξάνει τον κίνδυνο. (Δημητρίου,1995).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αυτοκτονία εξαρτώνται από την ατομική ψυχική ιδιοσυγκρασία, τη νοοτροπία, το επάγγελμα, το φύλλο, την ηλικία και τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι είναι κατά σειρά ο πνιγμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος, η δηλητηρίαση με φάρμακα ή τοξικές ουσίες και τα πυροβόλα όπλα. (Παππάς, 1998).

Ως προς την εποχή του έτους οι αυτοκτονίες ακολουθούν περιοδική διακύμανση. Οι πιο πολλές αυτοκτονίες παρατηρούνται μετά τον Ιανουάριο με έξαρση την άνοιξη και τις αρχές καλοκαιριού (Μάιο ή Ιούνιο), μείωση τον Ιούλιο, ξανά μια μικρή αύξηση το φθινόπωρο και τέλος μείωση το χειμώνα. Η εποχική διακύμανση των αυτοκτονιών φαίνεται να σχετίζεται με την διάρκεια της ηλιοφάνειας και όχι με τη θερμοκρασία. (Durkheim, 1897).

Τελευταία αρκετή συζήτηση γίνεται για την ορθολογική αυτοκτονία, για την αυτοκτονία δηλαδή από άτομα που δεν έχουν ψυχικό πρόβλημα αλλά καταλήγουν σε αυτή μετά από λογική

σκέψη, καθώς και για την συνδρομή σε αυτοκτονία (υποβοηθούμενη αυτοκτονία). Δεν υπάρχει αμφιβολία πως υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις, κυρίως ομαδικές, όπως στη θρησκευτική κοινότητα Jonestoun και πρόσφατα στις αιρέσεις «Ναός του Ήλιου» και «Ουράνια πύλη», στις αλτρουιστικές κατά Durkheim αυτοκτονίες, όπως των Σουλιωτισσών στο Ζάλογγο αλλά ακόμα και ατομικές όπως σε άτομα με ανίατη νόσο. (Παππάς, 1998).

Στην Ελλάδα η συνδρομή σε αυτοκτονία έγινε γνωστή από την υπόθεση που απασχόλησε την ελληνική γνώμη με το φόνο μιας γυναίκας από άτομο που η ίδια παρακαλούσε να τη σκοτώσει επειδή δεν μπορούσε να το κάνει μόνη της (υπόθεση Βαγενά – Μονσελά). Φαίνεται όμως ότι η νομιμοποίηση της δυνατότητας για υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα δημιουργούσε τεράστια ηθικά και πρακτικά προβλήματα.(Δημητρίου, 1995).

Ο ρόλος της μίμησης μοντέλου είτε με την άμεση εμπειρία είτε μέσα από την παρουσίαση της αυτοκτονίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης [έντυπα, ηλεκτρονικά, διαδίκτυο (internet)], φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας στην αυτοκτονία. Το φαινόμενο έγινε γνωστό όταν η κυκλοφορία το 1974 του βιβλίου του Γκαίτε «The sorrows of young werther» όπου ένας απελπισμένος ερωτευμένος νεαρός αυτοκτονεί, θεωρήθηκε υπεύθυνη για αρκετές αυτοκτονίες που ακολούθησαν τότε σε όλη την Ευρώπη. Το βιβλίο απαγορεύτηκε για το λόγο αυτό. Οι Haefner et al (1989) συμπεραίνουν ότι οι περιγραφές αυτοκτονίας είναι δυνατόν πράγματι να προωθήσουν προδιαθετημένα άτομα σε αυτοκτονία, ιδίως εάν είναι εκτεταμένες. Υποστηρίζουν δε ότι η επίδραση της περιγραφής μπορεί να κρατήσει περισσότερο από μια εβδομάδα,

είναι δε μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερη είναι η ομοιότητα του μοντέλου με τον αυτόχειρα ως προς το φύλλο και την ηλικία.

Αν και οι μιμητικές αυτοκτονίες μπορούν να μην είναι τόσο κοινές όσο υποθέτουν τα μέσα, οι έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινοποίηση του γεγονότος μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση και συστήνουν την προσοχή. Κατά συνέπεια οι καταθλιπτικοί άνθρωποι μπορούν να προσδιοριστούν με μια ζωηρόχρωμη απόχρωση, που αυξάνει τον κίνδυνο για ακόμη περισσότερες αυτοκτονίες. (Στους μήνες μετά το θάνατο της Marilyn Monroe οι θάνατοι αυξήθηκαν κατά 12 τοις εκατό.). (Sue, Sue, Sye, 1997).

1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ.

A) Βιολογικές θεωρίες

Ούτε μια καθαρώς κοινωνιολογική, ούτε μια καθαρώς ψυχολογική ανάλυση δεν φαίνεται να εξηγεί επαρκώς τις αιτίες της αυτοκτονίας. Και οι κοινωνιολογικοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνονται πιθανώς, αλλά άλλοι παράγοντες υπάρχουν επίσης. Πρέπει λοιπόν να αναφέρουμε ότι υπάρχουν ισχυρά στοιχεία, ότι οι χημικοί νευροδιαβιβαστές συνδέονται με την κατάθλιψη και τη μανία. Παρόμοια στοιχεία δείχνουν ότι η αυτοκτονία επηρεάζεται από τη βιοχημεία. (Sue, Sue, Sue, 1997).

Τα τελευταία 20 χρόνια η έρευνα έχει επικεντρωθεί στην αναζήτηση ψυχοβιολογικών παραμέτρων που μπορεί να συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Δύο βιολογικοί παράγοντες που κυρίως έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον των μελετητών είναι η σεροτονινεργική νευρομεταβίβαση και ορισμένες νευροενδοκρινικές λειτουργίες.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η χαμηλή συγκέντρωση σεροτονίνης στον εγκέφαλο, όπως φαίνεται από τα χαμηλά επίπεδα 5-υδροξυ-ινδολοξικού οξέως (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) που παίρνεται με οσφυονωτιαία παρακέντηση, συνδέεται σταθερά με κίνδυνο για αυτοκτονία, ιδίως με βίαια μέσα, όχι μόνο στους μελαγχολικούς που ανευρίσκεται πιο συχνά, αλλά και σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες. (Χατζημανώλης 1995).

Τα στοιχεία αυτής της σύνδεσης άρχισαν να συσσωρεύονται στα μέσα της δεκαετίας του '70, όπου οι ερευνητές προσδιόρισαν την ουσία 5HIAA. Αυτή η χημική ουσία παράγεται όταν χωρίζεται η σεροτονίνη, ένας νευροδιαβιβαστής που έχει επιπτώσεις στη διάθεση και στις συγκινήσεις στον άνθρωπο. Επιπλέον κάποια στοιχεία δείχνουν ότι οι δέκτες σεροτονίνης στον ισθμό του εγκεφάλου και το μετωπικό φλοιό μπορούν να εξασθενίσουν. (Sue, Sue, Sue, 1997).

Άλλοι δείκτες που δείχνουν διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας είναι η Μονο-αμινο-ξειδάση τύπου Α (ΜΑΟ-Α), ένζυμο του μεταβολισμού της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια και στον εγκέφαλο. Μειωμένη δραστηριότητα της μονοαμινικής οξειδάσης (ΜΑΟ) φαίνεται να συνδέεται με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αν και συχνά προκύπτουν μεθοδολογικές δυσκολίες σε τέτοιου είδους εκτιμήσεις όπως μια ανεπάρκεια ανοχής στην εγκατάλειψη, μια τάση για περιπετειώδεις καταστάσεις και μια ψυχαναγκαστική διάθεση.

Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό αποπειραθέντων που χρησιμοποίησαν βίαιους τρόπους είχαν χαμηλή δραστηριότητα μονοαμινοξειδάσης. Η δραστηριότητα της ΜΑΟ βρίσκεται κάτω από γενετικό έλεγχο και φαίνεται να έχει σχέση με την αυτοκτονία. (Γαβριήλ 1986).

Άλλα στοιχεία που συνηγορούν για διαταραχή του μεταβολισμού της σεροτονίνης προέρχονται από τις δοκιμασίες νεύρο-ενδοκρινικής ανταπόκρισης, τη μελέτη των υποδοχέων των νευροδιαβιβαστών, τους νευροενδοκρινικούς δείκτες που αφορούν στους άξονες Υποθαλάμου – Υπόφυσης – Θυρεοειδούς, την

μελατονίνη και τις συγκεντρώσεις μαγνησίου. (Χατζημανώλης, 1995).

Η μοναδική πάντως σοβαρή ένδειξη για νευροενδοκρινική ή ορμονική δυσλειτουργία στην αυτοκτονική συμπεριφορά προέρχεται από τα στοιχεία για τη σεροτονίνη. Σε μια μετά-ανάλυση 27 μελετών που συμπεριλάμβαναν 1202 ασθενείς βρέθηκαν έντονες ενδείξεις για εμπλοκή του σεροτονινεργικού συστήματος στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Στις απόπειρες κυρίως με βίαιες μεθόδους βρέθηκαν χαμηλά επίπεδα 5-HIAA σε σχέση με ψυχιατρικούς ασθενείς καθώς και σε αυτούς που στη συνέχεια επαναλάμβαναν την απόπειρα.

Στις απόπειρες αυτοκτονίας τα χαμηλά επίπεδα 5-HIAA στο ΕΝΥ αποτελούν αρκετά σοβαρό εύρημα και φαίνεται να αποτελούν χαρακτηριστικό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ιδίως της βίαιης και όχι της πρωτοπαθούς ψυχικής διαταραχής.

Το χαμηλό επίπεδο 5-HIAA και ομοβανιλικού οξέος (HVA) στο ΕΝΥ φαίνεται να έχει προγνωστική αξία για αυτοκτονικό κίνδυνο, τουλάχιστον σε ασθενείς που έχουν διαταραχές επιθετικότητας και μπορεί να αποτελεί μια πολύ σημαντική πληροφορία αν συνδυασθεί με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. (Παππάς, 1998).

Εάν, στο μέλλον, η εγκεφαλική σεροτονίνη μπορεί να ανιχνευθεί εύκολα στις εξετάσεις αίματος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βιολογικός δείκτης (ένα σημάδι προειδοποίησης) του κινδύνου της αυτοκτονίας. Οι ερευνητές θεωρούν ότι το χαμηλό περιεχόμενο 5-HIAA δεν προκαλεί την αυτοκτονία αλλά μπορεί να κάνει τους ανθρώπους περισσότερο ευπαθείς στους περιβαλλοντικούς παράγοντες άγχους. (Sue, Sue, Sue, 1997).

Να σημειώσουμε όμως εδώ, ότι η προσέγγιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς μόνο με βιολογικούς παράγοντες και όρους και η παράληψη της μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την ατομική ψυχοπαθολογία θα αποτελούσε μονομερή αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου φαινομένου. Οι γενετικοί παράγοντες όπως και οι άλλοι βιολογικοί δείκτες πρέπει να συνυπολογίζονται με τους ψυχοδυναμικούς και κοινωνιολογικούς παράγοντες όπως είναι οι εμπειρίες ζωής και οι κοινωνικές συνθήκες που ευοδώνουν ή αναστέλλουν την αυτοκαταστροφικότητα. (Δημητρίου, 1995).

Τα μοντέλα που φαίνεται να ερμηνεύουν καλύτερα την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι το βιο - ψυχο - κοινωνικό και το συστημικό, που εξετάζουν τόσο τις διάφορες πλευρές και τα στοιχεία που εμπλέκονται στην αυτοκτονική συμπεριφορά, όσο και τις δυναμικές σχέσεις μεταξύ τους.

B) Ψυχοδυναμικές θεωρίες.

Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες για την αυτοκτονία έχουν επικεντρωθεί στο ρόλο της εσωστρεφόμενης επιθετικότητας και τις συνέπειες στον εσωτερικό κόσμο του αυτοκτονικού ατόμου, της εσωτερίκευσης ματαιωτικών και απογοητευτικών αντικειμένων.

Στο συμπόσιο που διοργάνωσε η ψυχαναλυτική Εταιρία της Βιέννης το 1910 με θέμα «Για την αυτοκτονία και ειδικά για τις αυτοκτονίες νέων σπουδαστών» ο Stekel ανέφερε ότι κάθε άτομο που αποπειράται να σκοτώσει τον εαυτό του, έχει στο παρελθόν επιθυμήσει ή έχει ευχηθεί το θάνατο κάποιου άλλου. Οι επιθετικές αυτές τάσεις εγείρουν βαθύτατα συναισθήματα ενοχής τα οποία επιζητούν τιμωρία.

Η αυτοκτονία είναι μια πράξη αυτοδιαιώνισης παρά αυτοεγκατάλειψης, όπου το άτομο αρνείται το διαχωρισμό ζωής – θανάτου. Μοιάζει με παράδοξη ενέργεια αυτοεπιβεβαίωσης, όπου πραγματοποιεί κανείς, φαντασιωτικά, την ευθανασία, μια συμβολική πράξη παντοδυναμίας, ένας τρόπος διαφυγής από τον φυσικό θάνατο. Οι ερμηνείες αυτές έχουν βασιστεί στις σκέψεις και φαντασιώσεις ατόμων που υποβλήθηκαν σε ψυχανάλυση. Στη φαντασίωση η αυτοκτονία είναι μια δύναμη που εξαναγκάζει τους άλλους να δείξουν την αγάπη τους μετά θάνατον. (Γαβριήλ, 1986).

Ο Freud (1916) ερμηνεύει την αυτοκτονία του καταθλιπτικού ως φονική επίθεση στο αμφιθυμικό αγαπώμενο εσωτερικευμένο αντικείμενο, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπισθεί η απειλή της απώλειας του. Επίσης ερμηνεύεται ως άρνηση του υπερεγώ να εκφράσει θυμό και εχθρικά συναισθήματα προς αυτό το

αγαπώμενο αντικείμενο και μετάθεση της επιθετικότητας στον εαυτό. Στη μελέτη του «Πένθος και Μελαγχολία» όπου περιγράφει τα δυναμικά της κατάθλιψης, θεωρεί ότι ο σαδισμός που τρέφει κανείς για το αγαπημένο πρόσωπο, όταν το πρόσωπο αυτό χαθεί, στρέφεται εναντίον του εαυτού του, που έχει ταυτίσει με το πρόσωπο αυτό.

Με άλλα λόγια η τάση για αυτοκαταστροφή που προκαλείται από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου δεν είναι παρά μια επίθεση εναντίον ενός αγαπημένου προσώπου που επιζεί μέσα στο ίδιο το άτομο. Εξηγεί δε την τάση για αυτοκαταστροφή ως ένα έμφυτο μηχανισμό, μια τάση επιστροφής σε μια κατάσταση Νιρβάνας που χαρακτηρίζει την ανόργανη κατάσταση από την οποία ξεκίνησε η ζωή, ένα ένστικτο θανάτου αντίστροφο προς το άλλο βασικό ένστικτο της ζωής, το σεξουαλικό. Το ένστικτο αυτό του θανάτου έχει παθητικές και ενεργητικές εκδηλώσεις, αυτοκαταστροφικές και επιθετικές.

Ο Abraham υποστήριξε ότι η ενδοβολή και η εκδραμάτιση τέτοιων συναισθημάτων εναντίον του εαυτού ήταν οι πρωτογενείς αμυντικοί μηχανισμοί στην αυτοκτονική συμπεριφορά.

Ο Menniger στη μονογραφία του «Ο Άνθρωπος εναντίον του εαυτού του» διακρίνει τα δυναμικά της επιθετικότητας σε τρία βασικά σχήματα:

- α) παρορμήσεις που προέρχονται από πρωτογενή επιθετικότητα και παγιώνονται ως μια επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει,
- β) παρορμήσεις που προέρχονται από την κινητοποίηση της πρωτογενούς επιθετικότητας και διαμορφώνονται ως μια επιθυμία του ατόμου να σκοτωθεί,

γ) παρορμήσεις πρωτογενούς επιθετικότητας και άλλων διαφοροποιημένων κινήτρων που εκδηλώνονται ως μια επιθυμία του ατόμου να πεθάνει.

Η Klein σημειώνει την σημασία της επίθεσης του «κακού» ως προσπάθεια διάσωσης του «καλού» εσωτερικού αντικειμένου. Η θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (object relations theory), που συνεχίζει τις υποθέσεις της Klein, δίνει μια αναπτυξιακή ερμηνεία στα αυτοτιμωρικά στοιχεία της αυτοκτονίας. Υποστηρίζει ότι οι πρώιμες ενδοψυχικές συγκρούσεις δημιουργούν την τάση για την λειτουργία του διαχωρισμού (splitting), ως ψυχικού αμυντικού μηχανισμού, των ψυχικών αναπαραστάσεων του εαυτού του ατόμου κατά τις περιόδους ψυχικής έντασης (stress), σε «καλό» και σε «κακό» εαυτό που βιώνονται ως ανεξάρτητοι. Έτσι στην αυτοκτονία το άτομο ταυτίζεται με τον «καλό» τιμωρώντας τον «κακό» εαυτό.

Ψυχοδυναμικά η αυτοκτονία θεωρείται ως φαινόμενο διαταραγμένης εσωτερίκευσης, μια προσπάθεια δηλαδή χειρισμού των εχθρικών ενδοβολών από τη μια και της απουσίας ανακουφιστικών εσωτερικών παρουσιών από την άλλη, που είναι αναγκαίες για τη σταθερότητα και την ψυχική ηρεμία του ατόμου. Ακόμη πιστεύεται ότι εκτός από την τιμωρία του εσωτερικού αντικειμένου, υπάρχει η εκδίκηση και η επιθυμία για απόρριψη ενός περιφρονούμενου μέρους του εαυτού.

Στις περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας που είναι χαμηλού κινδύνου, τα βαθύτερα προβλήματα της εσωτερίκευσης και της συγκρότησης του εαυτού εκφράζονται στο πλαίσιο της ενεργού σύγκρουσης με σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ατόμου και μπορούν να κατανοηθούν καλύτερα ως επικοινωνία από το άτομο

υποκειμενικής δυστυχίας, άγχους και απογοήτευσης, ως ένα μήνυμα του τύπου «μη με εγκαταλείπετε, αλλιώς αυτοκτονώ». (Παππάς, 1998).

Οργή, απελπισία, απόγνωση και ενοχή είναι σημαντικές συναισθηματικές καταστάσεις στις περιπτώσεις που το άτομο επιχειρεί να αυτοκτονήσει. Οι συνειδητές και ασυνείδητες σημασίες που το άτομο δίνει στον θάνατο, όπως επανένωση, αναγέννηση, αντεκδικητική απάρνηση, εκδίκηση, ο θάνατος ως αυτοτιμωρία ή εξιλέωση μπορεί να είναι πολύ βοηθητικές στην κατανόηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του ατόμου και την ψυχοθεραπευτική του αντιμετώπιση. (Sue, Sue, Sue, 1997).

Γ) Κοινωνιολογικές θεωρίες.

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες προσπαθούν να δείξουν πως το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο επηρεάζει την έκφραση της αυτοκτονικής τάσης.

Το 1897 ο Γάλλος κοινωνιολόγος Emil Durkheim στο κλασσικό του έργο «Αυτοκτονία» θεωρεί την πράξη αυτή ως ένα συλλογικό φαινόμενο, που επηρεάζεται από ειδικούς παράγοντες, χαρακτηριστικούς για την κοινωνία όπου εμφανίζεται. Κοινωνικοί θεσμοί όπως η οικογένεια και η θρησκεία είναι εξωπροσωπικές δυνάμεις. Κάθε κοινωνία έχει μια συλλογική κλίση προς την αυτοκτονία και η αναλογία της παραμένει σταθερή εφόσον ο χαρακτήρας της κοινωνικής δομής οδηγούν στην αύξηση της αυτοκτονίας.

Ο Durkheim περιγράφει τρεις αιτιολογικούς τύπους αυτοκτονίας: τον «εγωιστικό», τον «αλτρουιστικό», και τον «ανομικό». Η «εγωιστική» αυτοκτονία αφορά ένα άτομο που δεν είναι ολοκληρωμένο επαρκώς μέσα στην κοινωνία του και που η εξασθένηση του κοινωνικού ελέγχου έχει σαν αποτέλεσμα έναν υπερβολικό ατομικισμό. Τα άτομα έχουν χάσει την αίσθηση ότι ανήκουν σε κάποια κοινωνική ομάδα και έτσι παύουν να ελέγχονται από τους κοινωνικούς, οικογενειακούς και θρησκευτικούς μηχανισμούς της ομάδας.

