

ΘΕΜΑ: « Αυτοκαταστροφικές τάσεις εφήβων»

Μετέχουσες σπουδάστριες:

Ιωάννου Θέμιδα
Καλογήρου Εμμανουέλα
Κολιού Μπεττίνα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Γεωργοπούλου Λίλιαν

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2005



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-------|
| Περίληψη μελέτης | Σελ.2 |
| Αναγνώριση..... | Σελ.4 |
| Επιλογή θέματος..... | Σελ.5 |
| Ελληνική – Διεθνής σημερινή πραγματικότητα στις αυτοκαταστροφικές τάσεις..... | Σελ.6 |
| Επιδημιολογία..... | Σελ.7 |
| Ορισμοί..... | Σελ.8 |

Κεφάλαιο 1°

| | |
|----------------------------|-------|
| 1.1 Ιστορική αναδρομή..... | Σελ.9 |
|----------------------------|-------|

Κεφάλαιο 2°

| | |
|--|--------|
| 2.1 Εφηβική ηλικία..... | Σελ.13 |
| 2.2 Έναρξη εφηβείας..... | Σελ.14 |
| 2.2.1 Αλλαγές στο σώμα..... | Σελ.14 |
| 2.2.2 Αλλαγές στα συναισθήματα..... | Σελ.15 |
| 2.3 Ο ρόλος του εφήβου μέσα στην Οικογένεια..... | Σελ.17 |
| 2.4 Η σχέση του εφήβου με τους Συνομήλικους..... | Σελ.21 |
| 2.5 Επιρροές από τα Μ.Μ.Ε..... | Σελ.22 |

Κεφάλαιο 3°

| | |
|---|--------|
| Αυτοκαταστροφικές τάσεις..... | Σελ.26 |
| 3.1 Είδη αυτοκαταστροφικών τάσεων..... | Σελ.27 |
| 3.1.1 Αυτοτραυματισμός..... | Σελ.27 |
| 3.1.2 Διαταραχές πρόσληψης τροφής..... | Σελ.34 |
| 3.1.3 Αντιστοιχία αντρών και γυναικών..... | Σελ.40 |
| 3.2 Συναισθήματα των αυτοτραυματιζόμενων κατά τη διάρκεια καθώς και μετά το τέλος των αυτοκαταστροφικής πράξης..... | Σελ.41 |

| | | |
|-----|--|--------|
| 3.3 | Μαρτυρίες εφήβων που αυτοτραυματίζονται..... | Σελ.45 |
| 3.4 | Αιτιολογία..... | Σελ.47 |
| 3.5 | Ιατρική εξήγηση..... | Σελ.50 |
| 3.6 | Διάγνωση..... | Σελ.51 |
| 3.7 | Κοινοί μύθοι για τον αυτοτραυματισμό..... | Σελ.52 |
| 3.8 | Επώνυμοι αυτοτραυματίες..... | Σελ.56 |

Κεφάλαιο 4ο

| | | |
|------|---|--------|
| | Αυτοκτονία..... | Σελ.58 |
| 4.1 | Σύντομη περιγραφή..... | Σελ.59 |
| 4.2 | Επιδημιολογία..... | Σελ.60 |
| 4.3 | Πολιτιστικές διαφορές..... | Σελ.62 |
| 4.4 | Αιτιολογία..... | Σελ.64 |
| 4.5 | Αίτια..... | Σελ.66 |
| 4.6 | Φύλο και αυτοκτονία..... | Σελ.68 |
| 4.7 | Βαθύτεροι παράγοντες..... | Σελ.69 |
| 4.8 | Αυτοκτονία και μοναξιά..... | Σελ.71 |
| 4.9 | Απόπειρες αυτοκτονίας..... | Σελ.72 |
| 4.10 | Μύθοι γύρω από την αυτοκτονία..... | Σελ.75 |
| 4.11 | Θεραπευτική παρέμβαση..... | Σελ.77 |
| 4.12 | Συνέπειες..... | Σελ.78 |
| 4.13 | Διαφοροποίηση αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού..... | Σελ.79 |

Κεφάλαιο 5ο

| | | |
|-----|---|--------|
| | Αντιμέτωπιση αυτοκαταστροφικών τάσεων..... | Σελ.81 |
| 5.1 | Ο ρόλος των γονέων στην αποτροπή των εφήβων από τον αυτοτραυματισμό..... | Σελ.81 |
| 5.2 | Πότε οι γονείς πρέπει να αρχίσουν να ανησυχούν..... | Σελ.83 |

| | |
|---|--------|
| 5.3 Εκφράσεις που λειτουργούν αρνητικά σε άτομο που αυτοτραυματίζεται..... | Σελ.84 |
| 5.4 Εκφράσεις που λειτουργούν θετικά σε άτομο που αυτοτραυματίζεται..... | Σελ.85 |
| 5.5 Ο ρόλος των ειδικών στην αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών τάσεων..... | Σελ.86 |
| 5.6 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού..... | Σελ.89 |
| 5.7 Φαρμακοθεραπευτική αντιμετώπιση..... | Σελ.90 |
| 5.8 Φορείς παροχής βοήθειας..... | Σελ.91 |

Κεφάλαιο 6^ο

| | |
|---|--------|
| Ερευνητικό θέμα..... | Σελ.92 |
| 6.1 Γενικός σκοπός..... | Σελ.92 |
| 6.2 Στόχοι έρευνας..... | Σελ.92 |
| 6.3 Ερευνητικές υποθέσεις..... | Σελ.93 |
| 6.4 Μεθοδολογικό πλαίσιο για συλλογή δεδομένων..... | Σελ.94 |
| 6.4.1 Επιλογή μεθοδολογίας..... | Σελ.94 |
| 6.4.2 Ερευνητική διαδικασία συλλογής δεδομένων..... | Σελ.94 |
| 6.4.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων..... | Σελ.95 |
| 6.4.4 Μέθοδος δειγματοληψίας..... | Σελ.97 |
| 6.4.5 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα..... | Σελ.97 |
| 6.5 Σχεδιαγράμματα και ανάλυση πινάκων του ερευνητικού θέματος..... | Σελ.99 |

Κεφάλαιο 7^ο

| | |
|-----------------------|---------|
| 7.1 Συμπεράσματα..... | Σελ.118 |
| 7.2 Προτάσεις..... | Σελ.122 |

| | |
|---------------------------|---------|
| <u>Βιβλιογραφία</u> | Σελ.123 |
|---------------------------|---------|

| | |
|------------------------|---------|
| <u>Παράρτημα</u> | Σελ.127 |
|------------------------|---------|

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ξεκινώντας την παρούσα πτυχιακή εργασία, σκοπός ήταν να διερευνηθεί (και κατά συνέπεια να αποδειχθεί) αν υπάρχουν αυτοκαταστροφικές τάσεις, στους σπουδαστές του ΑΤ.Ε.Ι. Πάτρας που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους.

Δηλαδή, κατά πόσο οι σπουδαστές γνωρίζουν τη σημασία της λέξης «αυτοκαταστροφή», ποιες είναι οι αυτοκαταστροφικές τάσεις και αν έχουν καταφύγει σε πράξεις αυτοκαταστροφής.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας και τη διαπίστωση των παραπάνω, χρησιμοποιήσαμε ως ερευνώμενο πληθυσμό τους σπουδαστές των Σχολών Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε. του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της εφηβείας (18-20 ετών).

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε, το γραπτό ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Ξεφυλλίζοντας την εργασία αυτή ο αναγνώστης μπορεί να αντιληφθεί ότι αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιέχει πέντε κεφάλαια, βιβλιογραφικής ανασκόπησης και το δεύτερο μέρος περιέχει το ερευνητικό κομμάτι.

Μέρος πρώτο

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην ιστορική αναδρομή, του φαινομένου των αυτοτραυματισμών. Από εκατοντάδες χρόνια πριν, μέχρι σήμερα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην εφηβική ηλικία, από την έναρξή της καθώς και στον ρόλο του εφήβου μέσα στην οικογένεια, στο φιλικό περιβάλλον και στην επιρροή που δέχονται οι έφηβοι από τα Μ.Μ.Ε.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις αυτοκαταστροφικές τάσεις, στους λόγους που οδηγούν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, στα συναισθήματα που νιώθουν κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης, στις μαρτυρίες ατόμων, και τέλος, στους μύθους που υπάρχουν γύρω από το αυτοτραυματισμό.

Φθάνοντας στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά για την αυτοκτονία και τις διαφορές της από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Το πρώτο μέρος, κλείνει με το πέμπτο κεφάλαιο στο οποίο γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής τάσης. Εδώ περιέχεται ο ρόλος των γονέων όσον αφορά την αποτροπή του εφήβου από τον αυτοτραυματισμό, ο ρόλος των ειδικών στην αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών τάσεων και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.

Μέρος δεύτερο

Ακολουθεί το δεύτερο μέρος, με το ερευνητικό κομμάτι, το οποίο ξεκινά στο έκτο κεφάλαιο.

Στο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ερευνητικό θέμα, το γενικό σκοπό και τους στόχους της έρευνας και τις ερευνητικές υποθέσεις. Ακολουθεί το μεθοδολογικό πλαίσιο για τη συλλογή των δεδομένων, που περιέχει την επιλογή της μεθοδολογίας, την ερευνητική διαδικασία συλλογής δεδομένων, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, τη μέθοδο δειγματοληψίας και, τέλος, την αξιοπιστία και εγκυρότητα της έρευνας.

Ακολούθως, στο έβδομο κεφάλαιο παραθέτουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, έπειτα από στατιστική ανάλυση και καταγραφή τους.

Τέλος, γίνεται αναφορά στα συμπεράσματα που απορρέουν από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και στις προτάσεις.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη που νιώθουμε για την καθηγήτρια μας, Γεωργοπούλου Λίλιαν, Καθηγήτρια Εφαρμογών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, που με τις κατευθύνσεις της κατορθώσαμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακής μας εργασία.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους σπουδαστές, του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας οι οποίοι βοήθησαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για την διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της έρευνάς μας.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να αφιερώσουμε αυτήν την εργασία, στην κα Κοκαλιάρη Έφη Κοινωνική Λειτουργό για την πολύτιμη βοήθειά της καθώς και στους γονείς μας, οι οποίοι μας συμπαραστάθηκαν όλο αυτό το διάστημα και που ανέμεναν υπομονετικά το τέλος της.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΜΑΤΟΣ

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ως Κοινωνικοί Λειτουργοί πραγματοποιήθηκε ημερίδα με θέμα: «Αυτοκαταστροφικές τάσεις» και κύριο ομιλήτή την κα Κοκαλιάρη Ε.

Η ενασχόληση με ένα "πρωτότυπο" θέμα αποτέλεσε το κίνητρο της εργασίας μας.

Οι δυσκολίες πολλές, όπως ελλιπής βιβλιογραφία και έλλειψη σχετικών μελετών.

Προσπερνώντας τους ενδοιασμούς μας και έχοντας παράλληλα τη βοήθεια της υπεύθυνης της εργασίας μας κας Γεωργοπούλου Λ. αλλά και της κας Κοκαλιάρη Ε. η οποία μας παρείχε σχετικό βιβλιογραφικό υλικό, η συγκεκριμένη μελέτη διεκπεραιώθηκε με επιτυχία.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ – ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

Όσον αφορά την Ελλάδα, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια συγκεκριμένη έρευνα η οποία να εξηγεί το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού και πολλοί θεωρούν την πράξη της αυτοκαταστροφής, ως μια αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας.