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι περισσότερες αυτοκτονίες που έχουν σχέση με την σωματική ή ψυχική νόσο και με απώλειες ή αποστέρηση αγαπημένου προσώπου. Ο «αλτρουιστικός» τύπος αυτοκτονίας συναντιέται όπου η

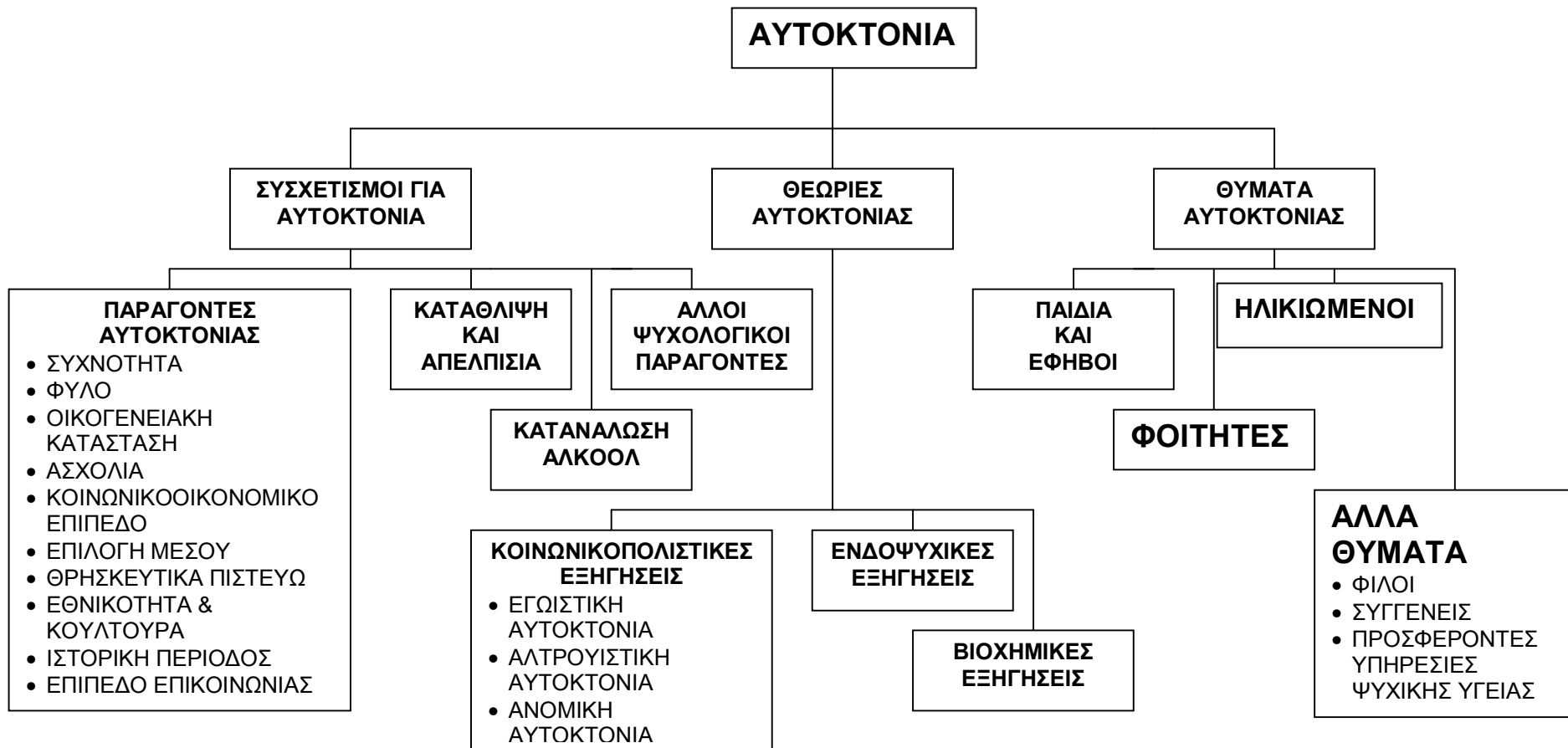
υπερολοκλήρωση του ατόμου το κάνει να θυσιάζεται για την κοινωνία. Ο βαθμός συνοχής και ελέγχου είναι υψηλός έτσι ώστε το άτομο αποφασίζει να θυσιαστεί για το καλό της ομάδας ή για να μη παραβεί κανόνες της ομάδας (Σουλιώτισσες, καμικάζι, κ.α.). Στην κατηγορία αυτή υπάγονται άτομα ηλικιωμένα και άρρωστα, που επιθυμούν να ανακουφίσουν την κοινωνία από την παρουσία τους, καθώς και διάφοροι ιδεολόγοι, μάρτυρες και ασκητές.

Η «ανομική» αυτοκτονία εμφανίζεται όταν η κοινωνία αποτύχει στον έλεγχο της συμπεριφοράς των ατόμων της, οπότε δημιουργείται μια κατάσταση την οποία ο Durkheim ονομάζει «ανομία». Το άτομο απομονώνεται από τους άλλους γιατί δεν υπάρχει επαρκής κοινωνική καθοδήγηση, λείπει η συλλογική ευθύνη και τάξη συνήθως εξαιτίας κοινωνικών και πολιτικών κρίσεων και αναταραχών. Η απομάκρυνση από την θρησκεία και η χαλάρωση του οικογενειακού κώδικα είναι ενδείξεις ανομίας. Σε μια τέτοια κατάσταση αποδίδεται η αυξημένη αυτοκτονία ανάμεσα στους διαζευγμένους. (Durkheim, 1897).

Η θεωρία του Durkheim τροποποιήθηκε από τους κοινωνιολόγους Gibbs και Martin που αντί για την έννοια «κοινωνική ολοκλήρωση» εισήγαγαν τον όρο ολοκλήρωση της κοινωνικής θέσης (status integration) για το ρόλο της λειτουργίας του ατόμου στην κοινωνία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή όσο πιο πολύ τα άτομα είναι ενσωματωμένα σε σημαντικούς γι' αυτά εργασιακούς ρόλους τόσο υψηλότερη είναι η ολοκλήρωση της κοινωνικής θέσης και τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Η απώλεια της κοινωνικής θέσης (status) ενός ατόμου προκαλεί το συναίσθημα της ματαίωσης και αυτό με τη

σειρά του επιθετικότητα, η οποία στρέφεται είτε προς το ίδιο το άτομο είτε προς τους άλλους. (Γαβριήλ,1986).

Τελευταίες μελέτες ασχολούνται με τα δυναμικά της κοινωνικής αλλαγής και υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία σχετίζεται περισσότερο με την απώλεια της κοινωνικής θέσης (status) και την προς τα κάτω κινητικότητα παρά με την κοινωνική θέση καθεαυτή. Επίσης υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές δυνάμεις δεν μπορούν από μόνες τους να εξηγήσουν την ατομική αυτοκτονία και απαιτείται συνδυασμός με ψυχολογικές και βιολογικές θεωρίες. (Παππάς,1998).



ΠΗΓΗ: Sue, Sue, Sue

ΔΕΚΑ ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

- 1. Κοινός σκοπός είναι να επιδιωχθεί μια λύση.** Οι άνθρωποι μπορούν να θεωρήσουν ότι η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει μια λύση σε ένα αδιάλυτο πρόβλημα. Στο αυτοκαταστροφικό άτομο που αυτοκτονεί δεν είναι άσκοπο ή τυχαίο περιστατικό.
- 2. Η διακοπή της συνείδησης είναι ένας κοινός στόχος.** Η συνείδηση αντιπροσωπεύει το σταθερό ψυχολογικό πόνο, αλλά η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει τη λήξη των στενάχωρων σκέψεων και των συναισθημάτων.
- 3. Το κίνητρο για την αυτοκτονία είναι γενικά ο ανυπόφορος ψυχολογικός πόνος.** Κατάθλιψη, απόγνωση, ενοχή, ντροπή και άλλα αρνητικά συναισθήματα είναι συχνά στη βάση μιας αυτοκτονίας.
- 4. Ο κοινός παράγοντας άγχους στην αυτοκτονία είναι η ματαιωμένη ψυχολογική ανάγκη.** Η ανικανότητα να επιτευχθούν τα υψηλά πρότυπα ή οι προσδοκίες μπορούν να οδηγήσουν σε συναισθήματα απογοήτευσης, αποτυχίας, αναξιοσύνης. Όταν η πρόοδος προς τους στόχους εμποδίζεται, μερικά άτομα γίνονται τρωτά στην αυτοκτονία.
- 5. Ένα κοινό συναίσθημα στην αυτοκτονία είναι η απόγνωση - ανικανότητα.** Απαισιοδοξία για το μέλλον και μια πεποίθηση ότι τίποτα δε μπορεί να γίνει για να βελτιώσει

την κατάσταση της ζωής κάποιου, μπορεί να προδιαθέσει ένα πρόσωπο στην αυτοκτονία.

6. **Η γνωστική κατάσταση χαρακτηρίζεται από αμφιθυμία.**
Αν και το αυτοκαταστροφικό άτομο μπορεί να παρακινηθεί έντονα για να τελειώσει τη ζωή του, υπάρχει συνήθως μια επιθυμία (σε ποικίλους βαθμούς) να ζήσει επίσης.
7. **Η γνωστική κατάσταση χαρακτηρίζεται επίσης από το «όραμα σηράγγων».** Το όραμα είναι περιορισμένο: το άτομο έχει τη μεγάλη δυσκολία να δει «τη μεγαλύτερη εικόνα» και μπορεί να χαρακτηριστεί ως πάσχων από το όραμα των σηράγγων. Οι άνθρωποι προσηλωμένοι στην αυτοκτονία φαίνονται ανίκανοι να εξετάσουν άλλες επιλογές ή εναλλακτικές λύσεις. Ο θάνατος είναι η μόνη έξοδος.
8. **Η κοινή δράση στην αυτοκτονία είναι η διαφυγή.** Ο στόχος είναι η διαφυγή από μια ανυπόφορη κατάσταση.
9. **Η κοινή διαπροσωπική πράξη στην αυτοκτονία είναι η επικοινωνία της πρόθεσης.** Τουλάχιστον 80% των αυτοκτονιών προηγούνται είτε από τα λεκτικά είτε τα μη λεκτικά συμπεριφοριστικά συνθήματα που δείχνουν τις προθέσεις τους.

10. Η κοινή συνέπεια είναι στον τομέα της ζωής και την αντιμετώπιση των σχεδίων. Τα σχέδια ή οι συνήθειες που αναπτύσσονται στην αντιμετώπιση της κρίσης είναι γενικά τα ίδια σχέδια αντίδρασης που χρησιμοποιούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Μερικά σχέδια μπορούν να προδιαθέσουν στην αυτοκτονία. (Shneidman 1992. Sue, Sue, Sue, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Η ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ταχείας αλλαγής. Είναι αποδεκτό ότι δε θα μπορούσε να είναι απαλλαγμένη από διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες θα χαρακτηρίζονταν ως παθολογικές σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής.(Chabrol,1987). Αν οι ψυχοσυγκρούσεις της εφηβείας δεν λυθούν με επιτυχία, μπορεί να διαμορφώσουν ειδικού τύπου ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή. Η εφηβεία χωρίζεται - και όχι σχηματικά – σε τρία στάδια (αρχικό, μέσο, τελικό), που το κάθε ένα έχει τις δικές του τυπικές συγκρούσεις και τα δικά του ξεχωριστά επιτεύγματα.(Τσιάντης,1987).

Κατά το αρχικό στάδιο (11 – 14 χρόνων), το παιδί ενώ κατά τη λανθάνουσα περίοδο ήταν ένας εργατικός μικρός ερευνητής και επιστήμονας, γίνεται ένα πλάσμα αινιγματικό, απαιτητικό, εύφλεκτο και ανυπόμονο. Το κύριο χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του είναι ότι αυξάνει η κινητικότητα του. Επίσης φέρεται εριστικά, εμφανίζει απρόβλεπτες αντιδράσεις, απασχολείται πολύ με το σώμα του και έχει μια τάση να πειραματίζεται συνεχώς.

Το αγόρι τρέμει μήπως το θεωρήσουν «σοκολατόπαιδο» και «μαμόθρεφτο». Για αυτό χλευάζει τα κορίτσια και τους επιτίθεται. Ταυτόχρονα όμως φθονεί τη δυνατότητα τους να δημιουργήσουν και να κυοφορήσουν. Για να αναπληρώσει την έλλειψη αυτή

μπορεί να ανατρέφει μικρά κατοικίδια ζώα και να παρακολουθεί με ενδιαφέρον την αναπαραγωγή τους. Τα αγόρια καθησυχάζονται μόνο με την παρέα τους με άλλα αγόρια, καθημερινά κάνουν μετρήσεις και συγκρίσεις (ποιος έχει το πιο μεγάλο πέος, ποιος θα ουρήσει πιο μακριά και πιο δυνατά κ.λ.π) και επιδίδονται σε αμοιβαίο αυνανισμό, αλληλεπιδείξεις και αλληλεξερευνήσεις του σώματός τους.

Το κορίτσι στο ίδιο στάδιο συνεχίζει να είναι υπερκινητικό, ενεργητικό, επιθετικό, ένα αγοροκόριτσο. Η θεά Άρτεμις με τα βέλη της που κυνηγάει ή η Ιφιγένεια που θυσιάζεται. Είναι ανταγωνιστική προς το αγόρι για το οποίο έχει τη γνώμη ότι έχει προνόμια χωρίς να το αξίζει. Τα κορίτσια εμπιστεύονται μόνο η μια την άλλη σε αυτό το στάδιο, μετρούν συνεχώς τα στήθη τους και τους γοφούς τους, περνούν ώρες ολόκληρες σχολιάζοντας τα μεγάλα μυστικά τους, γελούν με νόημα που μόνο αυτές κατέχουν και δείχνουν μεγάλη περιέργεια για το σεξ. Εξάλλου η παράφορη αγάπη του κοριτσιού για την ιππασία και την ποδηλασία φανερώνει την ασυνείδητη ελπίδα του ότι η αμφισεξουαλική επιθυμία του κάποτε θα πραγματοποιηθεί.

Η μικρή σεξουαλική διαφώτιση στα σχολεία και η ανεπίσημη αυτοδιαφώτιση από ιατρικά βιβλία, κινηματογράφο, τηλεόραση, «περιοδικά του σεξ» δεν απαλλάσσει τους εφήβους από τις προσωπικές τους σεξουαλικές θεωρίες που είναι βασισμένες σε ασυνείδητες φαντασιώσεις. Χρειάζονται χρόνο και χώρο δοκιμαστικών πράξεων και πειραματισμών για να φθάσουν στην τελική οργάνωση της σεξουαλικότητάς τους, με την αποδοχή της γενετήσιας λειτουργίας. (Τσιάντης, 1987).

Στο δεύτερο στάδιο (14-17 χρόνων) η προοδευτική αποδέσμευση του εαυτού από τις εξαρτητικές σχέσεις

αντικειμένου συνοδεύεται από παράλληλη ωρίμανση του Εγώ. Το Εγώ τώρα μπορεί να αντέξει τις στάσεις των αιμομικτικών δεσμών που ενεργοποιούνται με την αναβίωση του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Η προσπάθεια απαλλαγής και λύσης των δεσμών μέσω της συμπλήρωσης του οιδιπόδειου καταλήγει στον ανασχηματισμό του Υπερεγώ. (Freud, 1905).

Οι έφηβοι οξύνουν τον ανταγωνισμό προς τους γονείς τους, αντιστέκονται βίαια στις παρεμβάσεις τους και αμφισβητούν την κρίση τους. Βρίσκουν τα αστεία τους ηλίθια και τα γούστα τους αηδιαστικά. Αισθάνονται περίεργα και αμήχανα αν τύχει οι γονείς τους να τους δουν να γδύνονται και αν η απειλή του ερωτικού πειρασμού αυξηθεί, στήνουν καβγά για το τίποτα και φεύγουν βροντώντας και την πόρτα πίσω τους για σιγουριά. (Hebert 1997)

Οι συνομήλικοι αποκτούν ιδιαίτερη σημασία σαν υποκατάστατα των γονέων στην αναζήτηση αξιών, ιδανικών, ταυτότητας και σχέσεων αντικειμένου. Αυτοί θα καλύψουν το κενό και θα καταπραΰνουν την αίσθηση της απώλειας.

Στις σχέσεις με τους συνομήλικους, με τους δασκάλους και τα άλλα γονεϊκά υποκατάστατα, οι έφηβοι αρχίζουν να εκδραματίζουν διάφορα θετικά και αρνητικά «τρίγωνα» προσπαθώντας να λύσουν τις οιδιποδειακές τους συγκρούσεις. Μέσα από τους παράφορους και εξαίσιους έρωτες, οι έφηβοι εξακολουθούν να αναζητούν την επιβεβαίωση του εαυτού στα μάτια του αγαπημένου προσώπου, ενώ ταυτόχρονα πειραματίζονται για μελλοντικούς σεξουαλικούς ρόλους.

Ο έφηβος καθώς έρχεται σε επαφή με την αίσθηση του μετέωρου του ενδιάμεσου χώρου (transitional space) μεταξύ ναρκισσισμού και σχέσεων αντικειμένου και προσπαθεί να κάνει

κάτι με τη μοναξιά του, εμφανίζει εκρήξεις δημιουργικότητας, γράφει ποίηση, τραγουδά, παίζει.

Το ημερολόγιο ή το λεύκωμα, παίζει επίσης ρόλο μεταβατικού αντικειμένου (transitional object) τα ερωτικά γράμματα που γράφονται με πάθος –για να σταλούν ή να μη σταλούν ποτέ– αποτελούν απόπειρες επαφής με το άλλο φύλλο και είναι τα τεκμήρια της σκόρπιας ζωής των εφήβων. (Τσιάντης, 1987).

Η ικανότητα της αφαιρετικής σκέψης στο στάδιο αυτό της εφηβείας, καθώς και η δημιουργικότητα, συνιστούν κατακτήσεις της εξέλιξης τόσο σημαντικές όσο και η ικανότητα για μετουσιώσεις στη λανθάνουσα περίοδο. Η αυξανόμενη ικανότητα για αφαιρετική σκέψη ανοίγει ξαφνικά στον έφηβο τρομακτικούς ορίζοντες με το να απελευθερώνει τη σκέψη του από συμπεράσματα που βγάζει από την παρατήρηση. Ο έφηβος μπαίνει στο χώρο της φιλοσοφίας και των ιδεών. (Herbet, 1997).

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο της εφηβείας (17-20 χρόνων) οι βιολογικές αλλαγές της ήβης και η σωματική ωρίμανση έχουν ολοκληρωθεί και έχει αποκατασταθεί μια σχετική ψυχική ισορροπία. Είναι το στάδιο της σύνθεσης, του κατασταλάγματος της προσωπικότητας και της προσαρμογής.

Μια σχετική συναισθηματική μονιμότητα του εαυτού και του αντικειμένου παρέχει στον έφηβο μια ολοένα αυξανόμενη αίσθηση της σταθεροποίησης της ταυτότητας του. Σε αυτό το στάδιο το Εγώ αποκτά έναν ενεργητικό προσανατολισμό προς τις δυνάμεις του Εκείνο και η περαιτέρω απαρτίωση του Υπερεγώ αυξάνει την ευελιξία και την προσαρμογή του ατόμου προς την πραγματικότητα και την ικανότητα αυτοπροσδιορισμού του. Η ελεύθερη από συγκρούσεις σφαίρα του Εγώ επεκτείνεται, οι άμυνες σταθεροποιούνται και οι συνθετικές λειτουργίες του Εγώ

παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην τελική λύση της εφηβείας. (Τσιάντης, 1987).

Οι ετεροφυλικές σεξουαλικές σχέσεις διαρκούν περισσότερο και αποκτούν πιο ουσιαστικό νόημα. Το κύριο μέλημα του εφήβου είναι οι ρουτίνες της καθημερινότητας. Καθόλου δεν φαίνεται να τον απασχολεί ο εσωτερικός του κόσμος.

Το τελικό στάδιο της εφηβείας συνεχίζεται σαφώς και στην φοιτητική ζωή (20-25 χρόνων), κατά την οποία ο νέος πρέπει να κάνει συνειδητές επιλογές όσον αφορά τη σταδιοδρομία, τους φίλους και γενικά το μικρόκοσμο μέσα στον οποίο θα ζήσει καθώς απομακρύνεται από την οικογένεια του.

Αυτό που προσπαθούν οι νέοι με κάθε θυσία είναι να «μην μπουν στο λούκι» ενώ ταυτόχρονα διακαής τους επιθυμία είναι να ανήκουν σε μια ιδεολογία. Ο νέος εξακολουθεί να ερευνά και να αναρωτιέται για τη βασική του θέση απέναντι στους κοινωνικούς θεσμούς. Δημιουργεί ένα όνειρο και το τοποθετεί μέσα στο σχέδιο της ζωής του, ασπάζεται μια ιδεολογία και αναζητεί την υποστήριξη από την καθοδήγηση ενός Μέντορα.

Ο νέος αποκτά μια ολοένα πιο οξεία αίσθηση του χρόνου. Νιώθει πώς ο χρόνος τρέχει με ιλιγγιώδη ταχύτητα, η ζωή τον προσπερνά και επιθυμεί να σταματήσει το ρολόι. Αποκτά την αίσθηση του παροδικού της ζωής και την αίσθηση του τραγικού. (Τσιάντης, 1987).

2.2. Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.

Όπως είναι πολύ γνωστό, η εφηβεία είναι μια πολύ δύσκολη περίοδος ανάπτυξης και για τον έφηβο και για την οικογένεια του. Πιθανώς γι' αυτό το λόγο έχει προσελκύσει το περισσότερο ενδιαφέρον και τη μεγαλύτερη προσοχή των επαγγελματιών από κάθε άλλη περίοδο ανάπτυξης. (Guerney, 1996).

Εφηβεία ονομάζουμε στην εξελικτική διεργασία στη ζωή του ανθρώπου που αρχίζει «βιολογικά» με τις μεταβολές της φυσιολογίας της ήβης και τελειώνει «ψυχολογικά» με την τελική οργάνωση της σεξουαλικότητας.

Κατά την περίοδο της εφηβείας, σύμφωνα με τον Freud, οι ερωτογόνες ζώνες υποτάσσονται στην κυριαρχία της γενετήσιας ζώνης, τίθενται διαφορετικοί σεξουαλικοί στόχοι για τον άντρα και τη γυναίκα και το άτομο βρίσκει ένα σεξουαλικό σύντροφο έξω από τα όρια της οικογένειας. Η εφηβεία αποτελεί μια μεταβατική περίοδο μεταξύ της παιδικής οργάνωσης του ψυχισμού και της κατάληξης στην ενήλικη ώριμη προσωπικότητα.

Σε αυτή την εξελικτική φάση η ψυχική ισορροπία διαταράσσεται, η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από ρευστότητα. Το Εγώ γίνεται ευάλωτο εξαιτίας της εναλλαγής των παλινδρομικών και των προοδευτικών κινήσεων που συνεπάγεται η προσπάθεια του να οργανώσει τις καινούριες εμπειρίες της ήβης. Το Εγώ κατακλύζεται από ενορμήσεις της ήβης, «αιφνιδιάζεται», καθώς είναι υποχρεωμένο να ενσωματώσει στην αναπαράσταση του εαυτού τη νέα εικόνα του σεξουαλικά ώριμου σώματος. (Τσιάντης, 1987).

Τα «κρίσιμα» χαρακτηριστικά της εφηβείας από ψυχολογικής πλευράς είναι αρκετά. Πρώτο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εφηβείας είναι η άρνηση (ο νεγκατιβισμός) .Με το όχι ο έφηβος αρχίζει να αντιπαρατίθεται στον εαυτό του. Είναι τα πρώτα στοιχεία της προσωπικότητας που αρχίζουν να παρουσιάζονται, της προσωπικότητας που δεν θέλει πια να είναι το καλό, το προσαρμοστικό παιδάκι. Η εφηβεία είναι περίοδος άρνησης.

Η ανεξαρτητοποίηση του εφήβου είναι η δεύτερη μεγάλη ανάγκη της εφηβικής ηλικίας. Το σχήμα της ζεστής, στοργικής αγκαλιάς, της προστασίας που χρειάζεται το παιδί, ο έφηβος τώρα πια δεν το θέλει γιατί θέλει την προσωπικότητά του, την υπόστασή του, αναζητά τον εαυτό του. Δεν θέλει κηδεμονία, δεν θέλει συμβουλές.

Ένα τρίτο χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι η τάση για απομόνωση. Ο έφηβος θέλει τη γωνιά του, την ησυχία του, το στοχασμό του, τη «φιλοσοφία» του στα μικρά του μέτρα ακόμη. Στην περίοδο αυτή αρχίζει το κλείδωμα του συρταριού ή της πόρτας. Είναι γιατί ο έφηβος συγκεντρώνεται στον εαυτό του και αυτό είναι καλό στοιχείο. Ο έφηβος δεν ζει τόσο το παρόν όσο το μέλλον. Και να τώρα η φυγή. Φυγή από τα προβλήματα, φυγή από τις συζητήσεις, φυγή από τις ανάγκες του σπιτιού. Δεν είναι αδιαφορία. (Ντινκμέγιερ, Μακκαυ, 1994).

Η ευθιξία και η υπερευαισθησία είναι ένα τέταρτο χαρακτηριστικό της εφηβείας. Όλα τα παιδιά, νωρίτερα τα κορίτσια, αργότερα τα αγόρια, αρχίζουν να θίγονται εύκολα. Πράγματα αθώα που θα έπρεπε να περνούν απαρατήρητα, τους ενοχλούν, τους θίγουν και στέκονται πάνω σε αυτά με διαμαρτυρίες και εκνευρισμό.

Με την έναρξη της εφηβείας έχουμε άλλο ένα χαρακτηριστικό, το πείσμα και την ισχυρογνωμοσύνη. Είπε κάτι ο έφηβος, θα το κάνει. Θέλει να φοράει μόνιμα ένα ρούχο. Δεν το αλλάζει. Αυτό του εξασφαλίζει την ισορροπία που χρειάζεται να έχει, το καινούριο αντικείμενο του χαλάει την ισορροπία του. Οτιδήποτε καινούριο. Κάθε τι διαφορετικό δημιουργεί ανισορροπία, προσωρινή βέβαια, μα δεν έχει τη διάθεση να την υποστεί. (Χουρδάκη, 1994).

Ο αγώνας για την ανεξαρτησία δεν είναι απλώς και μόνο μια πλευρά των δραστηριοτήτων των εφήβων, γίνεται στην κυριολεξία αυτοσκοπός. Σημαίνει αγώνα του εφήβου για ψυχολογική ελευθερία από τους γονείς, ελευθερία να είναι ο εαυτός του, να έχει τις δικές του σκέψεις και συναισθήματα, να αποφασίζει για τις αξίες του και να σχεδιάζει το μέλλον του και να σχεδιάζει το μέλλον του σε ευρύτερο υπαρξιακό επίπεδο. Σχετίζεται ακόμη με τις πιο καθημερινές ελευθερίες του νέου, όπως το να επιλέξει ο ίδιος τα ρούχα του, τις παρέες και τους τρόπους διασκέδασης που προτιμά και να απολαύσει μόνος του αποκλειστικά το δικό του προσωπικό χώρο και όσα του ανήκουν. (Herbert, 1997).

Η πρόωγη παραχώρηση υπέρμετρης ανεξαρτησίας στους νέους ανθρώπους ενέχει τόσους κινδύνους όσους και η δυναμική απόκρουση κάθε μορφής της μέχρι το τέλος της εφηβείας. Η εφηβεία δε, έχει το μερίδιό της στα προβλήματα όπως και κάθε άλλο στάδιο ανάπτυξης, μόνο που στο μεγαλύτερο μέρος της αποτελείται από διαταραχές συμπεριφοράς.

Η έννοια της κρίσης της εφηβείας συγκεντρώνει διάφορες εκδηλώσεις οι οποίες δεν σχετίζονται υποχρεωτικά μεταξύ τους. Ωστόσο είτε ληφθεί υπόψη ως ένδειξη διαταραχής η συγκινησιακή ζωή του εφήβου είτε η ποιότητα των σχέσεων του με τους γονείς

του πρέπει να τονιστεί ότι η κρίση της εφηβείας απέχει πολύ από το να είναι υποχρεωτική. (Chabrol, 1987).

Γενικά οι έφηβοι καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα μιας πειθαρχίας, μοιράζονται με τους γονείς τους ένα σύνολο αξιών, με το οποίο συμφωνούν και διατηρούν αρμονικές σχέσεις με την οικογένειά τους. Η σύγκρουση των γονέων μοιάζει να είναι ένας πλατιά διαδομένος μύθος: μία έρευνα αναφέρει ότι το 50% «έχουν κάποια προβλήματα αλλά παρ' όλα αυτά βρίσκουν ότι είναι βολικό να έχεις γονείς».

Η έννοια της κρίσης της εφηβείας ως αναπόφευκτης και θορυβώδους διαταραχής, συμμετέχει σε αυτά τα εσφαλμένα κοινωνικά στερεότυπα, τα οποία δεν είναι απαλλαγμένα από αρνητικές επιδράσεις στους γονείς.

Παρ' όλα αυτά θεωρείται όμως δυνατό να διακρίνει κανείς τη γραμμή ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό, ανάμεσα στις συγκρούσεις με στόχο την ωρίμανση και τα συμπτώματα μιας δυσαρμονικής και ανασταλτικής πορείας στηριζόμενος στην εκτίμηση του συνόλου της προσωπικότητας.

Πάρα πολύ συχνά η θεωρία της «κρίσης» της εφηβείας είναι αρκετές προκειμένου να υποτιμηθεί μια απόπειρα αυτοκτονίας στους εφήβους. Η απόπειρα αυτοκτονίας συχνά δεν είναι παρά η αντανάκλαση της φυσιολογικής ανησυχίας αυτής της περιόδου της ζωής. (Mises, 1980).

2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.

Οι γονείς των εφήβων αποθαρρύνονται συχνά επειδή ούτε οι πράξεις τους ούτε τα λόγια τους φαίνεται να έχουν θετική επιρροή στα παιδιά τους. Συχνά οι γονείς καταφεύγουν στη βία με μόνο αποτέλεσμα την εξέγερση. Άλλοτε πάλι παραιτούνται από οποιαδήποτε προσπάθεια να αναπτύξουν μια σωστή σχέση με το γιο ή την κόρη τους. Και όμως...Ούτε η αυταρχική αντιμετώπιση (βία και έλεγχος) ούτε η επιτρεπτική αντιμετώπιση (παραίτηση) καλλιεργούν μια σχέση που να είναι ικανοποιητική τόσο για τους γονείς όσο και για τους εφήβους.

Μέσα στην οικογένεια συχνά αρχηγός είναι ο πατέρας. Η μητέρα έχει συνήθως δεύτερο ρόλο και τα παιδιά ακολουθούν στην πυραμίδα της εξουσίας, κατεβαίνοντας από το μεγαλύτερο παιδί στο μικρότερο. Επειδή τα μέλη της αυταρχικής οικογένειας δεν ήταν ισότιμα, ο έλεγχος ήταν ο μοναδικός τρόπος για να λειτουργήσει το σύνολο.

Σήμερα όταν οι γονείς λένε «πήδα» η αντίδραση του εφήβου δεν είναι «πόσο ψηλά» αλλά «γιατί». Οι έφηβοι θεωρούν τους εαυτούς τους ισότιμα μέλη της οικογένειας. Έτσι η αντιμετώπιση «ο πατέρας και η μητέρα γνωρίζουν καλύτερα» δεν προάγει τη συνεργασία.

Η κακή συμπεριφορά των εφήβων μπορεί να πηγάζει από την ανάγκη να νιώσουν ότι ξεχωρίζουν. Ορισμένοι έφηβοι ανακαλύπτουν τρόπους για να πετύχουν την αναγνώριση μέσα στο κοινωνικό τους σύστημα, με τον αθλητισμό, την επιτυχία στις σπουδές, τη συμμετοχή σε οργανώσεις κ.λ.π. Άλλοι όμως ίσως πιστεύουν ότι δεν μπορούν να διακριθούν ή να συμμετάσχουν σε

αυτές τις δραστηριότητες, επισύροντας έτσι τη θετική προσοχή. Αυτοί οι έφηβοι μαθαίνουν να επισύρουν τη δυσμενή προσοχή με το χτένισμά τους, το ακατάλληλο ντύσιμο, την προκλητική γλώσσα ή τη γενική αντίδραση στο «κατεστημένο».

Υπάρχουν και έφηβοι ακόμα πιο αποθαρρημένοι από εκείνους που επιδιώκουν να υπερισχύσουν. Είναι αυτοί που επιδιώκουν να πάρουν εκδίκηση για όλες τις αδικίες που υπέστησαν από τους γονείς τους, από τους άλλους ενήλικες και γενικά από την κοινωνία. Είναι οι νέοι που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτοί. Η πικρία τους λοιπόν έχει στόχο τους ενήλικες που θεωρούν βασανιστές τους. Όποτε οι γονείς θελήσουν να τους τιμωρήσουν, οι έφηβοι αυτοί αντιδρούν αμέσως, ανταποδίδοντας το κακό στον ενήλικα. (Ντικμέγιερ, Μακκαυ, 1994).

Οι έφηβοι νιώθουν ότι το κλειδί του προβλήματος είναι η ανεξαρτησία. Είτε πρόκειται για την επιλογή των φίλων τους, είτε για το φαγητό, το χτένισμα ή τη μέθοδο που ακολουθούν στη μελέτη τους. Οι προσπάθειες των γονιών να ελέγξουν αυτές τις νεανικές αποφάσεις καταλήγουν συνήθως στο να προκαλέσουν μια άχρηστη εξέγερση.

Είναι απαραίτητο για τους γονείς να αντιληφθούν ότι το μεγαλύτερο μέρος της αρνητικής συμπεριφοράς πηγάζει από τη λαθεμένη αντίληψη που έχει ο έφηβος σχετικά με τη θέση του στην κοινωνία. Αν ο έφηβος αρχίσει να πιστεύει ότι δεν μπορεί να γίνει αποδεκτός με ενεργητική και θετική συμπεριφορά που επισύρει την οργή και το ενδιαφέρον των γονιών.

Οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν ότι τα υψηλά πρότυπα θα παρακινήσουν τα παιδιά τους ώστε να αποδώσουν περισσότερο. Είναι όμως γεγονός ότι θέτοντας υψηλά πρότυπα, μειώνουμε ακόμα περισσότερο τις πιθανότητες επιτυχίας. Τα πολύ υψηλά

πρότυπα ίσως αποθαρρύνουν τον έφηβο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην προσπαθεί καν να δοκιμάσει τις δυνάμεις του. Όταν οι απαιτήσεις στον αθλητισμό, τη μουσική και το σχολείο είναι πολύ υψηλές αποτυγχάνουν το στόχο τους. Συχνά εμποδίζουν και την ελάχιστη συμμετοχή του εφήβου. (Guerne, 1996).

Ορισμένες πράξεις του εφήβου, ενοχλητικές για τους γονείς, πηγάζουν από την πεποίθηση του ότι δεν μπορεί να γίνει αποδεκτός, αν δεν είναι άριστος. Έτσι λοιπόν αναπληρώνει αυτή την έλλειψη, χρησιμοποιώντας την ενεργητικότητά του στο να είναι πιο παθητικός, πιο ντροπαλός, επιθετικός και αμφισβητίας.

Δυστυχώς ένα μεγάλο μέρος της επικοινωνίας μεταξύ γονιών και εφήβων διεξάγεται σε ύψος αυταρχικό και δίνει το μήνυμα ότι «οι γονείς τα ξέρουν όλα». Με αυτό τον τρόπο επικοινωνίας δίνεται στους έφηβους η εντύπωση του ανώτερου που απευθύνεται προς ένα κατώτερο.

Ο αμοιβαίος σεβασμός αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για μια θετική σχέση γονιών-εφήβων. Όλοι οι έφηβοι επιθυμούν να τους εκτιμούν και να τους σέβονται οι άλλοι. Όταν οι γονείς σεβαστούν τους φίλους τους, τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους και συντείνουν στο να κάνουν τον έφηβο ένα άτομο με οντότητα, τότε αφήνουν ελεύθερο να σεβαστεί και ίσως να δεχτεί αξίες των γονέων.

Οι έφηβοι πραγματικά θέλουν να νοιάζονται οι γονείς τους γι' αυτούς και να τους θέτουν λογικά πλαίσια. Την έλλειψη πλαισίου (λογικών περιορισμών) την ερμηνεύουν συχνά σαν έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους των γονέων. Για να είναι όμως τα όρια αυτά αποτελεσματικά, θα πρέπει να είναι λογικά και να αντιμετωπίζουν τον έφηβο σαν ένα άνθρωπο που αλλάζει όσο και γονιός (Ντικμέγιερ, 1994).

Η βάση των υγιών σχέσεων με τους εφήβους είναι η ικανότητα των γονέων να επικοινωνούν ικανοποιητικά με τρόπο και σεβασμό. Βασική προϋπόθεση είναι ο έφηβος να γίνει δεκτός με όλα του τα λάθη. Η αντιμετώπιση αυτή αρχίζει από τη στιγμή που οι γονείς θα δεχτούν τον έφηβο σαν μια ξεχωριστή ανθρώπινη ύπαρξη. Η παραδοχή αυτή επιτρέπει να δουν τον ενήλικα που αρχίζει να ξεπροβάλλει μέσα από τον έφηβο. Η παραδοχή των γονιών πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από απλή στάση. Πρέπει να ειπωθεί με λόγια.

Οι γονείς επιβάλλεται να επηρεάζουν θετικά τον έφηβο συγκεντρώνοντας την προσοχή τους στα θετικά σημεία του. Όταν οι γονείς δεν αναζητούν την απόλυτη τελειότητα και την υπεροχή αλλά, αντίθετα, συγκεντρώνουν την προσοχή τους στις δυνάμεις που βρίσκονται μέσα στον έφηβο – στα χαρακτηριστικά που καθορίζουν τη μοναδικότητα της προσωπικότητας του - τότε θα μάθουν να τον εκτιμούν σαν άτομο.

Ζούμε σε μια κοινωνία που ψάχνει για λάθη. Γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία για τους γονείς να αποτελούν για τους εφήβους μια αστείρευτη πηγή ενθάρρυνσης. Η αποθάρρυνση είναι η κυριότερη αιτία για την αρνητική συμπεριφορά των εφήβων, για την αποτυχία τους να λειτουργήσουν θετικά. Ο γονιός που ενθαρρύνει: εκτιμάει και δέχεται τον έφηβο, επικοινωνεί μαζί του και τον βοηθάει να αποκτήσει το αίσθημα της επάρκειας και της αυτοεκτίμησης, εκδηλώνει πίστη και εμπιστοσύνη. Δίνει το μήνυμα: «ξέρω πώς θα κάνεις ότι μπορείς, έχεις όλη τη συμπαράσταση μου ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα». (Guerney, 1996).

Ο Erikson (1965) θεώρησε ότι κύριο έργο της εφηβείας είναι η διαμόρφωση μιας προσωπικής ταυτότητας. Το επίτευγμα αυτό είναι εφικτό μόνο μέσα από μια τροποποίηση των σχέσεων του

εφήβου με την οικογένεια του. Πρέπει 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 προοδευτικά από τη συμβιωτική ενότητα που συγκροτούσε με τη μητέρα του.

Η διαδικασία του χωρισμού και της εξατομίκευσης δεν αφορά μόνο τον ίδιο τον έφηβο. Αυτή η εξέλιξη στην οποία συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλήξουν σε έναν νέο ορισμό σχέσεων και καταστάσεων. Προκειμένου να επιλυθεί αυτή η φάση οι πρωταγωνιστές οφείλουν να αποδεχθούν μια αμοιβαία κίνηση, με την οποία ο έφηβος απομακρύνεται από τους γονείς του και οι γονείς από τον έφηβο. Οι εσωτερικές αλλαγές καθορίζουν την τροποποίηση των εξωτερικών αλληλεπιδράσεων: τόσο ο έφηβος όσο και οι γονείς του οφείλουν να παραιτηθούν από άσχετους ρόλους και καταστάσεις από ξεπερασμένους τύπους σχέσεων όπου αισθάνονταν σιγουριά.