Δεν υπάρχει κάποιο κέντρο πρόληψης ή θεραπείας στο οποίο να μπορούν να απευθυνθούν οι γονείς ή τα ίδια τα αυτοτραυματιζόμενα πρόσωπα.

Λόγω, του ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένες έρευνες και ειδικευμένο προσωπικό, είναι δύσκολο να γίνει γνωστή και να αναφερθεί η έκταση του φαινομένου.

Το τελευταίο διάστημα, έχουν αρχίσει δειλά, να γίνονται αναφορές από Ψυχολόγους – Ψυχιάτρους – Κοινωνικούς Λειτουργούς, σε επιστημονικά περιοδικά αλλά και σε συνέδρια – ημερίδες.

Όσον αφορά όμως το εξωτερικό, τα πράγματα είναι τελείως διαφορετικά. Εκεί έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως επίσης έχουν δημιουργηθεί κυβερνητικοί και μη κυβερνητικοί φορείς με σκοπό την βοήθεια των ατόμων με αυτοκαταστροφικές τάσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο εξωτερικό είναι ξεκάθαρος ο διαχωρισμός της έννοιας «αυτοτραυματισμό» - «αυτοκτονία».

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι δύσκολο να σχολιάσουμε την επιδημιολογία των αυτοτραυματισμών. Μία από τις δυσκολίες αποτελεί το γεγονός ότι πολλές προσπάθειες αυτοτραυματισμών έχουν αναφερθεί ή παρερμηνευθεί σαν απόπειρες αυτοκτονίας (Deiter, Nicholls κ Pearlman 2000). Οι Favazza κ Conterio (1988) υπολόγισαν ότι οι αυτοτραυματισμοί λαμβάνουν χώρα περίπου σε 730-750 άτομα ανά 100.000 τον χρόνο. Οι Conterio κ Lader (1988) υποστηρίζουν ότι ο αυτοτραυματισμός «συναντάται ευρέως στις Ηνωμένες Πολιτείες και όλα τα σημάδια δείχνουν ότι εξαπλώνεται» .

Ο Strong (1998) υποστηρίζει «εικάζεται ότι στο σύνολο του πληθυσμού (των Ηνωμένων Πολιτειών), τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι 8 εκατομμύρια Αμερικανοί μπορεί να αυτοτραυματίζονται σήμερα».

(Κοκαλιάρη ,2003)

ΟΡΙΣΜΟΙ

Α)Ο όρος εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο και περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: τον βιοσωματικό, τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό. Είναι η «γέφυρα» που συνδέει την παιδική με την εφηβική ηλικία.

(Νόβα – Καλτούνη κ.α. 2002)

Β)Ως αυτοτραυματισμός, αυτοτιμωρία με βία, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή αυτοακρωτηριασμός, μπορεί να καθοριστεί ως η πρόθεση να προκληθεί πόνος στο ίδιο το σώμα ή και το κεφάλι. Ο τραυματισμός είναι συνήθως αρκετός για να προκληθεί σοβαρή ζημιά ή να αφήσει σημάδια για περισσότερο από λίγα λεπτά. Σκοπός τους άτομου είναι να ξεπεράσει μια δύσκολη κατάσταση.

(<http://self-injury.org/intexnet.html>)

Γ)Ως αυτοκτονική συμπεριφορά, ορίζεται η συμπεριφορά, κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό να τερματίσει την ζωή του. Περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει την ολοκλήρωση του στόχου του τερματισμού της ζωής του και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος του τερματισμού της ζωής του αυτόχειρα.

(Τσιάντης Ι. κ.α. 1981)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Το φαινόμενο των αυτοτραυματισμών δεν παρουσιάζεται για πρώτη φορά στην εποχή μας. Ανέκαθεν οι άνθρωποι αυτοϋποβάλλονταν σε πόνους, βασανιστήρια και σωματική ταλαιπωρία, όχι μόνο για αισθητικούς λόγους, αλλά πολύ συχνά για θρησκευτικούς λόγους προκειμένου να μπορέσουν να αισθανθούν σαν μέλη κάποιας κοσμικής τάξης (Hewitt, 1997).

Ο αυτοτραυματισμός έχει παρατηρηθεί για αρκετές εκατοντάδες χρόνια σε διαφορετικούς πολιτισμούς και με διαφορετικές μορφές σαν μέρος τελετουργίας, θεατρικής παράστασης και τέχνης. Το θέμα της αλλοίωσης του ανθρώπινου σώματος εμφανίζεται σε πολύ σημαντικά παγκόσμια εγχειρίδια όπως η Βίβλος. «Εάν το χέρι σου είναι η καταστροφή σου τότε να το κόψεις. Είναι καλύτερα να εισέλθεις στην ζωή ακρωτηριασμένος παρά να έχεις και τα δυο σου χέρια και να καταλήξεις στην κόλαση στο άσβεστο πυρ» (Μάρκος 9:43).

Στην τραγωδία του Σοφοκλή Οιδίπους Τύραννος, ο Οιδίποδας τυφλώνεται για να λυτρωθεί από την κατάρα της αιμομιξίας. Ο Favazza (1987) καθηγητής της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Μισσούρι αναπτύσσει το θέμα των αυτοτραυματισμών σε διαφορετικούς πολιτισμούς, τελετουργίες, θρησκείες και υποστηρίζει ότι «ο αυτοτραυματισμός δεν αποτελεί κάτι ξένο στην ανθρώπινη ύπαρξη. Μάλλον πρόκειται για μια ιδέα ριζωμένη στις βαθύτερες, πρωταρχικές εμπειρίες της θεραπευτικής θρησκείας και της κοινωνικής φιλίας» (Favazza, 1987).

Ο Favazza, αναφέρει το παράδειγμα του Σαμανισμού, όπου θεραπευτής κατά τη διάρκεια επαναλαμβανόμενων αυτοτραυματισμών επιτυγχάνει ένα ακόμη βήμα προς τη σοφία. Επιπροσθέτως, η αλλοίωση του ανθρώπινου σώματος κατέχει κεντρική θέση σε πολλές θρησκείες. Τα πιο γνωστά παραδείγματα είναι αυτό του Χριστού, ο οποίος όπως πιστεύεται επέτρεψε την αλλοίωση του σώματός του μέσω της σταύρωσης, ή του Σίβα, θεού της ινδουιστικής θρησκείας, ο οποίος αυτοευνουχίστηκε (Favazza, 1987). Τα έθιμα στα οποία χρησιμοποιείται το αίμα είναι επίσης κάτι πολύ συνηθισμένο σε όλη την ανθρώπινη ιστορία.

Σχετικά με το μυστικισμό των Ινδιάνων της Νοτίου Αμερικής, ο Favazza (1987), αναφέρει την τελετή του κοιτάγματος του ήλιου κατά τη διάρκεια της οποίας γίνονταν τομές στην πλάτη των συμμετεχόντων και τοποθετούνταν κομμάτια ξύλου κάτω από τους κομμένους μύες. Οι πολεμιστές που μπορούσαν να αντέξουν τον πόνο μέχρι το τέλος, συχνά έφθαναν στο σημείο να δουν ένα όραμα, το οποίο έδινε νόημα στη ζωή τους.

Οι αλλοιώσεις του σώματος έχουν διαφορετικές σημασίες ανάλογα με το κοινωνικό – πολιτιστικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, η εσκεμμένη αιμορραγία της μύτης των ανδρών, πιστεύεται ότι προστατεύει από ασθένειες. Πρακτικές όπως το κόψιμο του πέους, το δέσιμο των ποδιών και το σημάδεμα, μπορεί να λειτουργήσουν σαν παράγοντες πρόληψης διαταραχής, διαμορφώνοντας ξεκάθαρα καταστάσεις, αλλά και συμπεριφορές ανάμεσα στα φύλα και τις διαφορετικές γενιές.

Σε ορισμένους πολιτισμούς οι πρακτικές των αυτοτραυματισμών και της κανιβαλιστικής νεκροτομής προωθούν τις ιδέες της ομαδικής αλληλεγγύης και εξασφαλίζουν το πέρασμα σε επιθυμητά γνωρίσματα και τελετουργικές δυνάμεις (Favazza, 1987).

Πολλοί ανθρωπολόγοι έχουν αναφέρει τελετουργίες, οι οποίες περιλαμβάνουν αλλοιώσεις του ανθρώπινου σώματος για διαφορετικούς σκοπούς (Brown 1963, Cohen 1964, Cohen & Hawkins, 1983).

Οι πρακτικές σωματικής αλλοίωσης πολλές φορές υποδεικνύουν την πνευματική κατάσταση, ενώ «ταυτόχρονα αποκαλύπτουν εσωτερικές αξίες και μυστικιστές αλήθειες». (Hewitt, 1997)

Οι αυτοτραυματισμοί και ο πόνος έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί σε τελετουργίες οι οποίες δηλώνουν σημαντικά χαρακτηριστικά των διαφόρων κοινωνιών. Πολύ συχνά σηματοδοτούν τελετουργικά για το πέρασμα στην ενηλικίωση, όπως για παράδειγμα η περιτομή στα μωρά αποτελεί ένα μέσο εισαγωγής των βρεφών αρσενικού γένους στην εβραϊκή κουλτούρα και κοινωνία.

Οι αυτοτραυματισμοί σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας είχαν διαφορετικές και σημαντικές πολιτιστικές και θρησκευτικές έννοιες, το μεγαλύτερο όμως μέρος της ψυχολογικής βιβλιογραφίας εξετάζει τους αυτοτραυματισμούς σε σχέση με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, συνδεδεμένες με ανεπαρκείς ψυχολογικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης και οριακές διαταραχές προσωπικότητας. (Barnes, 1985· Brodsky, Buzan, 1995· "Clotire & Dulip, 1995·" Cengoppa, Baker & Sirri, 1995· Favaro & Santonastaso, 1998· Favazza, 1998· Hainew, 1995· Salkovskis, Atha & Storer, 1990· Schotte & Clum, 1987). Οι εσκεμμένοι αυτοτραυματισμοί έχουν επίσης περιγραφεί σαν ιδρυματικό φαινόμενο το οποίο έχει παρατηρηθεί σε χώρους όπως φυλακές (Favazza, 1992· Liebling, 1993). Επίσης οι αυτοτραυματισμοί, έχουν συνδεθεί στενά με τις διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα τη βουλιμία (Favaro & Santonastaso, 1998· Garfinkel, Modofskyk, Garner, 1980).

Αυξανόμενο ενδιαφέρον έχει αναπτυχθεί σχετικά με τη μεταδοτικότητα των εσκεμμένων αυτοτραυματισμών. Οι Walsh και Rosey (1998) υποστηρίζουν ότι από το 1960 το φαινόμενο των

αυτοτραυματισμών έχει αυξηθεί σημαντικά. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι εσκεμμένοι αυτοτραυματισμοί έχουν αυξηθεί στον γενικό πληθυσμό (Briere k Gill, 1998· Favazza, 1992·, Garrison, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 Εφηβική ηλικία

Εφηβεία, μια κατ' εξοχήν κρίσιμη περίοδος που βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Το παιδί δεν είναι πλέον παιδί, αλλά ούτε και ώριμος άνθρωπος...

Ο όρος εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο και περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: τον βιολογικό, τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό. Η βιολογική διάσταση αυτής της περιόδου αποτελεί την ήβη. Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος της αναζήτησης νέων ρόλων που οδηγούν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, περίοδος της αυξανόμενης αυτονομίας και της απομάκρυνσης από την οικογένεια· η περίοδος κατά την οποία το άτομο πρέπει να δώσει απάντηση στο πιεστικό ερώτημα «ποιος είμαι». (Νόβα – Καλτούνη κ.α. 2002).

Η εφηβική ηλικία είναι ένας ευδιάκριτος κρίκος στην αλυσίδα των φάσεων συγκρότησης της ανθρώπινης προσωπικότητας. Είναι η «γέφυρα» που συνδέει την παιδική με τη νεανική ηλικία. Έτσι, ο κλασικός ορισμός της εφηβικής ηλικίας, τη θέλει σαν μια φάση με δική της νομοτέλεια, με ιδιαίτερα βιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Είναι μια ουσιαστική καμπή στην πορεία της ψυχικής ανάπτυξης. (Νόβα– Καλτούνη κ.α. 2002).

2.2 Έναρξη εφηβείας

2.2.1 Αλλαγές στο σώμα

Οι έφηβοι ανησυχούν για την εμφάνισή τους επειδή σε αυτή την ηλικία, περισσότερο από ποτέ, αυτήν παρατηρούν οι συνομήλικοί του για να καταλάβουν πως είναι ως άτομο. Η εικόνα που βλέπουν οι άλλοι έφηβοι είναι καθοριστική για το αν θα περιλάβουν κάποιο άλλο άτομο εφηβικής ηλικίας σε μερικές ομάδες ή παρέες.

Οι ενήλικοι κάνουν και αυτοί με τη σειρά τους υποθέσεις για τους εφήβους με βάση την εμφάνισή τους. Μερικοί γονείς δεν θέλουν τα παιδιά τους να συναναστρέφονται με άλλους εφήβους που έχουν ένα συγκεκριμένο παρουσιαστικό, ακόμη και αν δεν τους γνωρίζουν καθόλου.

Μεγαλώνοντας ο έφηβος καλείται να δημιουργήσει την ταυτότητά του, καθώς γίνεται σιγά σιγά ενήλικας. Μαθαίνει, έτσι, περισσότερα πράγμα για τον εαυτό του. Η ταυτότητά του έχει δύο πλευρές, την εσωτερική και την εξωτερική. Η εσωτερική του πλευρά είναι τι πιστεύει ο ίδιος ο έφηβος για τον εαυτό του, για παράδειγμα, αν νομίζει ότι είναι έξυπνος ή όχι, ελκυστικός ή άσχημος ή αν πιστεύει ότι έχει κάποιο ιδιαίτερο ταλέντο, όπως για παράδειγμα αν είναι αθλητικός ή όχι.

Η άλλη πλευρά της ταυτότητάς του είναι η εξωτερική. Δηλαδή, πως προσαρμόζεται στο περιβάλλον, πως φαίνεται στους άλλους, τι πιστεύουν οι άλλοι για τον έφηβο ή ποια είναι η παρέα του.

(Zager,K.,Rubenstein,A,2002)

2.2.2 Αλλαγές στα συναισθήματα (καταθλιπτικές τάσεις)

Οι έφηβοι συνήθως, παίρνουν πολύ στα σοβαρά τον εαυτό τους και περιμένουν και από τους άλλους να κάνουν το ίδιο. Ωστόσο, τα προβλήματα τα οποία μοιάζουν εξαιρετικά δυσεπίλυτα την περίοδο αυτή, είναι συχνά πιο εύκολο να τα χειριστεί ο έφηβος από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι και οι άλλοι γύρω του βιώνουν τα ίδια συναισθήματα με αυτόν. Η ειδική πρόνοια για τους εφήβους, όπως είναι ένα σύστημα εξατομικευμένης διδασκαλίας στο σχολείο ή η ύπαρξη ενός συμβουλευτικού ψυχολόγου, διευκολύνουν τη ζωή τους, εάν βέβαια θελήσουν να ζητήσουν βοήθεια εκτός οικογένειας. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει η κατανόηση τόσο από την οικογένεια όσο και από το υπόλοιπο περιβάλλον, ότι η εφηβεία είναι μια ηλικία στην οποία οι παροδικές συναισθηματικές μεταπτώσεις είναι συχνές.

Οι έφηβοι είναι δυνατό να βιώσουν κάποια συναισθήματα κατάθλιψης, τα οποία περιστασιακά συνδέονται με φόβο για το μέλλον τους. Τέτοιου είδους επεισόδια γενικής θλίψης είναι συχνά καθ' όλη την διάρκεια της ζωής και δεν χαρακτηρίζουν μόνο την εφηβεία. Σε λίγες περιπτώσεις όμως, οι έφηβοι εμφανίζουν αρκετά σοβαρές καταθλιπτικές διαταραχές. Είναι πιθανό ότι οι ορμονικές αλλαγές καθιστούν κάποιους από αυτούς περισσότερο ευάλωτους σε διάφορα είδη κατάθλιψης. Κατά την περίοδο αυτή, υπάρχει επίσης μια αύξηση των κρουσμάτων σχιζοφρένειας, αλλά και πάλι εμφανίζεται σε μικρό αριθμό εφήβων. Ο λόγος για τον οποίο οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται για πρώτη φορά στην εφηβεία ενός ατόμου παραμένει άγνωστος.

Οι εσωστρεφείς έφηβοι που φτάνουν να βιώνουν κατάθλιψη δυσκολεύονται συνήθως να χειριστούν τα συναισθήματα τους. Η διάλυση της οικογένειάς τους, η αλλαγή σχολείου ή μια ασθένεια δυσχεραίνουν επίσης τη ζωή τους. Σε ακραίες περιπτώσεις, ένας

δυστυχισμένος έφηβος είναι δυνατό να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Αν και οι αριθμοί είναι μικροί, οι απόπειρες αυτοκτονίας και η ίδια η αυτοκτονία αυξάνονται στο νεανικό πληθυσμό (Rutter and Rutter, 1992). Ενώ η αυτοκτονία είναι σχεδόν ανύπαρκτη πριν την ηλικία των 10 ετών, όπως θα αναφερθούμε σε παρακάτω κεφάλαιο, υπάρχει μια μεγάλη αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών στις ηλικίες μεταξύ 10 και 20 ετών.

(Tucker,N.,1999)

2.3 Ο ρόλος του εφήβου μέσα στην οικογένεια

Ο ρόλος των γονέων είναι αποφασιστικής σπουδαιότητας για την ανάπτυξη του εφήβου. Πρέπει να ομολογήσουμε ότι ο ρόλος αυτός δεν είναι πάντα σωστός. Είναι ίσως η άγνοια των γονέων, αλλά πιο πολύ η προσπάθεια τους να λύσουν τα προβλήματα των παιδιών τους με παλιά μέσα. Ενεργούν, συνήθως, όπως θα έπρατταν οι δικοί τους γονείς σε παρόμοιες περιπτώσεις. Αγνοούν ότι χρειάζονται νέοι τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών που δοκιμάζουν οι σημερινοί έφηβοι. (Ιωαννίδου Ε., 1978)

Βασικά, οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν την ψυχολογία των παιδιών τους. Ιδιαίτερες ψυχοπαιδαγωγικές γνώσεις απαιτεί η αντιμετώπιση των προβλημάτων των εφήβων. (Ιωαννίδου Ε., 1978)

Οι γονείς πρέπει να πιστέψουν ότι ο έφηβος δεν είναι πια ο μικρός υποτακτικός, που εκτελούσε αδιαμαρτύρητα τις εντολές τους, που άκουγε τη γνώμη τους και τους θεωρούσε πρότυπο σε δύναμη και γνώση. Ο έφηβος είναι ένας μικρός επαναστάτης που δεν διστάζει να ρίξει στην πυρά της καταστροφής κάθε τι που θαύμαζε ως τώρα. Επαναστατεί ενάντια στην εξουσία των γονέων του. Αντιτίθεται στις ιδέες τους, στην πίστη τους, στον τρόπο ζωής τους. Πολλές φορές δρα βίαια εναντίον τους, πολεμώντας την ηθική και την παραδοσιακή τους κοινωνική παρουσία. Άλλοτε, πάλι, υποτιμά τη νοημοσύνη τους, ισχυριζόμενος ότι δεν μπορούν να καταλάβουν τίποτα. Ο έφηβος, κρίνει, διωλίζει και «κοσκινίζει» τις ελλείψεις, τις αδυναμίες και τα λάθη των γονέων του. Η συμπεριφορά τους αντιμετωπίζεται επιθετικά και μάλιστα μπροστά σε φίλους, χωρίς αντικειμενικότητα και ρεαλισμό. (Ιωαννίδου Ε., 1978)

Πολλοί έφηβοι αποφεύγουν σκόπιμα να κυκλοφορούν με τους γονείς τους, για να μη βρεθούν στη δυσάρεστη θέση να τους συστήσουν

σε φίλους ή συμμαθητές τους. Νομίζουν ότι έτσι ελευθερώνονται, αλλά ουσιαστικά γίνονται «σκλάβοι» ενός άλλου τρόπου συμπεριφοράς, τον οποίο επιβάλλον οι φίλοι, η ομάδα των νέων στην οποία ανήκουν. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Μερικοί έφηβοι χειρονομούν εναντίον των γονιών τους, όταν αυτοί στέκονται εμπόδιο στην ικανοποίηση των επιθυμιών τους. Άλλοτε, χτυπάνε τα αδέρφια τους, συνήθως μικρότερης ηλικίας, εφόσον δεν μπορούν να επιτεθούν στους ίδιους τους γονείς τους. Κι όμως, τα ίδια αυτά αδέρφια θα υπερασπιστούν μέχρι αυτοθυσίας πολλές φορές, όταν κινδυνεύουν από άλλους έξω από την οικογένεια. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Αξίζει να σημειωθεί ότι ναι μεν τα παιδιά πρέπει να υπακούν στους γονείς τους, αλλά και οι γονείς δεν πρέπει να τα εξοργίζουν, δημιουργώντας γι' αυτά δυσάρεστες καταστάσεις, κυρίως συναισθηματικές. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Πρέπει να τονισθεί και ακόμη ένα γεγονός. Ενώ οι γονείς προσπαθούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των εφήβων, εκείνα που διαρκώς αντιμετωπίζουν τους «αλλάζουν» αφάνταστα. Ο έφηβος φέρνει τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας (μικρότερα ή και μεγαλύτερα αδέρφια) μπροστά σε μια νέα πραγματικότητα. Όσον αφορά τους γονείς, τους κάνει να βλέπουν τα πράγματα διαφορετικά, να ανέχονται πολλά να συγχωρούν περισσότερο. Η εφηβεία και τα προβλήματά της κάνουν τους γονείς να επανεξετάσουν τη στάση τους. Έτσι, η αρχική ασύμμετρη σχέση γονέων – παιδιών οδηγείται προοδευτικά σε μια αξιόλογη συμμετρία θέσεων και απόψεων. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Σύγχρονες παιδαγωγικές έρευνες αποκάλυψαν τρεις τύπους γονέων των εφήβων. Αυτοί είναι: α) **Ο αυταρχικός.** Στον τύπο αυτό κατατάσσονται οι γονείς που αποφασίζουν και ζητούν από τον έφηβο πιστή τήρηση των εντολών τους. β) **Ο αδιάφορος.** Ο τύπος αυτός των