Αυτή η αναδιοργάνωση, υποχρεωτικά υποκινεί πολλά αρνητικά συναισθήματα, ανησυχία, έχθρα και θλίψη, τόσο στον έφηβο όσο και στους γονείς του. 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 η οποία εκδηλώνεται με την αντιπαράθεση δύο αντίθετων τάσεων, τη μορφόσταση και τη μορφογένεση. Η μορφόσταση περιλαμβάνει τις δυνάμεις που αντιτίθενται στην αλλαγή και διαιώνίζουν παλιά μοντέλα επικοινωνίας, και η μορφογένεση δείχνει τις δυνατότητες καινοτομίας, δημιουργίας και εξέλιξης του οικογενειακού συστήματος. (Chabrol, 1987).

Στην εφηβεία οι γονείς διατηρούν το ρόλο της βάσης ασφάλειας ο οποίος τους αποδόθηκε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας: στον έφηβο ξαναβρίσκουν την προέκταση δύο κινητήριων προγραμμάτων, όπου η συμπεριφορά η οποία έχει σχέση με την ανάπτυξη ισχυρού δεσμού στηρίζει τη δυνατότητα ανίχνευσης του κόσμου. Οι γονείς οφείλουν να καθοδηγήσουν τους εφήβους, να τους παρέχουν τον απαραίτητο έλεγχο και στήριγμα, αλλά οφείλουν επίσης να τους αφήνουν αρκετή αυτονομία. Για να πραγματοποιηθεί το γονικό έργο είναι απαραίτητο να υπάρχει η δυνατότητα να περιληφθούν, να αμβλυνθούν και να εναρμονιστούν, οι αντιφατικές ταλαντεύσεις μέσα στο υποσύστημα των γονέων.(Χουντουμιάδη, 1994).

2.4. ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Η τάση αυτοκτονίας μπορεί να φανεί παράλογη, αν αναφερθούμε μόνο στα αίτια που την παρακίνησαν, τα οποία συχνά είναι ασήμαντα. Το εν ενεργεία γεγονός δεν είναι παρά ένας παράγοντας ανισορροπίας: μια αγάπη που δε βρήκε ανταπόκριση ή μια σχολική αποτυχία, οδηγούν στην αυτοκτονία, μόνο αν βρουν απήχηση σε ένα διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον.

Η προσφυγή σε μια συμπεριφορά αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από το αν λειτουργεί σαν επίκληση ή αν πραγματικά υπερισχύει η επιθυμία θανάτου, μαρτυρεί μια σοβαρή διαστροφή της επικοινωνίας του εφήβου με το οικογενειακό και το κοινωνικό του περιβάλλον. Η τάση αυτοκτονίας μεταφράζει την ανικανότητα της οικογένειας να εκπληρώνει το ρόλο της σαν στήριγμα του εφήβου ή εκφράζει και την άμεση ευθύνη της. Η στατιστική προσέγγιση της αυτοκτονίας του εφήβου αποκαλύπτει τη συχνότητα των διαταραχών της οικογένειας και εγγυάται για τη συμμετοχή της στην ανάπτυξη της αυτοκτονίας. (Adam et all, 1982).

Η απώλεια του γονέα, το είδος της ολέθριας απώλειας, οι κρίσιμες περίοδοι της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας επιδεινώνουν τις τάσεις αυτοκτονίας. Η απώλεια λόγω θανάτου, το διαζύγιο των γονιών, η απομάκρυνση από την οικογένεια ή έστω η απομάκρυνση ενός από τα αδέρφια, η νομική υπόσταση της οικογένειας (παράνομο ζευγάρι, παιδί εκτός γάμου) ή οικογενειακή ασυμφωνία αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες.

Όμως πιστεύεται ότι ένας αποχωρισμός ασκεί επίδραση μόνο αν συνοδεύεται και από άλλες ενδείξεις δυσλειτουργίας. Σύμφωνα

με τους Adam και συνεργάτες (1982) η πλειοψηφία των αποπειρών αυτοκτονίας πραγματοποιείται σε χρόνια αστάθειας και χαοτικό περιβάλλον ανεξάρτητα από το αν υπήρξε η εμπειρία ενός αποχωρισμού. Η οικογενειακή αστάθεια είναι κύριος παράγοντας και η απώλεια δευτερεύοντας.

Αυτό διακρίνεται έντονα σε κατάσταση διαζυγίου των γονέων. Συχνά το παιδί ανέχεται πιο άσχημα την ηθελημένη εγκατάλειψη, που συνεπάγεται ένα διαζύγιο, από ένα θάνατο. Η συνεχής ύπαρξη συγκρούσεων θα μπορούσε να εξηγήσει τη νοσηρότητα του διαζυγίου, η οποία είναι η κατάληξη μιας ενεργητικής, αποδιοργανωτικής διεργασίας, που διαρκεί αρκετά χρόνια και εξακολουθεί και μετά το χωρισμό.

Συχνά οι συγκρούσεις δεν καταργούνται με το διαζύγιο αλλά μετατοπίζονται στο δικαίωμα κηδεμονίας, στις επισκέψεις και στις οικονομικές συνδιαλλαγές. Τέλος οι πιέσεις, που προηγούνται και ακολουθούν το χωρισμό, ευθύνονται κατά κύριο λόγο για τις διαταραχές του εφήβου. Όντως το ιστορικό των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας αποκαλύπτει σε πολύ γενικές γραμμές μια χρόνια διαταραχή της λειτουργίας της οικογένειας. Διαπιστώνονται «σχεδόν πάντα» παλιές συγκινησιακές ένδεις ή σοβαρές οικογενειακές συγκρούσεις. Οι έφηβοι παραπονιούνται για έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας και αληθινών συγκινησιακών δεσμών με την οικογένειά τους, περιγράφουν τις οικογενειακές συγκρούσεις ως ακραίες και έχουν έναν ή δύο γονιούς αλκοολικούς. (Chabrol, 1987).

Οι πιο εμφανείς διαταραχές στις οικογένειές των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας αφορούν τη λειτουργία της οικογένειας ως περιβάλλοντος υποστηρικτικού πλαισίου. Βασικό χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών είναι ότι ο γονικός έλεγχος και οι

προσδοκίες αναφορικά με τον έφηβο είναι είτε πολύ υψηλές, είτε αντίθετά πολύ χαμηλές. Ο υπερβολικός έλεγχος αντιστοιχεί σε παθολογική επικράτηση των δυνάμεων για διατήρηση ισορροπίας. Αντανακλά την άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί μεγαλώνει. Οι γονείς εμμένουν σε μια ξεπερασμένη ιεραρχική συμπεριφορά, η επικοινωνία περιορίζεται και οι έφηβοι δεν μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματα τους και να προβάλλουν την αξία των θέσεών τους. Με λίγα λόγια οι γονείς δεν αναγνωρίζουν την συγκινησιακή ζωή των εφήβων.

Ο υπερβολικός έλεγχος δημιουργεί περισσότερο κατάθλιψη, παρά έχθρα. Η υπερβολική χρήση τιμωριών και απαγορεύσεων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή των δημιουργικών κινήτρων και στη συνέχεια την παθητικότητα και την έλλειψη βούλησης την οποία ο Seligman (1974) ονομάζει επίκτητη θλίψη (learned helplessness). Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως συνέπεια του περιορισμού των θετικών ενθαρρύνσεων, ο οποίος συνεπάγεται πιθανά μια αύξηση των τιμωριών.

Στις οικογένειες που ασκείται υπερβολικός έλεγχος, όλες οι βασικές εκδηλώσεις της εφηβείας υφίστανται διαταραχή στον τομέα των ενθαρρύνσεων. Οι τάσεις ανεξαρτησίας όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά αντίθετα αναστέλλονται.

Η ύπαρξη μη ρεαλιστικών προσδοκιών, τις οποίες ο έφηβος δεν δύναται να πραγματοποιήσει, μπορεί να συνδυασθεί με τον υπέρμετρο έλεγχο προκειμένου να επηρεάσουν θετικά την κατάθλιψη. Ο έφηβος αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των γονέων του και οδηγείται στην απώλεια της εκτίμησης που τρέφει για τον εαυτό του. 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 και της οποίας την εκδήλωση ευκολύνει η αύξηση της επίθεσης που δέχεται. (Oster, Montgomery, 1997).

Αντίθετα μια άλλη ομάδα οικογενειών εφήβων, που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, χαρακτηρίζεται από την απουσία ελέγχου, από ασυνάρτητες και ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις και από έλλειψη κάθε προσδοκίας από τον έφηβο. Αυτές οι θέσεις πιθανών να εκφράζουν την αδιαφορία των γονέων και τα επακόλουθά της (αμέλεια, συναισθηματική και παιδαγωγική ένδεια) τα οποία εμφανίζονται συχνά στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Έκδηλη είναι επίσης η απουσία επιδοκιμασίας με καταθλιπτικές συνέπειες. Η ανεκτική στάση των γονέων μπορεί να εμφανίζεται ως φιλελευθερισμός του οποίου όμως οι αξιώσεις για μοντερνισμό καλύπτουν τις διαστάσεις και τα πραγματικά κίνητρα. (Chabrol, 1987).

Ο σύγχρονος κόσμος έχει μεταβάλει την οργάνωση της οικογένειας. Η ανάπτυξη της «πυρηνικής 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 ενασχόληση με την τηλεόραση) ενώ άλλες μπορούν δύσκολα να ελεγχθούν (όπως οι απαιτήσεις του χρόνου απασχόλησης των γονέων). Τα παιδιά δεν εξαρτώνται πλέον από τους γονείς για να αποκτήσουν ορισμένες τεχνικές και κοινωνικές επιδεξιότητες.

Όταν οι σύγχρονοι γονείς χάνουν την εμπιστοσύνη τους στους στόχους που πρέπει να επιδιώξουν, μπορούν να καταλήξουν στο να αποφεύγουν τις συγκρούσεις με τους εφήβους αντί να τις

διεκπεραιώνουν. Αυτή η τάση μπορεί να οξυνθεί περισσότερο αν οι γονείς δεν έχουν ξεπεράσει τη δική τους εφηβεία.

Η ανεκτική στάση, που καταργεί τους περιορισμούς, τα απαραίτητα σημεία αναφοράς και τα πρότυπα, προκαλεί ένα αίσθημα ανασφάλειας στον έφηβο. Οι έφηβοι αυτοί συναντούν μια αποδοχή και μια αποδοκιμασία ενώ θα ήθελαν να προσκρούσουν σε περιορισμούς και να αγωνισθούν εναντίον τους. Αυτή η συννεοχή τους ωθεί στην αμφισβήτηση των αξιών των ενηλίκων. (Oster, Montgomery, 1997).

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

Γενικά ο ρόλος της έχθρας των οικείων προσώπων έχει προσεχθεί λιγότερο απ' ό,τι η έχθρα εναντίον του ίδιου του εαυτού. Υπάρχουν πολλά επιχειρήματα υπέρ του ρόλου των εχθρικών σχέσεων στην αυτοκτονία του εφήβου και πρώτα το συναίσθημα που αναφέρεται πιο συχνά τη στιγμή της πράξης είναι ο θυμός, η οργή, γεγονός το οποίο μας διαβεβαιώνει ότι η αυτοκτονία του εφήβου τυπικά αποτελεί μια αντίδραση σε μια διαπροσωπική σύγκρουση.

Ο έφηβος με τάσεις αυτοκτονίας βρίσκεται σε μια μοναδική θέση, όπου ενώ δέχεται μια σημαντική επιθετικότητα από τους άλλους, είναι ανίκανος ή του έχουν απαγορεύσει να την

ανταποδώσει. Οι επιθυμίες θανάτου εκφράζονται σε μια απροσδόκητη συχνότητα από την οικογένεια με σαφή ή συγκεκριμένο τρόπο.

(Chabrol, 1987).

Οι πρόωρες ανεπάρκειες στην οργάνωση της προσωπικότητας μπορούν να μείνουν καλυμμένες μέχρι την εφηβεία, η οποία κινητοποιώντας τις ικανότητες προσαρμογής, αποκαλύπτει τις αδυναμίες. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η καταστροφική λύση μιας απόκλισης της ανάπτυξης, τα αίτια της οποίας θα πρέπει να αναζητηθούν στην πρώτη κιόλας παιδική ηλικία σε μια παθογενενετική οικογενειακή δυναμική για την οποία, οι ψυχαναλυτικές και οι συστηματικές προσεγγίσεις δίνουν μια σχετικά αποκλίνουσα εικόνα η οποία όμως στερείται από πραγματική εξειδίκευση.

Ένα δεν είναι σίγουρο, ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου αποτελεί διέξοδο από μια πρώιμη ανωμαλία της ανάπτυξης. Είναι πια αποδεκτό ότι είναι συχνά η κατάληξη μιας μακράς πορείας φθοράς των οικογενειακών σχέσεων.

Η διπλή προοδευτική κίνηση απομάκρυνσης από την οικογένεια και την κοινωνία είναι μια εξέλιξη με τρία στάδια: 1) ένα μακρύ παρελθόν προβλημάτων από την παιδική ηλικία μέχρι την είσοδο στην εφηβεία, 2) μια περίοδος συνεχούς κορύφωσης κατά την οποία προστίθενται και άλλα προβλήματα, 3) το τελικό στάδιο με την αλυσιδωτή διάλυση και των τελευταίων σχέσεων του εφήβου, τις εβδομάδες και τις ημέρες που προηγούνται της απόπειρας της αυτοκτονίας. Η φάση πριν την αυτοκτονία δεν διαρκεί περισσότερο από μερικούς μήνες ή μερικές εβδομάδες αλλά η «διαδρομή» συχνά αρχίζει τρία ή πέντε χρόνια πριν από την πράξη. (Sue, Sue, Sue, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΙΤΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.

Γενικά η αυτοκτονία οφείλεται σε ``ένα ψυχικό βραχυκύκλωμα του ατόμου, σε μια ψυχική συρρίκνωση του, κατά την οποία κυριαρχούν τα συναισθήματα της απελπισίας και η κυριαρχία του συναισθήματος πάνω στη λογική. Καταλήγει σε 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 έφηβος δεν θέλει το θάνατο, αλλά με την πράξη του αυτή εκδηλώνει την ανάγκη του να τον αφήσουν ήσυχο και απερίσπαστο να οργανώσει μόνος του την προσωπικότητά του.

Έρευνες αποδεικνύουν ότι το 30% των νέων που επιχειρούν 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.

Ο έφηβος με την πράξη του αυτή, που την πραγματοποιεί μέσα σε μια κατάσταση συγχυσμένης συνείδησης και που δεν ξέρει καλά καλά ούτε ο ίδιος να την δικαιολογήσει, επιδιώκει να ασκήσει

πίεση στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του (οικογένεια) και να τραβήξει την προσοχή των συνομήλικων του. Στην ουσία η πράξη αυτή εξωτερικεύει ένα μήνυμα διαταραχής, απελπισίας και έντονης οργής και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια για επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο και μια απελπισμένη κραυγή για αγάπη και βοήθεια. Δηλαδή με την αυτοκτονία που συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και την επιθετικότητα, εκφράζει ο έφηβος την τραγική αδυναμία του απέναντι σ' ένα περιβάλλον, που τον συνθλίβει, καθώς και την επιθυμία του να ξεφύγει από μια οδυνηρή οδυνηρή γι' αυτόν κατάσταση. Τη θεωρεί ανυπόφορη και αναπόφευκτη και πιστεύει ότι θα ξεφύγει μόνο με τον αυτοχειρισμό του. Το άτομο αυτό ζει μόνο το παρόν. Δεν έχει μέλλον και νιώθει ανίκανο να δώσει μορφή στα σχέδιά του και λύσεις στα προβλήματά του. (Αναστασιάδης, 1995).

Οι αυξημένες απαιτήσεις από τη σωματική του ανάπτυξη και οι πολλαπλές και πιεστικές απαιτήσεις των γονέων και γενικά του περιβάλλοντος του εφήβου για ανταγωνισμό και ιδίως για ακαδημαϊκή επιτυχία είναι δυνατό να του δημιουργήσουν συναισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας, με συνέπεια να οδηγηθεί στην αυτοτιμωρία του με την αυτοκτονία, που τη θεωρεί ως μοναδική διέξοδο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Μια βασική αιτία για την εκδήλωση αυτής της αυτοκαταστροφικής τάσης είναι η ίδια η εφηβεία. Ευτυχώς όμως μόνο σε ένα μικρό ποσοστό επιφέρει προσωρινές διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ στη μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων αυτή εξελίσσεται χωρίς κρίσεις και αξιοσημείωτες διαταραχές. Η αντικοινωνικότητα του εφήβου και η αστάθειά του στις προσωπικές του σχέσεις, που του επιφέρουν κοινωνικό εξοστρακισμό και δικαστικές ακόμη κυρώσεις, η απουσία ελέγχου,

η αποφυγή κάθε ευχαρίστησης, κάθε ευκαιρίας για ευτυχία 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 αβουλησία, έντονη οργή, εχθρική συμπεριφορά και σοβαρή φυσική επιθετικότητα που απευθύνεται κυρίως στους γονείς τους.

Η κρίση ταυτότητας, που διέρχεται ο έφηβος για το ποια θέση θα πάρει πάνω στο πρόβλημα επιλογής αξιών που θα θέσει ως στόχο του στη ζωή, μερικές φορές είναι τόσο οδυνηρή και τόσο αγχωτική ώστε αν δεν βρει λύση μπορεί να φτάσει στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η ένταξη του εφήβου σε ομάδες και η σύναψη φιλιών με συνομηλίκους. Η ενσωμάτωση του εφήβου στην ομάδα, στην οποία θα συναντήσει μοντέλα για ταύτιση, αποτελεί ένα στάδιο για να βρει την ταυτότητα του.

Σε ένα φυσιολογικό έφηβο μπορούν να συνυπάρχουν παράλληλα ο ισχυρός δεσμός με την οικογένεια του και με την παρέα του. Τελικά όμως η ένταξη του εφήβου στην ομάδα δεν επαρκεί σε έναν έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας να τον αποτρέψει από την αυτοκτονία. (Oster, Montgomery, 1997).

Οι στατιστικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η οικογένεια παίζει βασικό ρόλο στην εξώθηση του νέου στην αυτοκτονία. Οι σπουδαιότεροι οικογενειακοί λόγοι είναι διαλυμένη οικογένεια, απώλεια γονέων (του ενός ή και των δύο), απώλεια ή απουσία ενός από τα αδέρφια του, απομάκρυνσή του από την οικογένειά του, φυσική απουσία του ενός γονέα (κυρίως του πατέρα), οικογενειακή αστάθεια και χαοτικές συνθήκες διαβίωσης, έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας με την οικογένειά του και διακοπή κάθε δεσμού μαζί της, με συνέπεια να κυριεύεται από μοναξιά,

απογοήτευση και απόρριψη, υπέρπροστατευτισμός και αυταρχισμός των γονέων, έλλειψη κάποιας ανεξαρτησίας και αυτονομίας, ασφυκτικός έλεγχος και πολύ καταπιεστική συμπεριφορά των γονέων απέναντί του, η οποία επιφέρει αδιέξοδο και κατάθλιψη, πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές (δηλαδή μη ρεαλιστικές)προσδοκίες των γονέων του από αυτόν.