γονέων μένει μακριά από όλα τα προβλήματα του εφήβου. γ) **Ο δημοκρατικός**. Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζει γονείς που συζητούν με τον έφηβο και βρίσκουν από κοινού το σωστό. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Πολλά εμπειρικά δεδομένα πείθουν ότι οι **αυταρχικοί** γονείς παγώνουν τις σχέσεις με τον έφηβο και περιορίζουν την πρωτοβουλία και τη δημιουργική του δραστηριότητα. Αλλά και η **αδιαφορία** νεκρώνει τους εφηβικούς οραματισμούς, μια και λείπει η αγάπη και το ενδιαφέρον των γονέων. Οι **δημοκρατικοί** γονείς δημιουργούν το καλύτερο κλίμα σχέσεων με τον έφηβο. Έρευνες έδειξαν ότι, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια, το συναίσθημα εμπιστοσύνης στον εαυτό τους είναι ισχυρότερο, όταν οι γονείς τους είναι δημοκρατικοί, παρά αδιάφοροι ή αυταρχικοί. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Τις σχέσεις γονέων – εφήβων πρέπει να διέπει η αμοιβαία αγάπη, ο δημοκρατικός διάλογος και η υπευθυνότητα. Έτσι, αναπτύσσεται σωστά ο έφηβος και προετοιμάζεται για τη ζωή. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Ένας έφηβος γράφει τα εξής χαρακτηριστικά: «Για να βγεις ανεξάρτητος, με τη ζωή στα χέρια σου, πρέπει να ανατρέφεται με σκοπό την ανεξαρτησία. Το παιδί μαθαίνει τη συνεργασία, συνεργαζόμενο. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Το εφηβικής ηλικίας άτομο, όταν τιμωρείται, μαθαίνει να τιμωρεί ενώ αντίθετα, η σωστή ελευθερία διδάσκει στο παιδί να είναι ελεύθερο, αποφασιστικό και υπεύθυνο. Οι πρωτοβουλίες του πρέπει να κατευθύνονται από μια ελεύθερη βούληση». (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Αποτελεσματική μέθοδος αγωγής των εφήβων θεωρείται η **φιλική** σχέση με τους γονείς του. Η οικείωση γονέων και εφήβων δημιουργεί το καλύτερο κλίμα διαπαιδαγώγησης. Οι γονείς που συνδέονται φιλικά με το εφηβικής ηλικίας παιδί τους γίνονται πρόσωπα εμπιστοσύνης, εγγύησης και ελπίδας. Έτσι, μπορούν να στηρίζουν τον έφηβο σε όποιο πρόβλημα αντιμετωπίζει. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Αντίθετα, η χρήση βίας διώχνει τον έφηβο από τους γονείς. Παγώνει τις σχέσεις, παραλύει την επικοινωνία. Ακόμη και όταν πρέπει να πιάσουν οι γονείς για να μην πάρουν τα πράγματα ανεπιθύμητες εξελίξεις, πρέπει να το κάνουν με τρόπο, ώστε να μη δίνουν την εντύπωση του τιμωρού ή του σκληρού δυνάστη. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

Ο έφηβος έχει την ανάγκη να γνωρίζει ότι οι γονείς του τον αγαπούν και είναι κοντά του στα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Δεν θέλει να έχει γονείς που δεν του συμπαρίστανται. Αν τον αφήνουν έρμαιο στους έντονους προβληματισμούς που αντιμετωπίζει, αργότερα, θα τους καταλογίσει ευθύνες. Θα τους θεωρήσει υπεύθυνους των αποτυχιών του. (Ιωαννίδου Ε.,1978)

“Οι γονείς οι οποίοι δεν εργάστηκαν μεθοδικά από τα πρώτα βήματα του παιδιού, θα αντιμετωπίσουν ιδιαίτερες δυσκολίες. Πολλοί από αυτούς φθάνουν στο σημείο να ομολογούν τα λάθη τους και να ζητούν βοήθεια από ειδικούς στις κρίσιμες ώρες. Επίσης, δυσκολίες θα αντιμετωπίσουν και οι γονείς που δεν καλλιέργησαν στα παιδιά τους ένα πνεύμα πειθαρχημένης ελευθερίας. Αν οι γονείς καλλιέργησαν στα παιδιά τους αυτό το πνεύμα, το εφηβικής ηλικίας παιδί τους θα συνειδητοποιεί ότι η ελευθερία για δράση, ψυχαγωγία, αναζήτηση αξιών και μέσω μόρφωσης πρέπει να συνοδεύεται από ένα υψηλό «αίσθημα ευθύνης». Ο υπεύθυνος άνθρωπος είναι περισσότερο ελεύθερος”.

(Ιωαννίδου Ε.,1978)

2.4 Η σχέση του εφήβου με τους συνομήλικους

Για να ωριμάσει το παιδί είναι απαραίτητο να φύγει σταδιακά από τους γονείς του και να προσεγγίσει τους συνομηλικούς του. Η παρέα του θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Εκεί οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες και τις ικανότητές τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σ' αυτούς. Στην αρχή της εφηβείας οι παρέες είναι συνήθως του ίδιου φύλου και τα αγόρια κάνουν συνήθως μεγάλες ομάδες με το ίδιο ντύσιμο, κούρεμα και φρασεολογία. (Νομικού Χ., 2003)

Οι έφηβοι στο στάδιο της μέσης εφηβείας συμμετέχουν πλέον σε ομάδες από νέους και των δύο φύλων. Εκεί μέσα ο ένας υποστηρίζει τον άλλο και αποκτά αυτοπεποίθηση και μαθαίνει έτσι να συναναστρέφεται και να αποκτά άνεση. Οι σχέσεις των εφήβων μπορεί να επεκτείνονται και σε άλλους τομείς εκτός οικογένειας. (Νομικού Χ., 2003)

2.5 Επιρροές από τα Μ.Μ.Ε.

Όπως είναι γνωστό, η τηλεόραση γεννήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στη δεκαετία του 1950. Σήμερα, ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο, η τηλεόραση είναι ενσωματωμένη στη ζωή όλων των ανθρώπων του πλανήτη και αποσπά μεγάλο χρόνο του εικοσιτετραώρου τους. Είναι κοινά αποδεκτό ότι έχει μεγάλη δύναμη και ασκεί πολύ μεγάλη επιρροή σε όλους τους ανθρώπους και ιδιαίτερα στους ανθρώπους με ελλιπή ωριμότητα και ανεπαρκείς εμπειρίες, όπως είναι τα παιδιά και οι νέοι (www.efibeia.gr)

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η τηλεόραση έχει μεγάλη δύναμη και μπορεί να ασκεί σημαντικό μορφοποιητικό ρόλο με περισσότερη επιτυχία από ό,τι το σχολείο και η οικογένεια. Κι αυτό γιατί έχει την δυνατότητα να παρουσιάζει αυτό που θέλει ο παραγωγός επενδυμένο με χρώμα, κίνηση, ήχο κτλ και δομημένο με τρόπο, ώστε να προκαλεί την προσοχή των παιδιών και των νέων περισσότερο από την επιτυχή διδασκαλία στο σχολείο ή την πιο χρήσιμη συζήτηση στο σπίτι με τους γονείς. (www.efibeia.gr).

Παρ' όλα αυτά, όλοι συμφωνούν ότι τα προγράμματα της τηλεόρασης, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους, είναι επικίνδυνα για τα παιδιά και τους νέους. Η σχεδιασμένη και απροκάλυπτη προβολή διεφθαρμένων προτύπων, αλλά και η συγκεκαλυμμένη προώθησή τους μέσα από την προπαγάνδα και τη διαφήμιση ασκεί τρομακτική πίεση στα παιδιά και τους νέους. Γιατί να μην είναι για ένα μεγάλο μέρος των παιδιών και των νέων το πρότυπο ο τοκογλύφος, ο αεριτζής, ο απατεώνας, ο τζογαδόρος, ο νονός και όλοι οι άλλοι με τα εύκολα κέρδη. Όλα αυτά και άλλα παρόμοια «συναπαρτίζουν ένα τεράστιο επικίνδυνο πλέγμα, μια δίνη που στροβιλίζεται και ρουφά τα παιδιά και τους νέους

μας στο απύθμενο βάθος της εξαχρείωσης». Άλλοι αναφερόμενοι με αυστηρότερους χαρακτηρισμούς στην τηλεόραση λένε π.χ. ότι « η τηλεόραση έχει αποβεί εν πολλοίς η μεγάλη αντιπνευματική τροφός, διαχέει στην κοινωνία και στην οικογένεια αξίες υποκοουλτούρας, άκριτο καταναλωτισμό και χυδαίο ευδαιμονισμό». (www.efibeia.gr).

Η μεγάλη βιβλιογραφία που υπάρχει σε όλες τις χώρες του πλανήτη συγκλίνει σε δύο διαπιστώσεις:

(i) η τηλεόραση προκαλεί στα παιδιά και στους νέους, αλλά και γενικότερα στην κοινωνία, πολλά και σοβαρά προβλήματα όπως: ο χαμένος χρόνος, η ολέθρια επιρροή που ασκεί στη συμπεριφορά, ο ανταγωνισμός σε βάρος της οικογένειας και του σχολείου, η διαστρέβλωση των αξιών του ανθρώπου και της ζωής, και η χωρίς μέτρο δημιουργία μύθων .

(ii) η βία, το σεξ, ο εντυπωσιασμός είναι τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούν οι παραγωγοί της τηλεόρασης, για να αυξήσουν την τηλεθέαση και την εμπορικότητα των προϊόντων τους στο κοινό. Και αν αυτό κορεστεί αρκεί να αυξηθεί η δόση. (www.efibeia.gr).

Συνεπώς, οι ελάχιστες εκπομπές που μπορεί να ωφελούν δεν φτάνουν για να εξισορροπήσουν τον κίνδυνο που υπάρχει ιδιαίτερα για τα παιδιά και τους νέους. (www.efibeia.gr)

Εύλογα δημιουργείται το ερώτημα: Πως η τηλεόραση κατορθώνει να ασκεί τόση επιρροή και να είναι κατά κοινή ομολογία, κίνδυνος για το παιδί και τον νέο; Η απάντηση είναι απλή: Με την προπαγάνδα, τη διαφήμιση και τη χρήση της τεχνολογίας (ήχος, εικόνα, κίνηση, εντυπωσιασμός κλπ). Έτσι κατορθώνει να αιχμαλωτίζει μικρούς και μεγάλους, με σοβαρές συνέπειες, μερικές από τις οποίες αναφέρονται παρακάτω. (www.adolescens.com)

Η τηλεόραση συνήθως προβάλλει διαφορετικά πρότυπα και αξίες ζωής από αυτά που το σχολείο και η οικογένεια προσπαθούν να

προωθήσουν. Ο ερωτισμός, η βία, το σεξ, ο τζόγος, η επικράτηση του ισχυρότερου, η καπατσοσύνη, η καταπάτηση των αξιών του ανθρώπου και της ζωής κ.τ.ό. κυριαρχούν στα σίριαλ που προβάλλονται καθημερινά. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι στις ΗΠΑ υπάρχουν κατά μέσον όρο 25 πράξεις βίας την ώρα στις παιδικές εκπομπές. Και αν, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η δύναμη της τηλεόρασης και η επιρροή που ασκεί στα παιδιά και στους νέους είναι ισχυρότερη από αυτή που ασκεί το σχολείο και η οικογένεια, τότε η τηλεόραση λειτουργεί ως μια πολύ ισχυρή αντίρροπη διδακτική δύναμη, ικανή να αποπροσανατολίζει τα παιδιά και τους νέους από την προσπάθεια της οικογένειας και του σχολείου να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή κοινωνικοποίηση. Σιγά σιγά καθιστά εξαρτημένα από αυτή άτομα και τα οδηγεί στην εξαθλίωση. (www.adolescens.com)