Εκτός από αυτούς άλλοι παράγοντες είναι η μη καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης του και συνεχής αποθάρρυνσής του για ανάληψη πρωτοβουλιών, απουσία κάθε ελέγχου του και κάθε προσδοκίας από αυτόν, έλλειψη ενθάρρυνσης, συμπαράστασης και καθοδήγησης εκ μέρους των γονιών του συναισθηματικές και σχολικές αποτυχίες, 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 εφηβικής προσωπικότητας, και τέλος το μη υγιές κοινωνικό περιβάλλον και η απουσία υγιών ιδανικών (καταναλωτισμός, υλισμός, βία, ναρκωτικά, πορνεία, απομυθοποίηση των κοινωνικών θεσμών όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο, το κράτος) (Ασία, παρόμοια 1995). Ηλικιακή αστάθεια ή 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, εχθρότητα των γονέων προς τον έφηβο, αλκοολικοί γονείς και προπάντων οι συγκρούσεις των γονιών μεταξύ τους και η μακροχρόνια φθορά των οικογενειακών δεσμών οδηγούν τον έφηβο στην αυτοκτονία. Οι κακές σχέσεις των εφήβων με τις

οικογένειές τους και κυρίως με τις μητέρες τους, που υπέφεραν από κατάθλιψη ή σοβαρή νεύρωση και ανέθρεψαν τα παιδιά τους με ασυνεπή αγωγή, αποτελούν σοβαρό παράγοντα για την εξώθηση των εφήβων στην αυτοκτονία. (Πιπερόπουλος, 1995).

Τα πραγματικά αίτια και η πραγματική προσπάθεια αυτοκτονίας κορυφώνονται συνήθως από ένα γεγονός ή από ένα περιστατικό ταπεινωτικό και βασανιστικά επίπονο για έναν έφηβο. Τα πιο κοινά γεγονότα περιλαμβάνουν μια αποσύνθεση ενός ρομαντικού σκάφους σχέσης, μιας σύλληψης, μιας απόρριψης ή μιας φιλονικίας με έναν γονέα ή έναν ρομαντικό σύντροφο. Η σεξουαλική κακοποίηση και η εκμετάλλευση είναι επίσης πιθανά ερεθίσματα για απόπειρα αυτοκτονίας.

Υπάρχουν πολλοί μύθοι που έχουν αναπτυχθεί για την αυτοκτονία και τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Κατά συνέπεια πολλοί άνθρωποι ακόμα δεν θεωρούν την αυτοκτονία ένα σημαντικό πρόβλημα μεταξύ των εφήβων. Στην πραγματικότητα είναι η κύρια αιτία θανάτου στους εφήβους. Είναι ζωτικά σημαντικό να διευκρινιστούν μερικοί από τους μύθους και να ενημερωθούμε για τις αλήθειες της αυτοκτονίας.

Μύθος: Οι αυτοκαταστροφικοί άνθρωποι είναι τρελοί.

Γεγονός: Αν και μια πλειοψηφία των αυτοκαταστροφικών ατόμων είναι καταθλιπτικοί, σπάνια θα θεωρούνταν παράφρονες. Πολλάκις, οι ενδείξεις στην κατάθλιψη μπορούν να είναι λεπτές και ο έφηβος να εμφανιστεί αρκετά «κανονικός».

Μύθος: Οι έφηβοι που εξετάζουν σοβαρά την αυτοκτονία δεν μιλούν για τις αυτοκαταστροφικές σκέψεις τους.

Γεγονός: Η πλειοψηφία των εφήβων μιλά ή δίνει ενδείξεις για τα αυτοκαταστροφικά τους σχέδια πριν από μια απόπειρα.

Μύθος: Οι έφηβοι που απειλούν να διαπράξουν αυτοκτονία είναι απίθανο να το ακολουθήσουν κατευθείαν.

Γεγονός: Αν και πολλοί έφηβοι που μιλούν για την αυτοκτονία δεν μπορούν πραγματικά να διαπράξουν αυτοκτονία, οι περισσότεροι έφηβοι που διαπράττουν αυτοκτονία έχουν μιλήσει για τα συναισθήματα και τις προθέσεις τους.

Μύθος: Οι έφηβοι είναι αυθόρμητοι και δεν προγραμματίζουν πραγματικά να βλάψουν τον εαυτό τους.

Γεγονός: Πολλές αυτοκτονίες είναι προγραμματισμένες ενέργειες που έχουν μελετηθεί καλά εκ των προτέρων.

Μύθος: Οι έφηβοι δεν θα προσπαθήσουν να βλάψουν τον εαυτό τους περισσότερο από μια φορά.

Γεγονός: Η πλειοψηφία των ανθρώπων που διαπράττουν επιτυχή αυτοκτονία έχουν κάνει προηγούμενες προσπάθειες.

Μύθος: Η συζήτηση για την αυτοκτονία κάνει τους εφήβους να την σκέπτονται πιο συχνά.

Γεγονός: Συζητώντας το θέμα με τους εφήβους τους δείχνει ότι τους νοιάζονται και ότι επίσης τους παίρνουν στα σοβαρά. Οι δημόσιες συζητήσεις στο θέμα είναι υγιείς τρόποι να κρατούν ενημερωμένους τους εφήβους και να μειωθούν οι ανησυχίες.

Μύθος: Οι έφηβοι που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας θέλουν πραγματικά να πεθάνουν.

Γεγονός: Οι περισσότεροι έφηβοι δεν το έχουν πραγματικά αποφασίσει. Συχνά έχουν δώσει σήματα για το πώς αισθάνονται με την ελπίδα ότι κάποιος θα τους βοηθήσει. Συχνά θέλουν να δραστηρεύσουν από την τρέχουσα δυσκολία ή τον πόνο και δεν μπορούν να σκεφτούν άλλες λύσεις.

Μύθος: Οι αυτοκαταστροφικοί άνθρωποι σπάνια έχουν πάει για βοήθεια.

Γεγονός: Πολλοί έφηβοι έχουν επιδιώξει ή έχουν πάρει κάποια βοήθεια κατά τη διάρκεια των μηνών πριν από το θάνατό τους.

Μύθος: Τη στιγμή που ένας έφηβος αποφασίζει να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τίποτα δεν μπορεί να γίνει.

Γεγονός: Ακριβώς το αντίθετο ισχύει. Τους περισσότερους ανθρώπους μπορούν να τους σταματήσουν αλλά η προσπάθεια επέμβασης μπορεί να μην είναι επιτυχής. Η καταβολή προσπάθειας είναι σημαντική. (Oster, Montgomery, 1997).

3.2 ΠΡΟΜΥΝΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.

Ενώ η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας ως ιατρικού προβλήματος είναι «σχετικά» πρόσφατη, η σύνδεση μεταξύ ψυχικής εκτροπής και αυτοκτονίας έχει επισημανθεί από πολύ παλιά. Υποστηρίζεται ότι το ένα τρίτο τουλάχιστον των ανθρώπων που αυτοκτονούν υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Οι ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με την αυτοκτονία είναι κατά σειρά η κατάθλιψη, ο αλκοολισμός, η σχιζοφρένεια, η νεύρωση και η διαταραχή της προσωπικότητας. Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή που συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. (Γαβριήλ, 1986). σημάδια της κατάθλιψης είναι: πεσμένη διάθεση ή κακοδιαθεσία που μπορεί να συνοδεύεται από κλάμα ή παράπονο, απώλεια ενδιαφέροντος για το γύρω περιβάλλον ή τον έξω κόσμο, αίσθημα κόπωσης και απάθειας σαν τίποτε να μην «αξίζει τον κόπο». Πιο συγκεκριμένα, η ζωή του ατόμου διαποτίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και για τους άλλους. Δεν υπάρχει πια κάλο στον κόσμο, όλα είναι μάταια και ανούσια και η ζωή δεν έχει νόημα.

Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να καταλήξει σε ψυχική δυσλειτουργία, αν η ψυχολογική κρίση δεν επιλυθεί θετικά. Σ' αυτή την περίπτωση η διάθεση είναι σχεδόν πάντα κακή, υπάρχουν συνεχείς ενοχλήσεις στον ύπνο, έλλειψη συγκέντρωσης, απώλεια όρεξης, σκέψεις αυτοκτονίας. Ακόμη το άτομο αντιδρά με βραδύτητα σε ότι έχει να κάνει ή όταν πρέπει να απαντήσει σε κάποιον. Σε βαριές περιπτώσεις κατάθλιψης το άτομο είναι δυνατόν να αναπτύξει παράλογες σκέψεις και ιδέες. Η κλινική

κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που απειλεί τη ζωή του ατόμου και για αυτό είναι επιτακτική ανάγκη η πρόληψη της.

Στην εξέλιξη της κατάθλιψης οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο. Στο μυαλό του καταθλιπτικού οι αρνητικές σκέψεις ξεπηδούν αυτόματα. Στην κατάθλιψη θυμόμαστε μόνο τις αρνητικές εμπειρίες και μας είναι δύσκολο να προσεγγίσουμε τις θετικές αναμνήσεις. (Parry, 1996).

Σύμφωνα με το DSM III (Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders) για την κατάθλιψη «το ουσιαστικό χαρακτηριστικό είναι, είτε μια δυσφορική διάθεση, συνήθως με τη μορφή κατάθλιψης, είτε μια απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ή τις συνηθισμένες διασκεδάσεις». Το καταθλιπτικό συναίσθημα, δεν αποτελεί πλέον υποχρεωτικό κριτήριο. Η διάγνωση μιας σημαντικής κατάθλιψης μπορεί να γίνει και απουσία του. Επομένως το DSM III αποδέχεται την ύπαρξη κατάθλιψης, χωρίς καταθλιπτική διάθεση. Επιπλέον το DSM III διατυπώνει ότι «ουσιαστικά χαρακτηριστικά μιας βαριάς κατάθλιψης είναι παρόμοια στον έφηβο, στο παιδί και στον ενήλικα» αλλά επίσης παραδέχεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συσχετιζόμενων χαρακτηριστικών :«στον έφηβο μπορεί να εμφανιστούν τάσεις αυτοκτονίας ή κατάθλιψη κίνητη και ηλικίας μπορεί να πάρει τη μορφή της κατάθλιψης του ενήλικα, δεν πρέπει να αγνοήσουμε την ύπαρξη ορισμένων ιδιαιτεροτήτων : ο διαλείπων χαρακτήρας των καταθλιπτικών συμπεριφορών των οποίων η ενεργοποίηση εξαρτάται από το περιβάλλον.

Οι καταθλιπτικές συγκινήσεις κυριαρχούνται από συναισθήματα κενού, πλήξης και απομόνωσης.

Ο έφηβος έχει την εντύπωση ότι είναι παραπεταμένος και ότι οι άλλοι δεν τον καταλαβαίνουν, δεν αντέχει τη μοναξιά, αισθάνεται έχθρα, είναι συχνές οι συμπεριφορές αποφυγής της κατάθλιψης (άρνηση, διαδραμάτιση στην πράξη, παρανομία, αλκοόλ, ναρκωτικά, παρορμητική αναζήτηση κοινωνική επαφής, η οποία μερικές φορές φτάνει μέχρι την άκοσμη σεξουαλική πρόσμειξη των ανθρώπων.

Η καταθλιπτική σημειολογία συχνά πρέπει να αναζητηθεί με μια δυναμική διεργασία η οποία τοποθετεί το άτομο σε τέτοια κατάσταση ώστε να εκδηλώσει αυτή τη διαταραχή. Η αναγνώριση της κατάθλιψης στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας, γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη λόγω της συχνά εχθρικής του συμπεριφοράς, κατά την διάρκεια της εξέτασης, γεγονός το οποίο μπορεί να αποθαρρύνει τον ψυχίατρο, από τα να αναζητήσει μεθοδικά την παρουσία κατάθλιψης. (Oster, Montgomery, 1997).

Σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη, η κατάθλιψη θεωρείται άμεσα υπεύθυνη για την αυτοκτονία. Η αποτελεσματικότητα που έχουν οι θεραπείες της κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν φυσικά μέσα, στην πρόληψη της αυτοκτονίας αποδεικνύει ότι είναι αληθινή αυτή η άποψη. Η διάγνωση και η θεραπεία της αποτελούν την καλύτερη προφύλαξη από μελλοντικές απόπειρες.

Η κλασική πια αντίληψη του Freud, η οποία εκτίθεται στο πένθος και μελαγχολία (1916) θεωρεί ότι η αυτοκτονία και η κατάθλιψη απορρέουν από μια επιθετικότητα, η οποία στρέφεται εναντίον του ατόμου. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, η προνοσηρή - προκαταθλιπτική και προαυτοκτονική - προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από μια καθήλωση στα στάδια της ανάπτυξης, αρχαιότερα από τη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος και τα οποία όλα σημασιοδοτούνται από την

αμφιβουλησία. Μια κατάσταση, η οποία εξομοιώνεται με την απώλεια ερωτικού αντικειμένου βάζει σε κρίση την προσωρινή ουδετεροποίηση της επιθετικότητας από την ερωτική ενέργεια και προκαλεί το διαχωρισμό των ενορμήσεων. Η ερωτική επένδυση αποσύρεται στο εγώ, τροφοδοτώντας μια ταύτιση με το χαμένο αντικείμενο. Το μίσος στρέφεται ενάντια στο εγώ και ενεργοποιείται μέσα από δύο τύπους συμπεριφοράς : την κατάθλιψη ή την αυτοκτονία, η οποία διαπράττει ένα φόνο του οποίου ο ένοχος έχει μεταβληθεί από το μηχανισμό της μετάθεσης.

Σύμφωνα με τον Beck, οι νοητικές διεργασίες καθορίζουν τις συγκινήσεις. Οι προαυτοκτονικές και προκαταθλιπτικές προσωπικότητες μοιράζονται την ίδια νοητική διάρθρωση. Η οργάνωση αυτή συνίσταται σε ένα σύνολο εσφαλμένων σκέψεων και παράλογων πεποιθήσεων, οι οποίες συνεργούν ώστε να δώσουν στο άτομο μια αρνητική άποψη του εαυτού του, του κόσμου και του μέλλοντος. Αυτές οι καταθλιψιογενείς σκέψεις υποστηρίζονται από λάθη λογικής, τα οποία κατατάσσονται σε ορισμένες κατηγορίες. Αυτά τα συστηματικά λάθη, τα οποία εντοπίζονται αρκετά εύκολα, απορρέουν από νοητικά σχήματα, τα οποία ονομάζονται «βασικά αξιώματα» ή «σιωπηλές υποθέσεις» για ~~Πρόκειται για~~ ~~αυστηρές, απαιτητικές, άκαμπτες κατευθύνσεις~~ του τύπου «για να μπορέσω να ζήσω, πρέπει να με αγαπάει όλος ο κόσμος» ή «αν δεν συναντάω μόνο επιτυχίες η ζωή μου είναι μια αποτυχία».

Αυτές οι δυσλειτουργικές σκέψεις συνεπάγονται μια διαστροφή της πραγματικότητας : το υποκείμενο θεωρεί ότι το έχουν αποποιηθεί. Φαντάζεται ότι δεν έχει κανένα θέλγητρο ή ενδιαφέρον. Θεωρεί ότι είναι ο ίδιος υπεύθυνος για τις αποτυχίες του ενώ αρνείται ή υποβιβάζει στο ελάχιστο τις επιτυχίες του ή τις

αποδίδει σε εξωτερικούς παράγοντες. Αισθάνεται καταπονημένος από τις υπερβολικές επιταγές του στα σχέδιά του. Προβλέπει ότι οι παρούσες δυσκολίες θα εξακολουθούν και περιμένει την αποτυχία των επιχειρήσεών του. Αυτή η αρνητική παραμόρφωση της πραγματικότητας, οδηγεί στην κατάθλιψη η οποία, περιορίζοντας τις ικανότητες προσαρμογής του ατόμου του, επιβεβαιώνει την πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκές. Έτσι αρχίζει η εκτέλεση μιας ανοδικής πορείας αμοιβαίας ενισχύσεως των νοητικών διαστροφών και των καταθλιπτικών συγκινήσεων.

Η κατάθλιψη επιβάλλεται ως άμυνα απέναντι στην αυτοκτονία. Οι έφηβοι με τάσεις αυτοκτονίας «αντιλαμβάνονται την αναστολή του δικαιώματός του ζωή ως την εξαγορά της υπάρξεώς τους».

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

Η κατάθλιψη θεωρείται ως μηχανισμός προσαρμογής ο οποίος εκφράζει μια αμυντική στάση απέναντι στις διαταραχές του περιβάλλοντος. Ορισμένες καταθλίψεις του εφήβου αντιπροσωπεύουν ένα απαραίτητο στάδιο ωρίμανσης, το οποίο έχει τα χαρακτηριστικά της θετικής διεξαγωγής του πένθους:

απαραίτητο για την προσαρμογή στη νέα συνθήκη που είναι η εφηβεία «αυτό το πένθος της συναισθηματικής επένδυσης ορισμένων εικόνων του εαυτού και των εσωτερικοποιημένων αντικειμένων» ... μαρτυρά μια διαδικασία φυσιολογικής ωρίμανσης. Ο ρόλος της άμυνας απέναντι στην αυτοκτονία, τον οποίο διασφαλίζει η κατάθλιψη, μπορεί να είναι ένα από τα στοιχεία που εξηγούν το γεγονός ότι οι καταθλιπτικοί αυτοκτονούν στην αρχή της θεραπείας, πριν προλάβουν να οργανώσουν μια άλλη μορφή προσαρμογής. (Chabrol, 1987).

Η κατάθλιψη φαίνεται ότι είναι ένας συμβιβασμός ανάμεσα στο ένστικτο της ζωής και στο ένστικτο του θανάτου, παίζοντας τον διαφορούμενο ρόλο μιας αιτίας αυτοκτονίας και μιας άμυνας απέναντι στην αυτοκτονία. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας αυτή την πολυπλοκότητα κατά τη θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης στο πλαίσιο της αυτοκτονίας του εφήβου. Συνεπώς η φαρμακευτική αγωγή της κατάθλιψης δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να κριθεί επαρκής. (Oster, Montgomery, 1997).

Στην προαυτοκτονική του περίοδο ο έφηβος εκδηλώνει την κατάθλιψή του με μια γενική διαβάθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς του και με μια τροποποίηση της προσωπικότητας του. Αυτή η κατάσταση εκδηλώνεται συχνά με ευερεθιστότητα, μελαγχολία, υπερευαισθησία, ανασφάλεια, φόβο, πανικό, απομόνωση, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής του στην εφηβική ομάδα και στην οικογένεια του, σεξουαλική αγωνία και διαταραχές της συμπεριφοράς του (φυγή από το σπίτι, αντικοινωνική συμπεριφορά, χρήση ναρκωτικών).

Η τάση του εφήβου για αυτοκτονία ευνοείται και από τη δυσκολία του ή την αδυναμία του να μεταδώσει τα συναισθήματά

του στα πρόσωπα που υπολογίζει και από την απομόνωσή του από το περιβάλλον, άσχετα αν αυτή οφείλεται σε δική του ή μη δική του ανικανότητα για επικοινωνία. Εδώ η οικογένεια, το σχολείο και η παρέα μπορούν να παίζουν αποφασιστικό ρόλο και είναι απαραίτητη η συνεργασία τους και η βοήθεια τους προς αυτόν.

Άλλα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης είναι η μειωμένη διάρκεια προσοχής και η ονειροπόληση. Στην πρώτη περίπτωση ο έφηβος δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του για πολλή ώρα σε ένα αντικείμενο ιδιαίτερα στα σχολικά του μαθήματα, με αποτέλεσμα να απογοητεύεται, να μειώνεται η αυτοεκτίμησή του και να θεωρεί τον εαυτό του κοντό. Στη δεύτερη περίπτωση κυριεύεται εύκολα από ονειροπολήσεις κατά τη διάρκεια της σχολικής του εργασίας, που μπορούν να τον οδηγήσουν στην πλήξη και στην αδιαφορία όχι μόνο για το σχολείο, αλλά και για πράγματα που άλλοτε τον συγκινούσαν, όπως ο αθλητισμός, χόμπι, ραντεβού.

Άλλο ιδιαίτερο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η απομόνωση. Ο έφηβος κόβει κάθε δεσμό από τις παρέες του και απομονώνεται εντελώς από αυτές. Από την άλλη φτάνει σε σημείο να κάνει παρέα με τους πιο κακούς. Η κατάθλιψη δημιουργεί εκτός από τον ψυχικό πόνο και σωματικό, ιδίως στο κεφάλι ή στο κάτω μέρος του στήθους. Ο πόνος μπορεί να είναι βασανιστικός και κάποτε αβάσταχτος, που οδηγεί τον έφηβο στην απελπισία και τον κάνει ένα δυστυχισμένο και τραγικό πρόσωπο.

Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί και με σκασιαρχείο από το σχολείο, κλέψιμο, λήψη ναρκωτικών, ανία και απογοήτευση και με την αίσθηση ότι δεν υπάρχει τίποτα στη ζωή που να αξίζει. Άλλες διαταραχές που μπορούν να εμφανιστούν στη δύσκολη αυτή

ηλικία είναι νευρική ανορεξία και σεξουαλικές διαστροφές. Η σπουδαιότερη αιτία της κατάθλιψης του εφήβου οφείλεται στο ότι τώρα πια που έχει απομακρυνθεί από την ξένοιαστη παιδική ηλικία, αισθάνεται λύπη και πόνο και συνάμα την ανάγκη να θρηνήσει τις παλαιότερες σχέσεις του, τις ευχάριστες εμπειρίες του και γενικά τις ανεπίτρεπτες χαρές και ξενοιασιές της παιδικής ηλικίας. (Αναστασιάδης, 1995).

3.3 Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Η έχθρα θεωρείται ως βασική ψυχολογική συνιστώσα των παιδιών, των εφήβων και των ενήλικων με τάσεις αυτοκτονίας. Οι περισσότεροι έφηβοι με τάσεις αυτοκτονίας χαρακτηρίζονται από αντιδράσεις οργής και σοβαρής φυσική επιθετικότητα. Αυτή η επιθετικότητα εκφράζεται τόσο κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής εξέτασης, όσο και κατά την περίοδο που προηγείται της αυτοκτονίας, όπου εκδηλώνεται με τεταμένες προσωπικές σχέσεις. Η εμφάνιση επιθετικών συμπεριφορών, σε ένα καταθλιπτικό άτομο συχνά δεν μεταφράζει μια βελτίωση, αλλά αποτελεί ένδειξη ενός κινδύνου αυτοκτονίας.

Η ψυχανάλυση, λαμβάνοντας υπ' όψιν της σχέσεις αυτοκτονίας και επιθετικότητας πρότεινε αρκετά μοντέλα.

Ο Menninger (1938) συστηματοποιεί την ψυχοδυναμική της επιθετικότητας στην αυτοκτονία. Εκτιμά ότι τρία εσωτερικά στοιχεία συνεργούν στην αυτοκτονία, ανεξάρτητα από την εξωτερική της εμφάνιση : η επιθυμία να σκοτώσεις, η επιθυμία να σκοτωθείς, η επιθυμία να πεθάνεις. Καθένα απ' αυτά, απαιτεί ιδιαίτερη ανάλυση και αντιστοιχεί σε μια πράξη με συνειδητά και ασυνειδήτα κίνητρα:

- 1) Η επιθυμία να σκοτώσεις : σε μια προσωπικότητα που έχει τάσεις αυτοκτονίας, ένα γεγονός το οποίο αντιπροσωπεύει την απώλεια ενός ερωτικού αντικειμένου θέτει σε ενέργεια μια μελαγχολική 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 παραμένει συνήθως ασυνείδητη.

2) Η επιθυμία να σκοτωθείς: η επιθυμία φόνου ισοδυναμεί για το Υπερεγώ, το οποίο «λειτουργώντας σύμφωνα με το νόμο των αντιποίνων» 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 έφηβος θεωρεί ότι είναι το όργανο με το οποίο μπορεί να δώσει μια πραγματική έκφραση στην επιθυμία να σκοτώσει». 3) Η επιθυμία να πεθάνεις: αντιστοιχεί με την έκφραση της τιμωρού αυτοεπιθετικότητας του υποκειμένου στην αιφνίδια εισβολή του ενστίκτου του θανάτου. (Chabrol, 1987).

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 στο συνειδητό. Σε ορισμένους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, συναντάμε μια ανικανότητα να ελεγχθούν οι ερωτικές φαντασιώσεις και να κατασταλούν οι αιμομικτικές επιθυμίες που απειλούν να κατακλύσουν το Εγώ. Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει σκοπό να καταστρέψει το σώμα, πηγή των σεξουαλικών ορμών και όργανο της αναπαραγωγής. Ο έφηβος που αντιστοιχεί με τη μητέρα τους χαρακτηρίζεται από υπέρτατη αμφιβουλησία στην οποία συνυπάρχουν έντονα αισθήματα μίσους και αγάπης. Η αποκόλληση από τη μητέρα γίνεται ως αβάσταχτη απώλεια. Η απόπειρα αυτοκτονίας αναδύεται σαν μια επίθεση στην εσωτερικοποιημένη μητέρα. Η

εφηβεία προκαλεί την αναβίωση των συγκρούσεων της πρώτης φάσης απομάκρυνσης – εξατομίκευσης. Ο έφηβος είναι μπροστά σε ένα δίλημμα στο οποίο η ψυχολογική του εξέλιξη δεν επιτρέπει να δοθεί καμία λύση : η αναζήτηση της αυτοκτονίας τον εκθέτει σε ένα αβάσταχτο συναίσθημα εγκατάλειψης, που σημαίνει γι' αυτόν την αφάνιση και εξακολούθηση της εξάρτησης, αντιπροσωπεύεται από την συμβιωτική ένωση με την μητέρα και την καταστροφική επανασυγχώνευση. Ο έφηβος ανταποκρίνεται με επιθετικότητα σε αυτόν τον αναπόφευκτο κίνδυνο εκμηδένισης.

Η επιθετικότητα παρεμποδίζεται από τους κοινωνικούς δεσμούς προστασίας και συνεργασίας, παίρνοντας μέσα από αυτούς, Ιεροτελεστική μορφή, απελευθερώνεται όταν σπάσουν αυτές οι σχέσεις. Η ενεργοποίηση της επιθετικότητας είναι αποτέλεσμα της αποστέρησης που προκαλείται από την απώλεια ελέγχου του περιβάλλοντος. Η επιθετική αντίδραση αποτελεί μια απόπειρα αποκατάστασης της προηγούμενης κατάστασης ασφάλειας : ο θυμός έχει την έννοια μιας τιμωρού συμπεριφοράς, η οποία στοχεύει στο να ενθαρρύνει την προσέγγιση και να αποθαρρύνει μια μεταγενέστερη απομάκρυνση. Αλλά η επαναλαμβανόμενη χρήση θυμού, ξεπερνά το σκοπό αυτό και μπορεί να οδηγήσει στην απόρριψη του αντικειμένου από το περιβάλλον του, κινητοποιώντας μια νέα αύξηση της επιθετικότητας. (Oster, Montgomery, 1997).

3.4 Η ΣΥΜΒΟΛΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Συχνά ο σκοπός της αυτοκτονίας είναι περισσότερο η αλλαγή της ζωής παρά η διακοπή της. Η πάντα παρούσα τάση για ζωή η οποία υπάρχει μέσα στην αυτοκτονία του εφήβου εκφράζεται με τις απόπειρες επικοινωνίας και τις συμβολικές διαστάσεις που η αυτοκτονική απόπειρα εμπεριέχει.

Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει τη διάσταση μιας εξωλεκτικής επικοινωνίας, στο μέτρο που στοχεύει να τροποποιήσει τις στάσεις του άμεσου περιβάλλοντος. Έρχεται να αντικαταστήσει τη λεκτική επικοινωνία και αποκαλύπτει την αδυναμία εκφράσεως της, γιατί είναι ακατέργαστη, αδιαμόρφωτη ή απαγορευμένη. Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί αμυντική αντίδραση στην απώλεια του ελέγχου του περιβάλλοντος και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να μεταβληθεί η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Μεταφράζει την αποτυχία όλων των μέσων για να δράσει κανείς στο περιβάλλον και αποτελεί την ύστατη προσπάθεια επιρροής του μέσα από μια κίνηση η οποία κατευθύνεται στο σώμα. Η πράξη αυτοκτονίας μαρτυράει την τραγική αδυναμία του ατόμου απέναντι σε ένα περιβάλλον που το συνθλίβει. Οι τραυματισμοί οι οποίοι προσφέρονται σε κοινή θέα δεν μπορούν να διαφύγουν από ένα σύστημα επικοινωνίας το οποίο τους ενισχύει και που όταν παρεμβαίνει, πιθανά ευνοεί τις υποτροπές. Η ουλή των κομμένων φλεβών επιτρέπει την οριστική έκθεση μιας συμπεριφοράς η οποία βάζει σε κρίση το περιβάλλον. Η πράξη αυτοκτονίας «φορέας ενός μηνύματος απελπισίας και οργής» είναι μια επικοινωνία αμφιβουλησιακή.

Έχει την έννοια μιας «κλήσης σε βοήθεια και μιας μεγάλης απελπισμένης κραυγής για αγάπη» (κοιτάξτε πως είμαι για λύπηση και πως έχω ανάγκη να με αγαπήσουν και να με βοηθήσουν). Λειτουργώντας ως κλήση σε βοήθεια, δεν δηλώνει μόνο την οδύνη του ατόμου αλλά μέσα από αυτή ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. (Oster, Montgomery, 1997).

Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί επίσης μετάφραση της έχθρας η οποία υπάρχει στην πρόθεση να τιμωρηθούν αυτοί που φόνευσαν τον έφηβο ή που τον αγνόησαν : (κοιτάξτε που με φέρατε, πρέπει να πεθάνω για να με προσέξετε;). Έχει την αξία μιας συμπεριφοράς επίπληξης και τιμωρίας η οποία στοχεύει να προκαλέσει τύψεις και ενοχές στο περιβάλλον. Αυτή η σημασία διακρίνεται στις προαυτοκτονικές φαντασιώσεις με τις οποίες οι έφηβοι βιώνουν προκαταβολικά τον πόνο και τις τύψεις των γονέων ή των φίλων τους ή του αντικειμένου της χαμένης αγάπης. (Chabrol, 1987) Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές του εφήβου μπορούν να παραλληλισθούν με μνητικές ιεροτελεστίες οι οποίες σε κάποιες κοινωνίες σηματοδοτούν το πέρασμα του παιδιού στην ενηλικίωση. Ανάμεσα στις λειτουργίες τους είναι και η ρήξη των δεσμών προσκόλλησης με τη μητέρα. Αποτελούν μια εμπειρία μνητικού θανάτου η οποία ενδεχομένων συμβολίζεται από μια αναγέννηση που παρομοιάζεται με ανάσταση. Η πράξη αυτοκτονίας επιθυμεί να πραγματοποιήσει αυτή τη νίκη πάνω στο θάνατο. Ορισμένες φορές, η λειτουργία της ανάκλησης στη ζωή που υπάρχει στην πράξη αυτοκτονίας, εκφράζεται κατηγορηματικά ιδιαίτερα με την φλεβοτομή. Πραγματοποιούμενη σε κατάσταση έντασης και αποπροσωποποίησης η φλεβοτομή επιτρέπει την επιστροφή στην πραγματικότητα : «ματώνω άρα είμαι ζωντανός». (Sue, Sue, Sue, 1997)

Η μητική λειτουργία της πράξης της αυτοκτονίας, διαμορφώνεται καθαρά όταν αυτή αποτελεί γεγονός ομάδας το οποίο παίρνει αξία, από μια εφηβική ιδιόμορφη πολιτιστική αντίληψη. Η μετάδοση, μέσα στην ομάδα, παρατηρείται κυρίως στις διάφορες μορφές αυτοτραυματισμού. Ανακαλύπτουμε την επιθυμία του εφήβου να πραγματώσει μια αρνητική περιθωριακή ταυτότητα, η οποία μαρτυρά την αντίθεση του μέσα στην ομάδα με τους ενήλικες και την κοινωνία.

Δεν πρόκειται πια για προσπάθεια να διευκολυνθεί η προσέγγιση στην κατάσταση του ενήλικα αλλά για άρνηση αυτής της κατάστασης, ενισχύοντας την ταύτιση με την ομάδα.

Η ηρωοφανής διάσταση αναδεικνύεται μέσα από την προσκόλληση στο πεπρωμένο που κάνει ο έφηβος, εναποθέτοντας την επιβίωσή του στην τυχαία και μη προβλέψιμη εμφάνιση ενός σωτήρα ή στην άγνωστη τοξικότητα ενός φαρμάκου ή ακόμα παίζοντας τη ζωή του σε επικίνδυνες συμπεριφορές. Βρίσκουμε λοιπόν πάλι αυτή την αντιπαράθεση με μια εμπειρία θανάτου η οποία χαρακτηρίζει τις μητικές ιεροτελεστίες.

Αυτός που έχει περάσει μια τέτοια δοκιμασία, δεν φοβάται πλέον το θάνατο και «έχει την απόδειξη ότι δεν πια παιδί». Εκτεθειμένος σε τέτοιο κίνδυνο ο έφηβος αποδεικνύει την κυριότητά του πάνω στη ζωή και στο θάνατό του. Αντιστρέφοντας τελείως την προοπτική, αρνείται την αδυναμία του σε σχέση με το περιβάλλον που τον εξουσιάζει και φτάνει σε μεγαλομανιακές αυταπάτες. Σύμφωνα με τη μαγική σκέψη, το να επιβιώνει κανείς αφού περάσει κίνδυνο, σημαίνει ότι κέρδισε μια θετική κρίση του Θεού και ότι θα πραγματοποιηθούν οι φαντασιώσεις του με το πρωτογενές αντικείμενο και οι φαντασιώσεις ναρκισσιστικής ένωσης με το επανευρεθέν κηδεμονικό Υπερεγώ. Η απόπειρα

αυτοκτονίας έχει την αξία ενός εξαγνισμού αλλά και μια εξιλαστήριας θυσίας η οποία διασφαλίζει προστασία για το μέλλον. Προλαμβάνει την τιμωρία και επιτρέπει τη έναρξη απαγορευμένων δραστηριοτήτων. (Chabrol, 1987).

Η πράξη της αυτοκτονίας είναι η τελευταία έκφραση θύμου και ματαίωση. Όταν η αίσθηση των εφήβων είναι ότι τα συνηθισμένα κανάλια επικοινωνίας τους εμποδίζονται και είναι ατελέσφορα, αρχίζουν να αισθάνονται απελπισμένοι και να νιώθουν πανικό. Συχνά οι γονείς περνούν μια εξαιρετικά δύσκολη περίοδο δεχόμενοι τα αρνητικά συναισθήματα των εφήβων και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξήσει τα δυσάρεστα συναισθήματα της απογοήτευσης και της απομόνωσης που νιώθουν οι νέοι. Η απόπειρα αυτοκτονίας θεωρείται ως προσπάθεια να πέσουν τα τοίχοι που εμποδίζουν την επικοινωνία. (Oster, Montgomery, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Η βάση για μια ομαλή εφηβεία, ώστε να αποφύγει ο έφηβος τις ψυχικές εντάσεις και τα αρνητικά συναισθήματα που είναι δυνατόν να τον εξωθήσουν ως και στην αυτοκτονία, και ο θεμέλιος λίθος για να μπορέσει να αναπτύξει μια ομαλή και υγιή ψυχική ζωή και αισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή είναι η οικογένεια με τη σωστή συμπεριφορά της προς αυτόν κατά την παιδική και εφηβική του ηλικία.

Οι γονείς θα πρέπει να ξέρουν ότι σε κάθε οικογένεια υπάρχει μια οικογενειακή ψυχή και μια συναισθηματική ζωή, που μεταβιβάζονται ασυναίσθητα από τη μια γενιά στην άλλη (από τους γονείς στα παιδιά). Γι' αυτό υπάρχει η άποψη ότι για να «θεραπεύσουμε» με επιτυχία έναν προβληματικό έφηβο, επιβάλλεται να «θεραπεύσουμε» πρώτα την οικογένειά του, γιατί συχνά το σύμπτωμα του εφήβου είναι ένδειξη οικογενειακής «πάθησης». Και αν δεν προηγηθεί «θεραπεία» της οικογένειας, αυτή ασυνείδητα θα σαμποτάρει τη «θεραπεία» του εφήβου της. (Ανταρτάκης, 1995). εύκολα να μετρηθεί με ένα θερμόμετρο αλλά ο κίνδυνος για αυτοκτονία δύσκολα αξιολογείται. Κανένα μη νοθεύσιμο όργανο δεν υπάρχει για να προσδιορίσει ποιος είναι ιδιαίτερα αυτοκαταστροφικός και ποιος δεν είναι. Δεν υπάρχει κανένα σχεδιάγραμμα ή πίνακας ελέγχου που χαρακτηρίζουν οριστικά ένα αυτοκαταστροφικό άτομο. Η αυτοκτονία, όπως η περισσότερη ανθρώπινη συμπεριφορά είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Εντούτοις τα περισσότερα άτομα με τάσεις

αυτοκτονίας μεταβιβάζουν τις προθέσεις τους σε κάποια άτομα στο κοινωνικό δίκτυό τους. Μερικές φορές τα μηνύματα αυτά είναι προφανή. Σε πολλές περιπτώσεις όμως είναι λεπτότερα και μεταμφιεσμένα.

Οι εμπειρογνώμονες δεν μπορούν να πουν με ακρίβεια αν ένα πρόσωπο θα διαπράξει ή όχι αυτοκτονία. Ακόμα υπάρχουν διάφορα σήματα κινδύνου, ιδιαίτερα όταν φαίνονται σε συνδυασμό, τα οποία απαιτούν την άμεση ανησυχία και προσοχή. Οι γονείς των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας πρέπει να ενημερωμένοι και προσεκτικοί παρατηρητές. Η καλύτερη υπεράσπιση ενάντια στην αυτοκτονία είναι η συνειδητοποίηση και η γνώση. (Oster, Montgomery, 1997).

Η πρόληψη και συνεπώς η θεραπεία για τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας διακρίνεται σε τρία στάδια:

A) την πρωτογενή πρόληψη η οποία αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας. Το πρώτο στάδιο συνίσταται στην αναγνώριση της προαυτοκτονικής φάσης, η οποία συνοδεύεται από αλλαγές στην συμπεριφορά του εφήβου και στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ουσιαστικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού και των εκπαιδευτικών στην εντόπιση των προαυτοκτονικών σταδίων. Κλασικά σε αυτή τη φάση ο έφηβος εκδηλώνει κατάθλιψη ή δηλωτικά σημεία που συνοδεύονται από μια γενική διαβάθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς και από μια τροποποίηση της προσωπικότητας. Η ευερεθιστότητα, η υπερευαισθησία, η σεξουαλική αγωνία είναι συμπτώματα που συχνότερα αναφέρονται μαζί με τις διαταραχές συμπεριφοράς (φυγή, κατάχρηση ναρκωτικών, τάσεις για ατυχήματα, αυτοκτονικές διαπραρτήσεις) με ότι όλα αυτά τα σημεία έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη. Βασικά λοιπόν πρόκειται να

ανακαλύψουμε κατάθλιψη στον έφηβο. Αφού αναγνωριστούν αυτά τα σημεία κινδύνου, πρέπει να οργανωθεί μια 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 της 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 για αυτοκτονία. Καθησυχάζει τον έφηβο δείχνοντας του ότι ο γιατρός αποδέχεται την ανακοίνωση των ιδεών αυτοκτονίας. Αφού το υποκείμενο αναγνωρίσει ότι φέρει ιδέες θανάτου πρέπει να αξιολογηθούν οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διευκολύνουν την υλοποίηση τους μέσα από μια πράξη αυτοκτονίας.

Η δυσκολία ή η αδυναμία του εφήβου να μεταδώσει τα συναισθήματά του στα πρόσωπα που υπολογίζει ευνοούν την αυτοκτονία. Στη συνέχεια πρέπει να διερευνηθεί η 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 η κοινωνική έρευνα αποδεικνύονται συχνά απαραίτητες. Με λίγα λόγια, το σημαντικό είναι να εκτιμήσουμε τις διαθέσιμες οικογενειακές και κοινωνικές παροχές στον έφηβο και τη δυνατότητα του να τις χρησιμοποιήσει. (Chabrol, 1987).

Η απομόνωση, είτε είναι συνέπεια της αποβολής από το περιβάλλον είτε της ανικανότητας για επικοινωνία, ευνοεί την πρόκληση της αυτοκτονίας. Ωστόσο γίνεται συχνά λάθος στην κλινική πρόβλεψη του κινδύνου αυτοκτονίας και συχνά είναι απρόβλεπτη η συμπεριφορά αυτοκτονίας.