Λόγω των ερεθισμάτων και των πληροφοριών που δέχονται τα παιδιά και οι νέοι από την οικογένεια, το σχολείο και την τηλεόραση, όταν μάλιστα αυτές είναι αντικρουόμενες, δημιουργείται σύγχυση. Δυσκολεύονται να οργανώσουν και να επεξεργαστούν σωστά όλες αυτές τις πληροφορίες και σιγά σιγά παραιτούνται και καθίστανται παθητικοί δέκτες, μιμούμενοι τους ήρωές τους. (www.adolescens.com)

Τα παιδιά και οι νέοι μαθαίνουν τον κόσμο που τα περιβάλλει περισσότερο από την τηλεόραση και λιγότερο από την άμεση παρατήρηση, όπως συνέβαινε παλιότερα. Αυτό έχει δύο κινδύνους: Πρώτο, να καταλήγουν σε λανθασμένα συμπεράσματα, δεδομένου ότι είναι μόνα μπροστά στην τηλεόραση, χωρίς διάλογο και καθοδήγηση από περισσότερο έμπειρα πρόσωπα, όπως είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Δεύτερο, να παρακολουθούν στην τηλεόραση μια φτιαχτή, εικονική, ψεύτικη πραγματικότητα του κόσμου και της ζωής, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν λανθασμένη αντίληψη για τους κανόνες και τις αξίες της

ζωής και να ξεπέσουν έτσι στο επίπεδο της υποκουλτούρας.
(www.adolescens.com)

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η τηλεόραση ασκεί σοβαρή βλαπτική επίδραση στα παιδιά και τους νέους
(www.efibeia.gr).

Για έφηβους (μέχρι την ηλικία των 17 ετών περίπου).

- Όσο η ηλικία μεγαλώνει τόσο οι περιορισμοί περιορίζονται και σιγά σιγά ατονούν.

- Ωστόσο, και για τον έφηβο είναι καλό να υπάρχουν κανόνες και περιορισμοί. Αν αυτοί λείψουν εντελώς υπάρχει πιθανότητα οι έφηβοι να ταυτιστούν και να ενδώσουν στα στερεοτυπικά πορτραίτα της τηλεόρασης (14). Απλώς εφαρμόζονται με συναίνεση και αποδοχή.

- Οι γονείς πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν πρέπει να σχολιάσουν με τα παιδιά τους θέματα, όπως είναι π.χ. πρότυπα σεξουαλικής βίας. Για να σχολιαστούν μερικά θέματα πρέπει οι γονείς να έχουν φροντίσει προηγουμένως να έχουν απομυθοποιηθεί, να έχουν δηλαδή μιλήσει για τα θέματα αυτά με τα παιδιά τους, ώστε να είναι προετοιμασμένα για ανάλογη συζήτηση στην τηλεόραση.

Τέλος, οι γονείς πρέπει να ξέρουν ότι:

(i) Οι απαγορεύσεις δεν είναι καλή στρατηγική και δύσκολα οδηγούν σε επιτυχία.

(ii) Η ιδιοσυγκρασία του παιδιού και του νέου είναι σημαντικό κριτήριο προκειμένου να επιλέξει ο γονέας τη μέθοδο που θα ακολουθήσει.

(iii) Όσο καλύτερες είναι οι σχέσεις των γονέων και των παιδιών/νέων τόσο πιο εύκολα και πιο αποτελεσματικά μπορούν να τα προστατεύουν από τις αρνητικές επιρροές της τηλεόρασης.
(www.efibeia.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

«Αίμα από τραύμα, χέρι που ματώνει

Το κόκκινο αίμα, με κάνει να νιώθω αληθινός

Είμαι ζωντανός, αισθάνομαι πόνο – αλλιώς αναίσθητος

*Μπορεί να είμαι εξίσου καλά, όσο μια πλαστική παιδική κούκλα,
μέχρι,*

Να κόψω το εαυτό μου, να ματώσει και να δω το αίμα

Να τρέχει από το σώμα μου.

*Όχι πλαστικός μετά από όλα αυτά... αλλά, ανθρώπινη
παιδική κούκλα.*

(ποίημα ατόμου που αυτοκαταστρέφεται)

3.1 Είδη αυτοκαταστροφικών τάσεων

3.1.1 Αυτοτραυματισμός

Ο αυτοτραυματισμός δεν είναι ένα απλό θέμα που συζητείται εύκολα και ούτε είναι εύκολα κατανοητό. Εκτιμάται ότι το 1% του πληθυσμού των Η.Π.Α., συμφωνεί με τον αυτοτραυματισμό και ότι είναι πιο διαδεδομένος στους εφήβους. Οι Favazza και Conterio, δύο ηγετικοί μελετητές του αυτοτραυματισμού, θεωρούν ότι στον αυτοτραυματισμό καταφεύγουν 2 με 8 εκατομμύρια Αμερικάνοι κάθε χρόνο ή το 0,71% με 2,8% του πληθυσμού. Αρκετές από τις μετέπειτα μελέτες τους, έχουν αποδείξει ότι ο αριθμός μπορεί να είναι και μεγαλύτερος.

Ως αυτοτραυματισμός, ορίζεται η σκόπιμη καταστροφική ενέργεια στο σώμα, η οποία γίνεται κατά διαστήματα, έχοντας ως σκοπό την αλλαγή των συναισθημάτων του ατόμου (που αυτοτραυματίζεται).

(Favazza, 1998)

Ο αυτοτραυματισμός, είναι διαφορετικός ανάμεσα σε ομάδες και πολιτισμούς μέσα στην κοινωνία. Ο ίδιος έχει αρχίσει να γίνεται γνωστός πρόσφατα και ειδικότερα στους ανήλικους.

Το να κάνω τον εαυτό μου να πονά, είναι γνωστό, σαν αυτοτραυματισμός, σαν αυτο-τιμωρία μέσω βίας, σαν αυτο-καταστροφική συμπεριφορά ή σαν αυτο-ακρωτηριασμός.

Ο αυτο-τραυματισμός, δεν έχει γίνει ακόμη μια επίσημη διαταραχή, και σαν αποτέλεσμα δεν έχει επίσημο όνομα, έτσι, ο καθένας που γράφει ένα βιβλίο πάνω σ' αυτό το θέμα, χρησιμοποιεί το δικό του όνομα, αλλά γενικά αποδεχόμαστε ότι όλα αυτά τα ονόματα αναφέρονται στο ίδιο πράγμα.

Ο αυτο-ακρωτηριασμός, φαίνεται, να είναι λέξη πιο αποδεκτή, μεταξύ των νοσοκομειακών γιατρών. Όμως, όσοι αυτο-τραυματίζονται, συχνά βρίσκουν αυτή την λέξη ταπεινωτική, και προτιμούν να χρησιμοποιούν την λέξη «αυτο-τραυματισμός». Περιγράφουν την συμπεριφορά απλά και κυριολεκτικά και δεν μεταφέρουν ταπεινωτικά ή άλλα περιττά συμπεράσματα.

Ο αυτο-τραυματισμός, παρατηρείται εδώ και αρκετό καιρό, αλλά δεν ήταν τόσο εμφανής, όσο είναι σήμερα. Γι' αυτόν, έχει αρχίσει να γίνεται λόγος, πρόσφατα. Το τελευταίο διάστημα, η αυλαία, έχει ανοίξει, γι' αυτή την ιδιωτική συμπεριφορά, σαν να είναι περισσότερο αποδεκτή, όταν μοιράζονται τα παιδιά τις δικές τους ιστορίες πάνω στον αυτο-τραυματισμό.

Ένας λόγος, που έχει συμβεί αυτό είναι επειδή αυτή η γενιά των εφήβων και των νέων ενηλίκων έχει βιώσει μεγαλύτερη έλλειψη κατευθύνσεων από τους γονείς τους, καθώς και περισσότερη αναστάτωση απ' ότι οι προηγούμενες γενιές. Συνεπώς, είναι περισσότερο εκτεθειμένα, στο να βρίσκουν διεξόδους στις προσωπικές και ομαδικές τους απογοητεύσεις. Άλλωστε, πρόκειται για μια γενιά, η οποία έχει αποδειχθεί τα τρυπήματα σε μέρη του σώματος (body piercing), την δερματοστιξία (tattooing) και άλλα είδη τροποποίησης του σώματος όπως ο τραγουδιστής **Marilyn Manson**, ο οποίος γδέρνει το σώμα του με



σπασμένο γυαλί κατά την διάρκεια συναυλιών , και έχει παρουσιάσει τον αυτο-τραυματισμό, για να κάνει δεσπόζουσα τάση την pop κουλτούρα.

Η αυτο-καταστροφική συμπεριφορά (SIB) ή αυτο-επιβαλλόμενη βία, έχουν οριστεί ως «η εντολή για εσκεμμένο τραυματισμό σε ανεξάρτητο σώμα. Το τραύμα γίνεται στον εαυτό (του αυτοτραυματιζόμενου) χωρίς την βοήθεια άλλου προσώπου και το τραύμα είναι αρκετά σοβαρό για να προκληθεί ζημιά στο δέρμα, ώστε να υπάρχει αποτέλεσμα». Τα γεγονότα, τα οποία παραπέμπουν στην συνειδητοποιημένη αυτοκτονική πρόθεση ή σχετίζονται με σεξουαλική διέγερση, δεν έχουν καμία σχέση.

Κάποια είδη αυτοτραυματισμού, μπορούν να συμπεριληφθούν στον παρακάτω πίνακα:

| | | |
|------------|--|--|
| • κόψιμο | • σημάδεμα από γράψιμο | • χτύπημα |
| • κάψιμο | • Αφαίρεση και τράβηγμα του δέρματος και των μαλλιών | • Δερματοστιξία (tattooing) |
| • χάραγμα | • δάγκωμα | • κατάχρηση του τρυπήματος του σώματος (piercing) |
| • γδάρισμα | • χτύπημα του κεφαλιού, προκαλώντας έντονο οξύ ήχο | • διαταραχές πρόσληψης τροφής (νευρική ανορεξία, βουλιμία) |
| • σημάδεμα | • γρατζούνισμα | |

Ειδικοί που έχουν διερευνήσει την αυτο-καταστροφική συμπεριφορά (SIB), ταξινομούν την ανωμαλία, σύμφωνα με τρεις τύπους:

Μείζων αυτοακρωτηριασμός ή αυτοτραυματισμός:

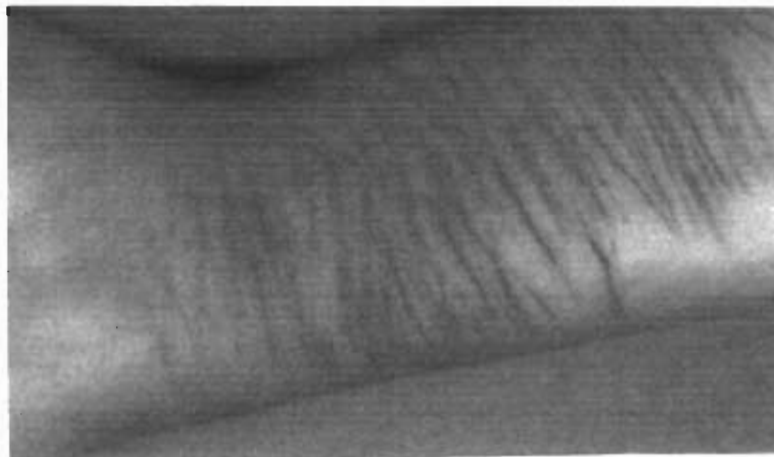
είναι το πιο ακραίο και σπάνιο είδος, της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αποτελείται από γεγονότα, όπως ο ευνουχισμός ή ακρωτηριασμός. Πιο συχνά συμβαίνει εκεί όπου ένα άτομο είναι ψυχωτικό ή



μεθυσμένο. Αυτός ο τύπος έχει σαν αποτέλεσμα, μόνιμη παραμόρφωση.

Στερεοτυπικός αυτοτραυματισμός:

αποτελείται από συμμετρικά και ρυθμικά γεγονότα, όπως χτύπημα κεφαλιού προκαλώντας έντονο οξύ ήχο, αυτοξυλο-αρμό,



πατίκωμα βολβού του ματιού, καθώς και δάγκωμα χεριού. Είναι πιο εμφανής στην ιδρυματοποίηση των διανοητικά καθυστερημένων ατόμων ή αυτών που υποφέρουν από εμμονές - καταναγκαστικές διαταραχές.

Ο τύπος της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, που είναι πιο συνηθισμένος ανάμεσα στους εφήβους και τους νέους είναι ο επιδερμικός ή λογικός αυτοτραυματισμός: έφηβοι, οι οποίοι είναι

εγκλωβισμένοι σ' αυτόν τον κύκλο συμπεριφοράς, κόβουν το δέρμα τους, χαράζουν το δέρμα τους, καίνε το σώμα τους, βάζουν βελόνες στο σώμα



τους ή χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους, οι οποίες επιφέρουν φυσική καταστροφή στους εαυτούς τους. (Favazza, 1998).

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές συμπεριφορές αυτοτραυματισμών, με το κόψιμο και το κάψιμο να αποτελούν τις πιο συνηθισμένες απ' αυτές. Το κόψιμο είναι ίσως ο πιο συνηθισμένος τρόπος τον οποίο χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να τραυματίσουν το σώμα τους. Τις πιο πολλές φορές επιτυγχάνεται με την χρήση ξυραφιών, λεπίδων, κομματιών από γυαλί.

Οι περισσότεροι άνθρωποι κόβονται στους καρπούς των χεριών και στα πόδια, αλλά υπάρχουν και οι περιπτώσεις αυτών, που χαράσσουν το πρόσωπο, το λαιμό, το στήθος και τα γεννητικά όργανα (Alderman, 1997).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι τα τατουάζ και το υπερβολικό τρύπημα σε διαφορετικά μέρη του σώματος, καθώς και η αισθητική χειρουργική έχουν επίσης θεωρηθεί σε μερικές περιπτώσεις ως μορφές αυτοτραυματισμού. (Connors 2000, Farber 2000). Επειδή πολλές μορφές τατουάζ ή τρυπήματα στο σώμα



περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενη έκθεση σε πόνο. Δεν είναι όμως ξεκάθαρο, ποιες μορφές τατουάζ ή τρυπήματα σε διάφορα σημεία του σώματος, μπορεί να θεωρηθούν αυτοτραυματισμοί, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί επαρκείς έρευνες για να οδηγηθούμε σε ασφαλή συμπεριφορά. (Connors 2000, Farber 2000)

Η περιοχή την οποία επιλέγουν οι άνθρωποι για να τραυματίσουν ποικίλει. Η πιο συνηθισμένη περιοχή είναι τα χέρια (Novdny 1972· Sutton 1999· Walsh k Rosey 1988). Ο Feldman (1988) παρατήρησε ότι οι άνθρωποι τείνουν να χρησιμοποιούν τα χέρια τους, καθώς έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε αυτά και επειδή μπορούν είτε να τα κρύψουν είτε να τα επιδείξουν ευκολότερα. «Το χέρι παραμένει το πιο συνηθισμένο μέρος, αφ' ενός διότι μπορεί εύκολα να γίνει σ' αυτό και εφ' ετέρου, διότι τα σημάδια στο χέρι μπορούν να εκτεθούν ή να καλυφθούν». (Feldman, 1988, σελ. 255).

Η περιοχή που θα επιλεγεί έχει μεγάλη σημασία για την αξιολόγηση, καθώς και για την κατανόηση της σημασίας της πράξης. Ο Burstow (1972), υποστηρίζει ότι στις γυναίκες που αυτοτραυματίζονται,

κυρίως σε ευαίσθητες περιοχές «στις περιπτώσεις δηλαδή ακρωτηριασμού στα γεννητικά όργανα και το στήθος, θα πρέπει πάντα να ελέγχεται η πιθανότητα ακραίας παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης».
(σελ. 181)

Το κάψιμο αποτελεί τη δεύτερη πιο συνηθισμένη συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Οι μέθοδοι και τα μέσα που επιλέγονται διαφέρουν επίσης, όπως τα τσιγάρα, οι αναπτήρες, αντικείμενα που έχουν ζεσταθεί.
(Alderman, 1997)

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει σε άτομα που αυτοτραυματίζονται, έχει αποδειχθεί ότι:

- το 72% προτιμά το κόψιμο
- το 35% προτιμά το κάψιμο
- και το 30% να χτυπά το σώμα του.

Από τότε που έχει παρατηρηθεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, είναι δύσκολο να βρεθούν τα ακριβή στατιστικά που επικρατούν σ' αυτά. Είναι γνωστό, ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που αυτοτραυματίζονται, αρχίζει στα 14 και συνεχίζεται ο εθισμός, συχνά με σοβαρή αύξηση, μέχρι τα 20.

Ανάμεσα στους εφήβους, η αναλογία αγόρια – κορίτσια, που αυτοτραυματίζονται είναι ίση. Οι περισσότεροι από τους εφήβους και τους νέους ενήλικους που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, είναι συχνά αυτοί που υποψιάζεται κάποιος λιγότερο. Αρκετοί, από αυτούς, είναι έξυπνοι, ευφυείς και σε γενικές γραμμές «φυσιολογικοί».

(www.selfinjury.com)

3.1.2 Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Οι διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός κυρίως γυναικών αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία. Αν και αυτές οι διαταραχές περιγράφονται σαν πρωτογενείς, δηλαδή ότι δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου, πρέπει να σημειώσουμε ότι πολλοί ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, «νευρώσεις» και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας. (Sue, etch, 1997)

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι οι εξής:

1. Ψυχογενής ανορεξία

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία - anorexia) είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέλησή του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι:

- άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος
- έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ
- διαταραχή στη σωματική εικόνα
- σημαντική απώλεια βάρους
- αμηνόρροια στις γυναίκες. (Sue, 1997)

Άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα και όταν έχουν απισχνάνθη αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους της παχυσαρκίας. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματος τους και της εξωτερικής του σωματικής εικόνας. Δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις, συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα και όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.



(Sue, 1997)

Η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν γνωρίζουμε. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητικό εμετό.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια δίαιτα.

Καθώς, όμως η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει

βάρος γιατί είναι παχύ». Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος: η θνησιμότητα ξεπερνά το 10%. Γι' αυτό, συχνά η νοσηλεία και η υποχρεωτική σίτιση είναι απαραίτητη για τη σωτηρία του ανορεκτικού ατόμου.

Πολλές χορεύτριες μπαλέτου, αθλήτριες, μοντέλα, έχουν Ψυχογενή Ανορεξία, όπως και άντρες αθλητές που είναι υποχρεωμένοι να έχουν ορισμένο βάρος κατά τους αγώνες. (Sue, 1997).

- Αιτιολογία

Ψυχολογικοί κοινωνικοί γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Οι Ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες στα νιάτα, στην ομορφιά και στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος. Μελέτες σε οικογένειες και διδύμους έχουν δείξει τη γενετική / κληρονομική πλευρά της διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν την διαταραχή. Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου, που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία).

(Sue, 1997)

II. Ψυχογενής βουλιμία

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει να τρώει, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως προκλητού εμετού, καθαρτικών, Διουρητικών, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. (Sue, etch, 1997)

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα, όπως παγωτά, κέικ, κουλουράκια κλπ.

Τυπικά τα βουλιμικά άτομα ντρέπονται για την συμπεριφορά τους και προσπαθούν να κρύψουν τα επεισόδια υπερφαγίας.

Τα επεισόδια αυτά, συνήθως εκλύονται από δυσφορικές καταστάσεις, από διαπροσωπικά προβλήματα, από έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά αισθήματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Κατά τα επεισόδια υπερφαγίας το άτομο συνήθως τρώει κρυφά και δεν σταματά παρά μόνον όταν πέσει για ύπνο ή κάποιος το διακόψει ή προκαλέσει εμετό. Ο προκλητικός εμετός χρησιμοποιείται από το 80% - 90% των βουλιμικών ατόμων για να αποφευχθεί η αύξηση του βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής. Περίπου 30% των βουλιμικών παίρνουν καθαρτικά μετά τα επεισόδια της υπερφαγίας.

Η έναρξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα.

Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Σε πολλές περιπτώσεις ανευρίσκεται πιο σφαιρική ψυχολογία, π.χ. κάποια διαταραχή της προσωπικότητας. Ψυχοδυναμικές θεωρίες προτείνουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στην

μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν.

Από την άλλη μεριά., πολλές μελέτες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της Διάθεσης και Διαταραχών Σχετιζόμενων με Ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με τη διαταραχή. Κάποιο ρόλο, επίσης παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές. (Sue, 1997)

Ένα γνωστό παράδειγμα Ψυχογενούς Βουλιμίας, είναι αυτό της Πριγκίπισσας **Diana**.

Η Πριγκίπισσα Diana, γεννήθηκε την 1^η Ιουλίου του 1961. Οι γονείς της πήραν διαζύγιο, όταν ήταν 6 ετών και απ' ότι είπε η ίδια, αυτό της στοίχισε πολύ. Στα 14 της περιέγραψε τον εαυτό της ως κακή μαθήτρια και άτομο χωρίς ελπίδα.



Κατά την διάρκεια του γάμου της, ένιωθε ότι δεν είχε τον έλεγχο της ζωής της και ότι είχε έναν «πόνο» μέσα της που δεν έφευγε.

Το 1995 σε μια συνέντευξή της στο BBC, παραδέχθηκε ότι αυτοτραυματίζεται. Είπε ότι είχε κόψει τους καρπούς και τα πόδια της. Εξηγώντας, ανέφερε: «Έχεις τόσο πόνο μέσα σου, και προσπαθείς να τραυματίσεις τον εαυτό σου με εμφανή εξωτερικά σημάδια, επειδή ζητάς βοήθεια».

Η ίδια, ήταν γνωστή ως η πιο διάσημη βουλιμική, κάτι που είχε παραδεχθεί και η ίδια.

(www.Famous self-injurers.com)

3.1.3 Αντιστοιχία αντρών και γυναικών

Η ερώτηση αν είναι περισσότεροι οι άντρες ή οι γυναίκες που αυτοτραυματίζονται είναι αναπάντητη μέχρι και σήμερα.

Οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τον αυτοτραυματισμό και γι' αυτό είναι επικρατέστερος σε αυτές. Από την άλλη μεριά στα ιδρύματα όπως φυλακές ή ψυχιατρικά νοσοκομεία, ο αυτοτραυματισμός βρίσκεται πιο συχνά στους άντρες. Η Alderman γράφοντας το 1997 περιγράφει ότι ο αυτοτραυματισμός ανάμεσα στις γυναίκες και στους άντρες είναι περίπου ίσος. Η ίδια όμως βρίσκεται στην μειονότητα.

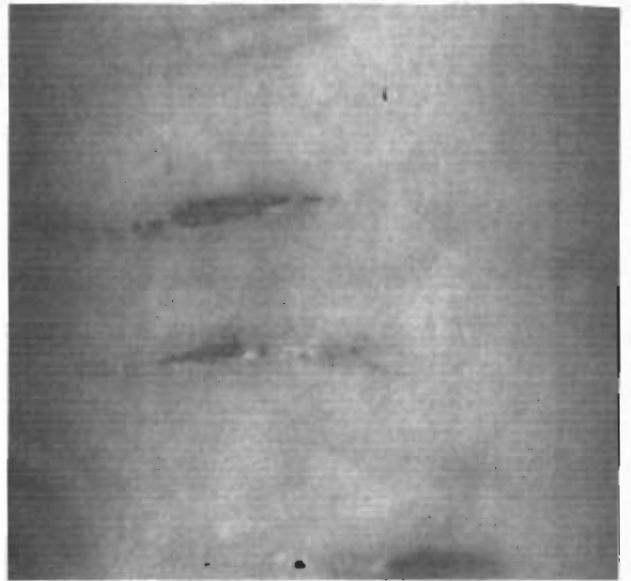


Ο Conterio, οι Lader, Strong, Turner και Levenkron είναι ανάμεσα σ' αυτούς που πιστεύουν ότι ο αυτοτραυματισμός είναι περισσότερο συχνός στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Γι' αυτό, οι περισσότεροι, χρησιμοποιούν θηλυκές αντωνυμίες, αναφερόμενοι σε αυτοτραυματισμούς. Πρέπει όμως να θυμόμαστε ότι υπάρχουν πολλοί άντρες που αυτοτραυματίζονται.

(Alderman, 1997, Conterio 1988)

3.2 Συναισθήματα των αυτοτραυματιζόμενων κατά τη διάρκεια καθώς και μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης.

Οι περισσότεροι από αυτούς, που αυτο-τραυματίζονται, κατά την διάρκεια του αυτο-τραυματισμού, αισθάνονται μια αυξανόμενη τάση αρνητικών αισθημάτων και συναισθημάτων. Όταν αυτά τα αισθήματα, αρχίσουν να αναπτύσσονται περισσότερο απ' ό,τι οι ίδιοι θεωρούν ότι μπορούν να χειριστούν, «αναφέρουν ότι νιώθουν αναίσθητοι, αποσυρμένοι και ψεύτικοι. Και τα αρνητικά αισθήματα γίνονται ανυπόφορα. Το κόψιμο, τυπικά επέρχεται στην απουσία επώδυνων συναισθημάτων».



Αν υπάρχει πόνος, συνήθως γίνεται αισθητός για αρκετά λεπτά ή ακόμα και για μέρες μετά τον τραυματισμό. Αυτοί που αναφέρουν ότι αισθάνονται πόνο, λένε, ότι ο πόνος είναι «εκπλήρωση – είναι το αίσθημα που πραγματικά επιζητούν» (www.selfinjury.com).

Όσοι έχουν κάνει αυτοβιογραφίες, αναφέρουν ότι αυτοτραυματίζονται επειδή «με κάνει να νιώθω καλύτερα».

Περιγράφουν περιόδους απίστευτης συναισθηματικής αναστάτωσης, θυμό, μίσος και άγχος. Συναισθήματα που καταλάγιαζαν με την καθαρτική πράξη του αυτο-τραυματισμού.

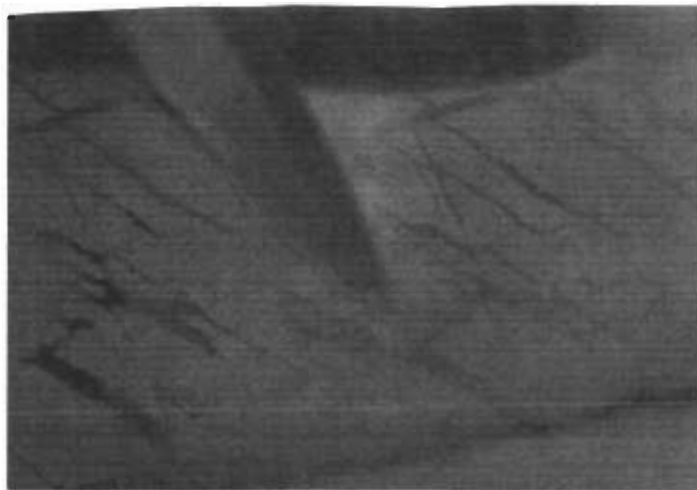
«Καθώς κοβόμουν όλο και πιο βαθιά, το μυαλό μου άρχισε να αισθάνεται ανακουφισμένο από τον τραυματισμό», αναφέρει κάποιος που κάνει χρήση του αυτο-τραυματισμού. «Το σώμα μου αναπαυόταν

από την ένταση και άρχιζα να αισθάνομαι ανακουφισμένος», συνεχίζει ο ίδιος.

Καθώς η αυτο-τραυματική συμπεριφορά είναι λάθος και αφύσικη, γίνεται μια λειτουργική μαρκίζα στρατηγικής για τα άτομα που δεν έχουν διδαχθεί υγιείς και σωστούς τρόπους, να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα και τις ανάγκες της ζωής.

Σε αντίθεση με την απελευθέρωση, άλλοι αναφέρουν ότι η πράξη τους βοηθά να αισθάνονται «ζωντανοί». Είναι καθησυχασμένοι, από την ικανότητα τους να αισθάνονται φυσικά συναισθήματα. Περιγράφουν μια επιθυμία να δραπετεύσουν από το «μούδιασμα» και αισθανόμενοι «κάτι» ξέρουν ότι είναι ακόμη ζωντανοί. «Έχουν υπάρξει στιγμές, που δεν ένιωθα ότι είμαι ζωντανή» αναφέρει η Jane. «Κάνω κάτι για να αισθανθώ – οτιδήποτε. Αυτό είναι συνήθως το κόψιμο. Απλώς βλέπω το αίμα... δεν ξέρω γιατί».

Ακόμη, άλλοι καταφεύγουν στην αυτο-καταστροφική συμπεριφορά, ως μέσο για να κερδίσουν τον έλεγχο μιας χαοτικής πράξης. «Μερικές φορές νιώθω ακριβώς εκτός ελέγχου», λέει ένας



19χρονος φοιτητής σε κολέγιο. «Όλος ο πόνος και η σύγχυση. Η απώλεια και ο συναισθηματικός πόνος, μεταφέρονται σε κάτι που μπορώ να ελέγξω και να αισθανθώ». Αυτό, ισχύει ιδιαίτερα για τα παιδιά που έχουν βιώσει την κακοποίηση. Θεωρούν την αυτό-καταστροφική συμπεριφορά ως τρόπο, για να ασκήσουν τη δύναμή τους στο μέσο του ανικανοποίητου αισθήματος. «Ποιος καλύτερος τρόπος για να κερδηθεί ο έλεγχος, από το να κάνω κάτι στον εαυτό μου. Θα σε χτυπήσω – θα σε

χτυπήσω, πάνω σ' αυτό. Δεν θα με βλάψεις άλλο. Θα το κάνω για μένα», αναφέρει ο ίδιος.

Για τους περισσότερους από αυτούς που αυτο-τραυματίζονται, η πράξη είναι προσωπικά τελετουργική, με ατομικές τεχνοτροπίες. Συχνά, περιγράφουν ένα αγαπημένο δωμάτιο, με προτεινόμενο φωτισμό, μουσική υπόκρουση και μια λίστα από πράγματα που χρησιμοποιούν συχνά.

Εν αντίθεση, υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι με τους οποίους αυτο-τιμωρούνται. Μεταξύ αυτών που κόβουν το δέρμα τους, μερικοί μαστιγώνονται με επιπόλαια χτυπήματα, δημιουργώντας κάθε φορά πολυάριθμα σημάδια. Άλλοι, εστιάζονται στο να κάνουν ένα ή δυο πολύ βαθιά χτυπήματα. Αυτοί, που σπάνε τα κόκαλά τους, χτυπάνε δυνατά τα πλευρά τους σε έναν σκληρό τοίχο ή χτυπιούνται με ένα σφυρί ή άλλα σκληρά αντικείμενα.

Ένα 16χρονο κορίτσι, περιγράφει με τον δικό του τρόπο:

«Κλείνω, όλες τις κουρτίνες του δωματίου μου, ανάβω κεριά πάνω στο κρεβάτι μου και θυμιατίζω το σώμα μου μ' αυτά, στη συνέχεια τρίβω το χέρι μου με αλκοόλ και το κόβω, ακούγοντας το συγκρότημα Enigma».

Ένας άλλος γράφει:

«Μια φορά, έκαψα το σώμα με το σίδερο. Άλλη μια φορά, σχημάτισα γραμμές κατά μήκος του προσώπου μου, που φαινόταν σαν δάκρυα, και δυο φορές, όταν δεν είχα ξυράφι, κάρφωσα τον εαυτό μου με ένα πολύ μυτερό μολύβι».

«Χτύπησα τα χέρια μου, πάνω σε κάτι τσιμεντένιο με γωνιές, μέχρι να ακούσω κάτι να ραγίζει, και είχα πειστεί ότι είχα σπάσει ένα κόκαλο»

λέει μια 20χρονη.

Συνεχίζει, «Αυτή η διαδικασία μερικές φορές διαρκεί 3-5 ώρες. Πάντα σπάω ένα κόκαλο του σώματός μου».

Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι των ατόμων που αυτο-τραυματίζονται, δεν μπορούν να το εξηγήσουν, για κάποιον όμως λόγο, ξέρουν πότε να σταματήσουν την όλη διαδικασία. Η ανάγκη τους να υποστούν τραυματισμό ικανοποιείται. Αισθάνονται ειρηνικά και ανακουφισμένοι, συνέρχονται και συνεχίζουν την ζωή τους, μέχρι να δημιουργηθεί η ανάγκη να καταστρέψουν τον εαυτό τους (σώμα τους), επιφανειακά, για μια ακόμη φορά.



(www.selfinjury.com)

3.3 Μαρτυρίες εφήβων που αυτοτραυματίζονται

«Κατά την διάρκεια, δεν αισθάνομαι τίποτα. Κοιτάζω και αρχίζει να βγαίνει έξω από το σώμα μου και... το αφήνω να βγει. Μετά, είμαι πάντα πιο έξαλλη με τον εαυτό μου και αληθινά συνειδητοποιημένη. Αλλά, αμέσως μετά, αισθάνομαι ανακουφισμένη από αυτό το πραγματικά ανήσυχο – απελπισμένα ανήσυχο – αίσθημα».