Παρά τη βελτίωση των κλιμάκων, οι οποίες με βάση κλινικά κριτήρια εκτιμούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, και τη βελτίωση των ψυχολογικών τεχνικών που την προβλέπουν πρέπει να γίνει άμεση επέμβαση κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης που απειλεί με απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτή η κρίση εμφανίζεται συχνά σαν απάντηση της συμμαχίας του «μέσα» και του «έξω» κατά την οποία η στάση του περιβάλλοντος βρίσκει απήχηση, με τις εχθρικές φαντασιώσεις του εφήβου, οι οποίες σε αυτή την περίπτωση μπλέκονται με την πραγματικότητα. (Sue, Sue, Sue, 1997). Τη δευτερογενή πρόληψη – παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που παίρνονται μετά την απόπειρα αυτοκτονίας. Η ανάγκη νοσηλείας στο νοσοκομείο επιτρέπει την απομάκρυνση του εφήβου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε την συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σταθεροποιεί και διευκολύνει την αξιολόγηση και προετοιμασία ενός θεραπευτικού σχεδίου. Αλλά η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει και αρνητικά σημεία. Κατηγορείται ότι εισάγει βλαβερές παλινδρομήσεις, αυξάνει την κοινωνική απροσαρμοσσία και επικυρώνει τον παθολογικό χαρακτηρισμό. Ο έφηβος μπορεί να προσκολληθεί σε αυτό το προστατευτικό περιβάλλον, να αρνηθεί να το εγκαταλείψει και να εκδηλώσει τάσεις αυτοκτονίας αν του επιβληθεί η λύση του δεσμού με αυτό το περιβάλλον.

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αποτελεί απόλυτη ένδειξη σε περιπτώσεις υποτροπής που ο κίνδυνος 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. (Chabrol, 1987).

Συχνά η περίοδος η οποία διαδέχεται την απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια γόνιμη στιγμή για παρέμβαση. Η προσέγγιση πρέπει να είναι αμερόληπτη και καλό είναι να εξετασθεί πρώτος και μόνος ο έφηβος. Είναι προτιμότερο να αποφύγουμε να συναντήσουμε την οικογένεια πριν τον έφηβο, γιατί η οικογένεια μπορεί να εισάγει αρνητικά κύματα 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 σέβεται και δεν παραβιάζει τον ψυχικό κόσμο του εφήβου, μεταδίδοντας του ένα συναίσθημα κατανόησης και ενδιαφέροντος.

Αν ο έφηβος είναι καταθλιπτικός, αρνείται παθητικά ή ενεργητικά την επαφή, σε συνδυασμό με μια βαριά πράξη αυτοκτονίας ή με αδιάφορη και εχθρική στάση της οικογένειας είναι καλό να παραταθεί η νοσηλεία του εφήβου. Μετά την έξοδό του η συνέχεια της παρακολούθησης του πρέπει να υπάρχει με συναισθηματική επένδυση της σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου. Η οικογένεια αντικειμενικής αντίληψης για την οικογενειακή κατάσταση κατά το στάδιο της θεραπείας του με τις κατάλληλες παρεμβάσεις παίζει ουσιαστικό ρόλο η γνώση της ιστορίας της οικογένειας, της παιδικής και εφηβικής ηλικίας των γονιών του εφήβου, της συνάντησης και της εξέλιξής τους ως ζευγαριού και της γέννησης και της ανατροφής των παιδιών τους από αυτούς. Και στη γνώση της οικογενειακής τους κατάστασης

συντελεί η ενημέρωση: α) για τους τρόπους επικοινωνίας στην οικογένεια, β) για τον τρόπο επίλυσης των προβλημάτων της, γ) για τα μέσα ελέγχου της προς τα παιδιά (προτροπές, τιμωρίες) και δ) για τη νοητικότητα και την αντιληπτικότητα της. (Αναστασιάδης, 1995).

Γ)Την τριτογενή πρόληψη η οποία αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για αποφυγή υποτροπών και επανάληψη των πράξεων. Από μια ανασκόπηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μέτρων που έχουν ληφθεί στις απόπειρες αυτοκτονίας προκύπτει ότι:

A) Τα κέντρα πρόληψης αυτοκτονίας (όπως οι γραμμές S.O.S.) δεν επιδρούν στην περίπτωση της αυτοκτονίας.

B) Οι ασθενείς που συμμορφώνονται με θεραπευτικά προγράμματα έχουν χαμηλότερα ποσοστά επανάληψης χωρίς ίσως αυτό να σχετίζεται με τη θεραπεία.

Γ) Η εντατική παρέμβαση κατ' οίκον μετά από νοσηλεία σε μονάδα ειδική για αποπειραθέντες δεν ήταν αποτελεσματικότερη για την πρόληψη επανάληψης από τη συνήθη παρακολούθηση,

Δ) Ένα πρόγραμμα επαφής των αποπειραθέντων από θεραπευτική ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων ήταν εν μέρει αποτελεσματικό.

E) Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της βελτίωσης των συμπτωμάτων και των κοινωνικών συνθηκών από τη μια και του ποσοστού επανάληψης από την άλλη.

Η αποτελεσματικότητα όμως των διαφόρων παρεμβάσεων στην πρόληψη της αυτοκτονίας συνεχίζει να αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης. Αυτό πάντως δεν αντιφάσκει με την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα της παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο. Θεωρείται δε αναγκαία η εκπαίδευση του νοσηλευτικού

προσωπικού και γενικά όσων έρχονται σε επαφή με νεαρά άτομα π.χ. εκπαιδευτικό σύστημα, αγωγή υγείας του πληθυσμού. Σημαντική δε είναι η παρέμβαση στην οικογένεια, στην βελτίωση των ικανοτήτων ανατροφής των παιδιών και στην προώθηση της καλύτερης επικοινωνίας. (Παππάς, 1998).

4.2 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ.

Για την φαρμακευτική θεραπεία του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας εκτός από τα αγχολυτικά φάρμακα για το άγχος και τα νευροληπτικά για τη σχιζοφρένεια απαιτούνται κυρίως αντικαταθλιπτικά. Η σταθερή παρουσία της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ευρεία χορήγησή τους, η οποία ωστόσο περιορίζεται από τον κίνδυνο μιας ηθελημένης σοβαρής δηλητηρίασεως. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα σε ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα. (Αναστασιάδης, 1995).

Πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία είναι πολύ σημαντική στη θεραπευτική αγωγή του εφήβου. Η εδραίωση μιας θετικής σχέσης επιβάλλεται ως προκαταρκτική αρχή για κάθε ψυχολογική αγωγή. Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητα του, από την κατανόησή του και το ενεργό ενδιαφέρον που δείχνει. Αλλά η ψυχική σύγκρουση με την οποία βιώνει ο έφηβος την εξάρτηση αντιτίθεται στη δέσμευσή του μέσα στη σχέση.

Συχνά ο έφηβος διχάζεται ανάμεσα στις δύο αντίθετες ανάγκες του, εξάρτησης και ανεξαρτησίας: ο φόβος μήπως εγκαταλειφθεί, αν δεθεί, και η απειλή που ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει για την ανεξαρτησία του, εξηγούν τους δισταγμούς του να εμπλακεί στη σχέση. Μια θεραπευτική συνθήκη, που έγινε αμοιβαία αποδεκτή και π[ου καθορίζει κατά προσέγγιση τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον αριθμό των συναντήσεων, μπορεί να δώσει στον έφηβο τη διαβεβαίωση ότι ο θεραπευτής τον στηρίζει και σέβεται την

αυτονομία του. Το δικαίωμα του εφήβου να διακόψει τη θεραπεία καλό θα είναι να αναφερθεί.

Είναι απαραίτητο να καθοριστούν 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 ο ίδιος την ανοχή του στις τεχνικές αυτές. Αυτά τα προκαταρκτικά στάδια είναι ουσιαστικά: προλαμβάνουν πρώιμες ρήξεις, συμμετέχουν στην ανασκευή της εκτίμησης που τρέφει ο έφηβος για τον εαυτό του και στην αύξηση του αισθήματος της υπευθυνότητας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας είναι η θεληματική συμμετοχή του εφήβου σε μια θεραπεία που θεωρεί χρήσιμη. (Chabrol, 1987).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις διακρίνονται κυρίως σε συμπεριφοριστικές και αναλυτικές ψυχοθεραπείες. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση διαθέτει αιτιολογικές θεραπείες, ανεξάρτητα από το αν η αυτοκτονία γίνεται αντιληπτή σφαιρικά σαν «έλλειμμα της κοινωνικής συνάφειας» ή σαν συνέπεια πολλαπλών ψυχοπαθολογικών παρεκκλίσεων (αγωνία, παρορμητικότητα, κατάθλιψη, ανεπάρκεια των μηχανισμών ελέγχου). Η άσκηση στην επικοινωνία είναι σίγουρα η μέθοδος που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. Αναπτύσσει συμπεριφορές που ευνοούν την κοινωνικότητα, ελαττώνει την αγωνία που συνδέεται με καταστάσεις αλληλεπίδρασης, αποπροσανατολίζει και τροποποιεί την επιθετικότητα και μετριάζει την παρορμητικότητα.

Η εκπαίδευση στην επίλυση των προβλημάτων (problem solving therapy) έρχεται να καλύψει μια συνεχή ανεπάρκεια των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η συνήθης τεχνική λειτουργεί σε πέντε στάδια: καθορισμός του προβλήματος,

απαρίθμηση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, αποφάσεις και σχέδιο δράσης. Το θέμα είναι να βοηθήσουμε τον έφηβο να αποκτήσει μια στρατηγική, που να του επιτρέπει να εντοπίζει με ακρίβεια τις δυσλειτουργικές του σκέψεις και να τις αντικαθιστά με καίριους συλλογισμούς και όχι να του επιβάλλουμε αυτό που θα έπρεπε να σκεφθεί. (Sue, Sue, Sue, 1997).

Στις αναλυτικές ψυχοθεραπείες η προσωπικότητα του θεραπευτή αποτελεί το βασικό όργανο αγωγής. Ο θεραπευτής γρήγορα θα έλθει αντιμέτωπος, τόσο με θετικές όσο και με αρνητικές έντονες μεταβιβαστικές αντιδράσεις των οποίων θα πρέπει αμέσως να προβλέψει τις ολέθριες συνέπειες και να οργανώσει την τεχνική ώστε να τις ελέγξει.

Η πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, εκτός από πρόσβαση στις εξωλεκτικές επικοινωνίες, δομεί τη θεραπευτική συνθήκη επιτρέποντας τον περιορισμό των αισθηματικών μετακινήσεων και ευνοώντας την έκφρασή τους, ιδιαίτερα όταν ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιεί και κοινωνικές ενθαρρύνσεις για την ανάπτυξη της επικοινωνίας. Είναι επίσης αποδεκτό να υπάρχει ευκαμψία σχετικά με τις βασικές αρχές της ψυχοθεραπείας και ο έφηβος να παροτρύνεται να μιλά όσο πιο ελεύθερα μπορεί γι' αυτό που τον απασχολεί ή για ότι του έρχεται στο μυαλό κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Πρέπει να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι και να θιγεί το πρόβλημα της διάρκειας της θεραπείας.

Η μεταβίβαση θα χαρακτηρίζεται πάντοτε από την αμφιβουλισία και μια πραγματική θεραπευτική συμμαχία δεν θα μπορούσε να εδραιωθεί παρά μόνο μέσα από την ανάλυση της αρνητικής μεταβίβασης. Αυτή η στρατηγική της εισαγωγικής φάσης της θεραπείας επιτρέπει την ευνοϊκή έναρξή της. Τα επόμενα στάδια επικεντρώνονται στην επεξεργασία των συγκρούσεων που

προέρχονται από την εξάρτηση και στην ανάλυση της προβληματικής του αποχωρισμού. (Chabrol, 1987).

Η παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον και στις συνθήκες ζωής του εφήβου είναι πάντοτε απαραίτητη. Στην αρχική φάση είναι ουσιαστικό να ενθαρρυνθούν οι προσπάθειες έκφρασης για κατανόηση και επικοινωνία των συναισθημάτων ενδιαφέροντος, φροντίδας και υποστήριξης που τρέφει η οικογένεια για τον έφηβο. Όσο περισσότερο θετική είναι η επίδραση της οικογένειας, τόσο μικρότερος ο κίνδυνος υποτροπής. Οι γονείς πρέπει να βοηθηθούν προκειμένου να αντιληφθούν τα κίνητρα της πράξης αυτοκτονίας.

Ορισμένες φορές η συνειδητοποίηση είναι αυθόρμητη και εμφανίζεται με ενοχή και άλλοτε οι γονείς προβάλλουν κάθε ευθύνη στο εξωτερικό περιβάλλον, γι' αυτό και πρέπει να στηριχθούν προκειμένου να υπάρχει θετική συνεργασία. Αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο είναι να μπορεί ο έφηβος να εκφραστεί ανοικτά και να μοιραστεί με την οικογένεια του το εξωλεκτικό μήνυμα της αυτοκτονίας, αποφεύγοντας κάθε εχθρική αντίδραση. Η αντιμετώπιση αυτή παίζουν πολύ σπουδαίο ρόλο οι ενθαρρυντικές δραστηριότητες και η βελτίωση επικοινωνίας με τον έφηβο για την επίλυση των προβλημάτων του. Είναι μάταιο να επιχειρήσει κανείς να σχεδιάσει μια οριστική στρατηγική αγωγής, γιατί αυτή είναι ανάγκη να προσαρμόζεται ανάλογα με την αντίδραση του ίδιου του εφήβου και της οικογένειάς του. Πάντως έρευνες αποδεικνύουν ότι ύστερα από θεραπεία έχουμε υποτροπή της απόπειρας 25% στα αγόρια και 30% στα κορίτσια. Επίσης εμφανίζονται και πάλι έλλειψη κοινωνικής συμπεριφοράς, κατάθλιψη και αντικοινωνική συμπεριφορά.

Μόνο η τροποποίηση του περιβάλλοντος αποδεικνύεται αποτελεσματική και προπάντων μια δραστήρια και παρατεταμένη θεραπεία στα άτομα αυτά και στο περιβάλλον τους. Ακόμη στους εφήβους αυτούς εμφανίζονται αργότερα συχνός αλκοολισμός, διαζύγιο, απαλλαγή από τη στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας ανικανότητας, δικαστικές καταδίκες, αποχές από την εργασία για σωματική ή ψυχική νόσο και απόκτηση αναπηρικής σύνταξης. Και στην αποσόβηση αυτών των εκδηλώσεων και της τάσης για αυτοκτονία απαιτείται ένα κοινωνικό περιβάλλον που να αποδέχεται τον έφηβο, να τον σέβεται, να τον εκτιμά, να τον αγαπά, να του συμπαραστέκεται στις δυσκολίες του. (Αναστασιάδης, 1995).

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.

Η κοινωνική εργασία σήμερα ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολα ατόμων.

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο για την εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας, αφού βασικός της στόχος είναι η προαγωγή της υγιούς έκφρασης ατόμων ή ομάδων. Έτσι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αποκτά σημασία και στα τρία είδη περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια). Μέσα από ένα δίκτυο συνδυασμένων παρεμβάσεων, συμπληρώνει το θεραπευτικό έργο και συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της θεραπευτικής ομάδας.

Σε περιπτώσεις εισαγωγής «ασθενούς» σε νοσοκομείο ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία παρακολούθησής του και συνοδεύει εκείνον και την οικογένειά του σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου επικεντρώνονται:

A) Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξης του ίδιου του ατόμου.

B) Στην ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη της οικογένειάς του.

Γ) Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Έτσι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού υπηρετείται από μια σειρά ενεργειών που είναι:

- Η λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού, με τη συνακόλουθη εκτίμηση των κοινωνικών, οικογενειακών και πολιτισμικών παραμέτρων που συνεργούν στην έναρξη του προβλήματος και παρεισφύρουν στην πορεία
- Ήυ.επικέντρωση των προβλημάτων αυτών και η υποστηρικτική παρέμβαση, με έμφαση στην προτροπή του ατόμου να δεχθεί βοήθεια και να συνεργαστεί.
- Η επικέντρωση στην άμεση αντιμετώπιση σοβαρών και συχνά απειλητικών καταστάσεων, που εγκλωβίζουν την «οικογένεια σε κρίση» και παρεμποδίζουν τις υγιείς λειτουργίες της.
- Η ευαισθητοποίηση του ατόμου και της οικογένειάς του στην αποδοχή και κατανόηση της φύσης του προβλήματος του και στην ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που θα διευκολύνουν τη
- Διαχείριση και υποστήριξη της οικογένειας, προκειμένου να βοηθηθεί να επιλύσει επείγοντα πρακτικά ζητήματα. (Λυμπεροπούλου – Ντόντου, 1999).

Ο κοινωνικός λειτουργός μελετά όλη την κατάσταση ως ένα ζωντανό ανθρώπινο γεγονός με συναισθηματικές, πνευματικές, οργανικές και κοινωνικές προεκτάσεις και αλληλεπιδράσεις. Βασικός σκοπός είναι η ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων στα πλαίσια της σχέσης ή της επαφής και η άμβλυση της έντασης που προκαλεί η ανησυχία και η αβεβαιότητα, μαζί πάντα με στοιχεία απογοήτευσης και έλλειψης αυτοεκτίμησης, εφόσον το άτομο κρίνει τον εαυτό του ανεπαρκή στην αντιμετώπιση της ζωής του. Έτσι επιστρατεύονται από τον κοινωνικό λειτουργό οι πιο

υγιείς και κινητοποιημένες πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Ο όρος «θεραπεία» παρά τις εννοιολογικές ίσως διαφορές που παρουσιάζει, σημαίνει κυρίως καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και προσαρμοστικότητα με απώτερο σκοπό:

A) την ατομική ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ένταξη

B) την επίλυση των ατομικών προβλημάτων με ταυτόχρονη όμως συνεργασία με μέλη της οικογένειας που είναι απαραίτητο να εμπλακούν και για τα ίδια και εξαιτίας της σχέσεώς τους με το άτομο.

Οι θεραπευτικοί στόχοι επομένως αποβλέπουν στην υποστήριξη των προσαρμοστικών ικανοτήτων του ατόμου που ήδη υπάρχουν και την περαιτέρω ενίσχυσή τους. Αναφέρονται ακόμη σε άτομα που το αδύνατο «εγώ» τους δεν δίνει την ικανότητα αυτοελέγχου, ετοιμότητας για ευρύτερη αγωγή ή σε άτομα που λόγω ταραχής που δημιούργησε κάποια οξεία κρίση δεν μπορούν να την αντιμετωπίσουν με τις δικές τους δυνάμεις.

Ο όρος «θεραπευτική» που προσδίδει αρρώστια ανήκει στον τομέα της ψυχιατρικής. Καθώς όμως η ιατρική πλαταίνει και περιλαμβάνει ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς η δυσπροσαρμογή επεκτείνεται και στη σφαίρα των κοινωνικών επιστημών για να εξασφαλίσει περισσότερες και διαφορετικές γνώσεις και δεξιότητες, καθώς ψυχοδυναμικά στοιχεία αφομοιώνονται, η ψυχοθεραπεία ξεφεύγει από τα όρια ενός επισημοποιημένου κλάδου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αντίθετα από τους ψυχιάτρους συνδέουν ψυχολογικές συγκρούσεις με εξωτερικούς παράγοντες, την πραγματικότητα που βιώνει το άτομο, τις σχέσεις του με τον εαυτό του και με τους άλλους, το άμεσο και το έμμεσο περιβάλλον του. Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν τη

θεραπευτική συνέντευξη όχι τόσο για εκφόρτιση όσο για υποστήριξη, ενημέρωση και διασαφήνιση με σκοπό την ενίσχυση του «εγώ».

Ο κοινωνικός λειτουργός πλησιάζει το πρόβλημα ενδοψυχικής σύγκρουσης όπως αυτό εμφανίζεται στην κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στους αντικειμενικούς παράγοντες του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Με αυτή την προοπτική καθορίζει το πρόβλημα και συνδέει συνεχώς τη θεραπεία με την πραγματικότητα και την εμπειρία ζωής του ατόμου. Στη θεραπεία ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί όσο το δυνατόν περισσότερο τις θετικές δυνάμεις της προσωπικότητας του ατόμου και του περιβάλλοντος αλλά η θεραπεία βασίζεται σημαντικά στην ικανότητα του ίδιου του κοινωνικού λειτουργού να δεχθεί την αρνητική πλευρά του που συχνά υπάρχει, κάτι που οδηγεί στη μεγαλύτερη παραδοχή του ατόμου. Ο θεραπευτικός στόχος είναι πάντοτε διπλός: να αμβλύνει τις πιέσεις του περιβάλλοντος και να ενισχύσει το άτομο να δεχθεί τις πιέσεις. Προϋπόθεση για τον κοινωνικό λειτουργό αποτελεί ακόμη η κατανόηση της δομής της προσωπικότητας από την εμπειρία ζωής του ατόμου. Με άλλα λόγια στη θεραπευτική είναι απαραίτητο να αποκτήσει ο κοινωνικός λειτουργός δυναμική διάγνωση και εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου και να κατανοήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες. (Παπαιωάννου, 1998).

4.4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ.

Η αυτοκτονία ενός «ασθενή» έχει βαθιά επίδραση στο θεράποντα και η ψυχοθεραπεία με έναν αυτοκαταστροφικό ασθενή είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Η ενοχή πέρα από την αποτυχία κάποιου να αναγνωρίσει τα σημάδια προειδοποίησης, ο φόβος της ανικανότητας ή της ανευθυνότητας, η ντροπή ότι έχει αποτύχει και ο φόβος κατηγορίας από τους συγγενείς του ασθενούς και από τους συναδέλφους του είναι συναισθήματα που έρχονται στην επιφάνεια και που μπορεί να οδηγήσουν στην απομόνωση ενός επαγγελματία από τις ίδιες πηγές υποστήριξης που είναι απαραίτητες προκειμένου να λυθεί το πρόβλημα.

Η παροχή φροντίδας και η θεραπεία σε έναν ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας είναι τρομερή ευθύνη. Απαιτεί τον υψηλότερο βαθμό γνώσης, συμπάρστασης, ευαισθησίας και ενέργειας. Εκείνοι που δέχονται αυτή την εμπειρία πρόκλησης, κατά περιόδους αποκτούν τα αισθήματα της ευπάθειας, της απελπισίας, της ανικανότητας και της κατάθλιψης μεταξύ άλλων.

Παγκοσμίως αναγνωρίζεται ότι ο χειρισμός των πελατών με τάσεις αυτοκτονίας είναι ένας από τους σημαντικότερους εάν όχι ο δυσκολότερος θεραπευτικός χειρισμός. Ενώ δεν υπάρχει καμία μέθοδος που να προσφέρεται στους θεραπευτές για να αντιμετωπίσουν τους πελάτες με τάσεις αυτοκτονίας, μια συγκεκριμένη προσέγγιση μπορεί να επισημανθεί στην επαγγελματική βιβλιογραφία που είναι κορεσμένη από τις πρακτικές οδηγίες για την αξιολόγηση της φονικότητας της πράξης, του αυτοκτονικό ιδεασμού, των παραγόντων κινδύνου και με στρατηγικές μεταχείρισης αυτοκαταστροφικών ατόμων. Δεν

υπάρχει, εντούτοις, κανένα κοινό βοήθημα για τους θεραπευτές που ασχολούνται με ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας και πώς να αντιμετωπίσουν τις επιδράσεις της αυτοκτονίας στον εαυτό τους.

Η αυτοκτονία ενός πελάτη είναι ένα βαθύ τραύμα για οποιοδήποτε θεράποντα. Η έρευνα για την αυτοκτονία ενός ασθενή περιγράφει την αρχική αντίδραση του προσωπικού ως κλονισμού που ακολουθείται από την αφηρημάδα, τη δυσπιστία, τον αποπροσανατολισμό ακόμα και από άρνηση. Όταν το σοκ περάσει, η ενοχή για την παραμέληση του πελάτη, ενοχή πέρα από την αποτυχία να αντιληφθεί την ένταση του κινδύνου, ντροπή ότι έχει αποτύχει, περιφρόνηση, συναισθήματα αποστροφής και απομόνωση, είναι μερικά από τα συναισθήματα που εμφανίζονται. Στο μυαλό του θεραπευτή η αυτοκτονία του πελάτη είναι η απόδειξη της ανικανότητάς του ή της ανευθυνότητάς του.

Η ψυχοθεραπεία με έναν έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Ο ένας στους δέκα πελάτες που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας θα πεθάνει και εκείνοι που αυτοκτονούν έχουν απειλήσει προηγουμένως ή έχουν κάνει απόπειρα. Οι έμμεσες πράξεις όπως τα ατυχήματα ή οι πελάτες που σταματούν τα φάρμακα, δεν εμφανίζονται στις στατιστικές, αλλά ένας μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών είναι έμμεσες ή υποσυνείδητες. Ακόμα και με τις αντικειμενικές μετρήσεις που στοχεύουν στον αυτοκτονικό ιδεασμό και την πρόθεση δεν υπάρχει κανένα εργαλείο διαθέσιμο που να είναι μη νοθεύσιμο και με απόλυτη πρόγνωση για την αυτοκτονία. Οι πελάτες που απειλούν ή κάνουν αυτοκαταστροφικές χειρονομίες δεν έχουν καμία επιθυμία να πεθάνουν αλλά θέλουν να στρέψουν την προσοχή στο πρόβλημά τους. Όταν οι πελάτες στρέφονται σε αυτοκτονικές λύσεις οι θεραπευτές έχουν έντονες αντιδράσεις αντιμεταβίβασης. Συχνά αναφέρονται αισθήματα

ευθύνης, φόβου ή ανικανότητας και ανησυχίας πώς θα τους αντιμετωπίσουν οι συνάδελφοί τους.

Οι πελάτες με τάσεις αυτοκτονίας καταδεικνύουν μεγάλη ικανότητα να διαμορφώσουν μια άποψη σύμφωνα με την οποία πιστεύουν ότι ο θεραπευτής θα γίνει υπεύθυνος γι' αυτούς. Αναγνωρίζεται δε η ανάγκη του θεράποντα να έχει την αναγνώριση από τον πελάτη στην αρχή της συνεργασίας, ότι είναι υπεύθυνος για τη συμπεριφορά του και μιας συμφωνίας ότι όταν ο πελάτης δεν θα μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του θα του το γνωστοποιήσει και θα πάει για βοήθεια.

Παρά τη θεωρητική γνώση οι θεράποντες είναι επιρρεπείς να προστατεύουν ή να προσπαθούν να σώσουν το χρόνια αυτοκαταστροφικό πελάτη συχνά με κόστος την αίσθηση της ευθύνης του πελάτη. Η συναισθηματική ζωή του πελάτη με τάσεις αυτοκτονίας είναι οργανωμένη γύρω από μια αμφίθυμη επιθυμία να υπάρξει ανάληψη της ευθύνης μέσω των συμβουλών και της λήψης αποφάσεων από ένα άλλο πρόσωπο.

Οι αυτοκτονικοί πελάτες συχνά παράγουν στους θεραπευτές φαντασιωτικές τιμωρίες, τις οποίες υπερασπίζονται ενάντια στην πλήξη ή στην απροσεξία ή στρέφονται ενάντια των εαυτών τους με συναισθήματα απελπισίας. Το αυξανόμενο ενδιαφέρον, ο περιορισμός, η ενόχληση, η αποφυγή και η παθητικότητα έχουν συζητηθεί ως αντιδράσεις των θεραπόντων σε έναν πελάτη με τάσεις αυτοκτονίας.

Οι θεράποντες που εργάζονται με αυτοκαταστροφικά άτομα είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν: 1) την συναισθηματική εξουθένωση ως αποτέλεσμα των έντονων συναλλαγών 2) μια βαθιά αίσθηση ανικανότητας να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους πελάτες 3) κυνισμό από την έλλειψη αισθητικής προόδου και 4)

απομόνωση που συνοδεύει την απουσία κοινωνικής υποστήριξης. Ένας κύκλος εμφανίζεται όπου αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν ο ένας μετά τον άλλο για να κατακρημνίσουν τον κίνδυνο της απομόνωσης. Αυτές οι αντιδράσεις στη συνέχεια επιδεινώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που παράγουν αρχικά.

Οι θεραπευτές δεν είναι άνοσοι στις επίπονες εικόνες, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που παρουσιάζονται από τους πελάτες. Τα ενοχλητικά συναισθήματα της ευπάθειας, της ματαίωσης και της απελπισίας μπορούν να έχουν βαθιά ψυχολογικά αποτελέσματα, τα οποία να είναι αποδιοργανωτικά και επίπονα για τον θεράποντα τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Οι θεραπευτές δεν είναι ικανοί να εργαστούν μέσω της δικής τους αντίδρασης με τους πελάτες και γίνονται οι ίδιοι θύματα. Επτά θεμελιώδεις ψυχολογικές ανάγκες τίθενται σε κίνδυνο δουλεύοντας με τέτοιους πελάτες: η εξάρτηση, η εμπιστοσύνη, η δύναμη, η εκτίμηση, η οικειότητα, η ανεξαρτησία και η αυτονομία επηρεάζονται. Πραγματικά, επηρεάζονται. ότι η μοναδική αντίδραση του θεραπευτή επηρεάζεται από την κεντρικότητα αυτών των σχημάτων. Για παράδειγμα, μπορεί να βιώσουν μια εξαιρετική αίσθηση της ευπάθειας και μιας ενισχυμένης συνειδητοποίηση του εύθραυστου της ζωής ή να αισθανθούν τα συναισθήματα της ανικανότητας, της κατάθλιψης και της απελπισίας.

Ο Schneidman προτείνει επτά συστατικά στους θεραπευτές όταν αντιμετωπίζουν διλήμματα σχετικά με πελάτες με τάσεις αυτοκτονίας προκειμένου να βοηθήσουν τον εαυτό τους.

- 1) Οι αντιξοότητες στην επαγγελματική ζωή, οι πιέσεις, οι αποτυχίες, οι απορρίψεις και οι ψυχολογικές προσβολές είναι παρών λόγω της επαγγελματικής ύπαρξης. Οι αντιξοότητες στην προσωπική ζωή, οι πιέσεις, οι

αποτυχίες, οι απορρίψεις και οι προσβολές είναι παρών λόγω της ανθρώπινης ύπαρξης.

- 2) Οι αντιδράσεις των θεραπόντων είναι πολυδιάστατες.
- 3) Οι αντιξοότητες είναι αντιληπτές μέσω της σκέψης και γίνονται αποδεκτές ως ευχαρίστηση, ουδετερότητα, ανακολουθία ή είναι επώδυνες.
- 4) Οι θεράποντες έχουν διαφορετικά όρια για να διαχειριστούν ή να υπομείνουν τον πόνο. Κατά συνέπεια η μεμονωμένη απόφασή τους να το αντέξουν είναι άμεσα σχετική.
- 5) Ο ψυχολογικός πόνος δημιουργείται και τροφοδοτείται από πρόσθετα αποθαρρυσμένες ψυχολογικές ανάγκες.
- 6) Οι θεραπευτές με λίγο ή πολύ ίδιους ασθενείς μπορεί να έχουν ριζικά διαφορετική αντιμετώπιση, η οποία εξαρτάται από τα δικά τους διαφορετικά όρια να υπομείνουν τον πόνο.
- 7) Η θεραπεία μιας στρεσογόνου κατάστασης βρίσκεται στην αναγνώριση και στον κατευνασμό των ζωτικής σημασίας ματαιωμένων αναγκών.

Οι θεραπευτές πρέπει να αναγνωρίσουν, να εκφράσουν και να δουλέψουν μέσω των παρεισφρητικών σκέψεων, των εικόνων και των επίπονων συναισθηματικών αντιδράσεων. (Fox, Cooper, 1998).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πράξη της αυτοκτονίας είναι ένα κοινωνικό γεγονός του οποίου οι πολλαπλές λειτουργίες αντιστοιχούν στην πολυπλοκότητα των παραγόντων που την καθορίζουν. Αποτελεί συνέπεια των παθολογικών αλληλεπιδράσεων, μεταξύ εφήβου και οικογενειακού, κοινωνικού, εξωτερικού περιβάλλοντος.

Η πράξη αυτοκτονίας, ενώ είναι μια απόπειρα φυγής από μια ανυπόφορη κατάσταση, αποτελεί επίσης μια ύστατη προσπάθεια τροποποίησης της. Σε αυτή την αντίθεση βρίσκεται το βαθύτερο νόημα των τάσεων αυτοκτονίας των εφήβων. Κάλεσμα σε βοήθεια, μήνυμα διαταραχής και θυμού, η πράξη αυτοκτονίας εγγράφεται στις προσπάθειες 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 αυτοκτονίας. Οι διαταραχές των κοινωνικών σχέσεων κινούν συναισθήματα τα οποία δεν είναι ανεκτά, τα οποία ο έφηβος δεν μπορεί να ελέγξει ή να εξαντλήσει μέσα από εναρμονισμένες με την κατάσταση συμπεριφορές. Αυτά τα συναισθήματα τα οποία κυριαρχούνται από την κατάθλιψη, την απομόνωση και την εχθρότητα εκτονώνονται μέσα από μια πράξη που κατευθύνεται στο σώμα και που έχει αξία ως εξωλεκτική επικοινωνία του θεραπευτή – κοινωνικού λειτουργού στους εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας είναι πολλαπλός. Πρέπει να δημιουργήσει μια θετική, ισχυρή σχέση με τον έφηβο προκειμένου ο τελευταίος να αποκτήσει την απαραίτητη εμπιστοσύνη και να αποδεχτεί την βοήθεια που του προσφέρεται. Η οικογένεια, το σχολικό και το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου πρέπει να απασχολήσουν ιδιαίτερα τον κοινωνικό λειτουργό και να παρέμβει

άμεσα γιατί η τροποποίηση του περιβάλλοντος του εφήβου είναι το πιο σημαντικό κομμάτι της θεραπείας του.

Τέλος η βελτίωση της εκπαίδευσης υγείας του πληθυσμού και ειδικά ορισμένων ομάδων όπως οι εκπαιδευτικοί και οι έφηβοι, είναι πιθανόν να βοηθήσει στην πρόληψη, αφού μπορεί να μειώσει την επίδραση του στίγματος, την ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας για συναισθηματικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Η ενημέρωση για τις αυτοκτονικές συμπεριφορές και τους κινδύνους τους, καθώς και για τις υπηρεσίες που υπάρχουν για την αντιμετώπισή τους, ίσως βοηθήσουν στην έγκαιρη αναγνώριση των εφήβων που κινδυνεύουν, την θεραπεία και την επίλυση των διαφόρων προβλημάτων που απασχολούν τον έφηβο και την πρόληψη των αυτοκτονιών. Ειδικότερα η πρόληψη χρειάζεται να γίνει σε τρία επίπεδα:

A. Πρωτογενής πρόληψη: Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και γενικά όσων έρχονται σε επαφή με νεαρά άτομα π.χ. εκπαιδευτικό σύστημα, αγωγή υγείας του πληθυσμού. Σημαντική είναι η παρέμβαση στην οικογένεια, στη βελτίωση ικανοτήτων ανατροφής των παιδιών και στην προώθηση καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ των γενεών.

B. Δευτερογενής πρόληψη: Πρώιμη αναγνώριση και θεραπεία ψυχικών διαταραχών, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, εκπαίδευση νεαρών ατόμων σε τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων.

Γ. Τριτογενής πρόληψη: Μείωση των συνεπειών της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και πρόληψη της επανάληψής της ή της κατάληξης σε αυτοκτονία. Θεραπεία για αποφυγή υποτροπών των ψυχικών διαταραχών, ψυχοθεραπεία, παρέμβαση στο υποστηρικτικό περιβάλλον και κυρίως στην οικογένεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αναστασιάδης Β.**, Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας, Αθήνα 1995
2. **Γαβριήλ Ι.**, Η αυτοκτονία στην Πελοπόννησο, επιδημιολογία, ψυχοπαθολογία, κοινωνικοί παράγοντες, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 1986.
3. **Γαλανάκης Ε. Γ.**, Ο λυτρωτικός θάνατος στην Αρχαία Ελληνική Γραμματεία. Αυτοκτονία, Ευθανασία, Βρεφοκτονία. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1996.
4. **Δημητρίου Ε.** Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα, περιοδικό Ψυχιατρική No 8, 1995.
5. **Δημητρίου Ε.**, Ποιότητα ζωής και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, περιοδικό Ψυχιατρική No 6, 1995.
6. **Ζαχαράκης Κ., Μαδιανός Μ., Παπαδημητρίου Γ., Στεφανής Κ.**, Επιδημιολογική μελέτη των αυτοκτονιών στην Ελλάδα, 1981 - 1994, 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 1996. Βιβλίο περιλήψεων αρ. Ε.Α. 082.
7. **Λυμπεροπούλου – Ντόντου Α.**, Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία, Ψυχιατρική, Αθήνα 1999.
8. **Ομήρου Οδύσσεια.** Ραψωδία λ (Νέκυια), στ 277-279, μετάφραση Δ. Ν. Μαρωνίτη, εκδόσεις Στιγμή, 1994.
9. **Παπαιωάννου Κ.**, Κλινική κοινωνική εργασία, Κοινωνική εργασία με άτομα, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998.
10. **Παππάς Η.**, Συμβολή στη διερεύνηση της αυτοκτονικής πρόθεσης και φονικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 1998.

11. **Πιπερόπουλος Γ.**, Ένας ψυχολόγος κοντά σου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
12. **Τσιάντης Ι.**, Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους, περιοδικό Ψυχιατρική No 44, 1987.
13. **Τσιάντης Ι., Μανωλόπουλος Σ.**, Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, πρώτος τόμος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
14. **Χατζημανώλης Ι.**, Σχέση βιολογικών παραμέτρων και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, περιοδικό Ψυχιατρική No 6, 1995.
15. **Χουντουμιάδη Α.**, Παιδιά και γονείς στο ξεκίνημα μιας σχέσης, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
16. **Χουρδάκη Μ.**, Οικογενειακή ψυχολογία, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1994.
17. **Adam K. S., Bouchoms A., Streiner D.**, Parental loss and family stability in attempted suicide, Psychiatry No 39, 1982.
18. **Chabrol H.**, Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, (Μετάφραση Α. Τερζόγλου), εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1987.
19. **Durkheim E.**, (1897), Le Suicide. English translation by J.A. Spaulding and G. Simson, The free press of Gleoncoe, New York, 1951.
20. **Erikson E.**, Childhood and Society, Harmondsworth, Penguin, 1965.
21. **Haefner H., Schmidtke A.**, Do televised fictinal suicide models produce suicides? American Psychiatric Association, Washington 1989.

22. **Hawton K.**, Adolescents who take overdose: Their characteristics, problems and contacts with helping agencies, British Journal of Psychiatry no140, 1986
23. **Hebert M.**, Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
24. **Freud S.**, Mourning and Melancholia (1917), in: Strachey j. : The standard edition of the complete Psychological works of S. Freud, vol.19, Hogarth Press, London 1957.
25. **Freud S.**, Beyond the pleasure principle, (1920), in: Strachey J., The standard edition of the complete Psychological works of S. Freud, vol.18, Hogarth Press, London 1957.
26. **Guernsey B.**, Βελτίωση σχέσεων, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.
27. **Menniger K.**, Man against Himself, Harcourt Brace and World, New York, 1938.
28. **Mises R.**, Μερικά σημεία αναφοράς στην ψυχολογική προσέγγιση της εφηβείας, περιοδικό Παιδιατρική, No 37, 1980.
29. **Ντικμεγιερ Ν., Μακαίου Γ., Καρλσον Τ., Μπιτι Ν.**, Βασικές αρχές παραδοχής – ενθάρρυνσης, πειθαρχίας και σχέσεων γονέων – εφήβων, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1994.
30. **Oster G., Montgomery S.**, Helping your Depressed teenager, inc. J. Wiley and Sons, New York 1997.
31. **Parry G**, Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπιση τους, Μετάφραση Ντενίζ Ρώντα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

32. **Seligman M.**, Depression and learned helplessness, inc.J. Wiley and Sons, New York 1974.
33. **Sue, Sue, Sue**, Understanding Abnormal Behavior, fifth edition, Boston, Houghton Mifflin Company, 1997.
34. **Fox R., Cooper M.**, The effects of suicide on the private practitioner: A professional and personal perspective, Clinical Social Work Journal, vol 26, inc: Human Sciences Press, 1998.
35. **WHO**, Prevention of Suicide, Pyblic Health Paper no 35, Geneva 1968.