17χρονη – άριστη μαθήτρια στο Γυμνάσιο

«Αισθάνομαι ότι υπάρχει κάτι φοβερό μέσα μου, το οποίο πρέπει να βγει με οποιονδήποτε τρόπο μπορώ. Σκέφτομαι ότι αυτό, είναι το μέρος του λόγου, για τον οποίο πρέπει να αιμορραγήσω. Κατόπιν, πάντα αισθάνομαι καθαρός. Αισθάνομαι πως οτιδήποτε με συνέτριβε πριν, τώρα πια έχει αφαιρεθεί. Αισθάνομαι ήρεμος και ότι έχω τον έλεγχό μου».

20χρονος – δευτεροετής φοιτητής κολεγίου

«Εξοργισμένη,
λυπημένη, μόνη, ηλίθια,
χωρίς αξία, παράλογη,
τρελή. Δεν μπορώ να
καταλάβω τι σκέφτομαι,
επειδή ηχώ σαν να είμαι
παραπονιάρια, τόσο
πολυσύνθετη. Κατά την



διάρκεια αισθάνομαι εστιασμένη και πλήρης από αναμονή. Κρατώ εσκεμμένα την αναπνοή μου καθώς κόβομαι, και την αφήνω να βγει κατευθείαν – έτσι εκπνέω καθώς το αίμα τρέχει. Αισθάνομαι τόσο

ήρεμη... όλος ο θόρυβος και η ηλιθιότητα, φεύγουν από το κεφάλι μου... αισθάνομαι σαν να επιπλέω».

15χρονη

«Στο διάστημα της αποκοπής, από τους γονείς μου απέκτησα μόνη μου όποια αυτο-εκτίμηση ή αίσθηση αξίας του εαυτού μου. Υπάρχει, κάποια εσωτερική πίεση – μπορώ να «φορώ» την μάσκα για πολύ καιρό – είμαι υπάκουη και πράα και τέλεια για αρκετό διάστημα, που νομίζω ότι θα εκραγώ.

16χρονη

(www.selfijury.com)

3.4 Αιτιολογία

«Κατά τη διάρκεια της τελευταίας παιδικής ηλικίας και της εφηβείας μου, υπέφερα από παρατεταμένο συναισθηματικό άγχος. Οι γονείς χώρισαν με ένα δύσκολο διαζύγιο, χρησιμοποιώντας εμάς τα παιδιά ως πιόνι για να βλάπτει ο ένας τον άλλον. Ήμουν σεξουαλικά κακοποιημένη. Η μητέρα μου πέθανε. Ο καλύτερος μου φίλος πέθανε... για μένα, όλα αυτά τα γεγονότα ήταν ανυπόφορα. Στην ηλικία των 13, ανακάλυψα ότι ο αυτοτραυματισμός ανακούφιζε προσωρινά, το αβάσταχτο συναισθηματικό μου μπέρδεμα. Κοβόμουν στην τουαλέτα, εκεί όπου οι λεπίδες των ξυραφιών είναι εύχρηστες και μπορούσα να κλειδώσω την πόρτα. Ο κατατεμαχισμός στη σάρκα δεν πονούσε ποτέ... αν και ποτέ δεν με παρέπεμπε ότι έπρεπε – το αίμα έδινε μια περίεργη αίσθηση ευεξίας, ή δύναμης... μερικές φορές, έτριβα το αίμα στο πρόσωπό μου και στα χέρια μου και κοιτούσα τον εαυτό μου στον καθρέφτη. Δεν ήξερα πόσο άρρωστη πρέπει να ήμουν.

Δεν ήξερα. Με ένα ασφαλές αίσθημα αποσύνδεσης, παρακολουθούσα τον εαυτό μου, να παίζει με το αίμα που είχε χυθεί.

Η μπάλα φωτιάς με την ένταση είχε φύγει και ήμουν ήρεμη. Μ' αυτόν τον τρόπο, έμαθα να καταπραΰνω τον εαυτό μου!!

Αυτό το παράδειγμα, είναι παρεμφερές με τις περισσότερες ιστορίες. Τυπικά, το πρώτο επεισόδιο, συμβαίνει κατά την διάρκεια της πρώιμης εφηβείας και το άτομο που αυτοτραυματίζεται, περιγράφει μια ανυπόφορη διάθεση, να επιφέρει καταστροφή, η οποία δεν φαίνεται να εκδηλώνεται.

Ο αυτοτραυματισμός, δεν είναι κάτι, που έχουν ακούσει από άλλους και ούτε είναι κάτι που αρχικά συζητούν με άλλους. Όντως,

πολλοί είναι αυτοί που εκπλήσσονται, όταν μαθαίνουν ότι υπάρχουν και άλλα άτομα που κάνουν το ίδιο.

Πολλοί άνθρωποι με διαταραχές πρόσληψης τροφής, καταφεύγουν στην αυτο-καταστροφή. Συνηθίζουν να βοηθούν τον εαυτό τους ξεπερνώντας τα προβλήματα τους μόνοι τους. Καταφεύγουν στον αυτο-τραυματισμό, γιατί τους βοηθά να ξεπερνούν αυτά τα προβλήματα δημιουργώντας αισθήματα.

Αναρωτιόμαστε, γιατί κάποιος θέλει να βλάψει τον εαυτό του. Ο αυτο-τραυματισμός, μπορεί να βοηθήσει κάποιον να εκφράσει αισθήματα όπως θυμό, θλίψη, μοναξιά, ντροπή, ενοχές και συναισθηματικό πόνο.

Το κόψιμο που κάνουν πολλοί άνθρωποι στο σώμα τους δηλώνει μια απόπειρα στο να ελευθερώσουν όλα τα συναισθήματα που νιώθουν εσωτερικά.

Άλλοι, μπορεί να νιώθουν τόσο απαθείς, και καθώς βλέπουν το αίμα τους, όταν κόβονται, βοηθώντας να νιώσουν ζωντανοί επειδή συνήθως νιώθουν τόσο νεκροί εσωτερικά.

Πολλοί άνθρωποι, θεωρούν ότι είναι πιο εύκολο να αντέξεις; Ένα σωματικό πόνο απ' ότι έναν συναισθηματικό.

Ο αυτοτραυματισμός, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για να τιμωρήσει κάποιος τον εαυτό του. Αν κάποιο από αυτά τα άτομα νιώσει ότι έχει απορριφθεί, αισθάνεται ντροπή, ενοχές και κατηγορεί, τον ίδιο του τον εαυτό για την απόρριψη. Έτσι, βρίσκει αφορμές, με το να τιμωρεί τον εαυτό του, προκαλώντας πόνο στο σώμα του.

Αρκετές φορές, συναντάμε άτομα, τα οποία νιώθουν τόσο μίσος για τον εαυτό τους και τα σώματά τους, που χαράζουν τα ονόματα τους στα σώματά τους, σαν έναν τρόπο για να τους θυμίζει πόσο απαίσιοι είναι.

Έχει αναφερθεί ότι πολλοί από τους ανθρώπους, που καταφεύγουν στον αυτο-τραυματισμό, έχουν ένα ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής

κακοποίησης, χωρίς βέβαια να είναι πάντα έτσι. Πολλοί από αυτούς προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες, αδιάφορους ή και αλκοολικούς γονείς. Υπάρχουν πολλές αιτίες που κάποιοι αυτοτραυματίζονται, σαν επίλυση του προβλήματός τους. Ο Connors (1996) κάνει την δήλωση ότι ο αυτοτραυματισμός είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός αντιμετώπισης και διατήρησης της ζωής. Κάνει τους ανθρώπους, οι οποίοι παλεύουν με αποπνικτικά και συχνά αδιαφοροποίητα συναισθήματα, με έντονα ψυχολογικά ερεθίσματα ενοχλητικές αναμνήσεις και διαχωριστικές καταστάσεις να ελέγξουν τις εμπειρίες τους.(Connors, 1996)

Όπως και να έχει, ο τρόπος του αυτο-τραυματισμού, αφού ολοκληρωθεί, αφήνει το άτομο με ένα ειρηνικό και ήρεμο αίσθημα.

Αυτά, τα αισθήματα όμως είναι παροδικά και το συγκεκριμένο άτομο, θα συνεχίσει να αυτο-τραυματίζεται μέχρι να χειριστεί τα προβλήματά του και να καταφέρει να βρει υγιείς τρόπους να τα λύνει.

3.5 Ιατρική εξήγηση

Ένας κύριος λόγος, στην ερώτηση γιατί οι έφηβοι χρησιμοποιούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, είναι λόγω της επίδρασης της ενδορφίνης.

Όταν οι έφηβοι κόβονται ή καίγονται, η ενδορφίνη διοχετεύεται γρήγορα στο αίμα τους και έχουν μια εμπειρία ευχαρίστησης και ανακούφισης.

Μερικοί από αυτούς τους νέους που καίγονται ή κόβονται ξεφεύγουν από τις μη ευχάριστες σκέψεις και αισθάνονται ωραία, από αυτή την εμπειρία.

Όπως είναι ο εθισμός στα ναρκωτικά, έτσι και η ενδορφίνη παράγει μια γρήγορη ανακούφιση από την συναισθηματική φόρτιση και τα άλλα προβλήματα στη ζωή τους.

Με λίγα λόγια, οι λόγοι για τους οποίους καταφεύγουν οι έφηβοι στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι:

- Αισθάνονται αποκομμένοι από τους γονείς τους
- Θέλουν να ενταχθούν σε μια συγκεκριμένη ομάδα, η οποία ενθαρρύνει και ανταμείβει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Αισθάνονται πεθαμένοι εσωτερικά ή αισθάνονται αόρατοι στα μάτια των γονιών τους. Η αυτοκαταστροφή τους κάνει να αισθάνονται ζωντανοί εσωτερικά και τους βοηθά να συνειδητοποιούν την ύπαρξή τους στην πραγματικότητα.
- Για τα έφηβα κορίτσια, η αυτοκαταστροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν στρατηγική λύση για τους υπερβολικά απαιτητικούς γονείς, συγκεκριμένα σε καταστάσεις που ο πατέρας είναι η κυρίαρχη μορφή στο να κατακρίνει ή να λαμβάνει κάποια απόφαση. (Burgess Jw, 1991)

3.6 Διάγνωση

Ο αυτο-τραυματισμός, είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Οι άνθρωποι που αυτό-τραυματίζονται, συχνά αισθάνονται ένοχοι και ντρέπονται για την συμπεριφορά τους, προσπαθώντας να το κρύψουν. Ένας γιατρός, μπορεί πρώτα να δει, την φυσική ζημιά που έχει προκληθεί από τον αυτοτραυματισμό. Για να εντοπιστούν τα συμπτώματα, πρέπει να ικανοποιηθούν τα ακόλουθα κριτήρια.

- Απασχόληση με τον φυσικό αυτοτραυματισμό
- Ανικανότητα να αντισταθεί η αυτο-καταστροφική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα, να υπάρξει ζημιά στον ιστό του δέρματος.
- Αυξανόμενη ένταση πριν και μια αίσθηση ανακούφισης μετά τον αυτοτραυματισμό.
- Δεν υπάρχει αυτοκτονική πρόθεση στον αυτοτραυματισμό

(Burgess, Jw, 1991)

3.7 Κοινοί μύθοι για τον αυτοτραυματισμό

Ο αυτοτραυματισμός, είναι συνήθως μία αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας.

Αυτός ο μύθος εμμένει, παρά τον πλούτο των μελετών που δείχνουν ότι ακόμη και οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται μπορεί να διατρέξουν έναν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας, απ' ό,τι οι άλλοι. Μπορούν να διακρίνουν/ξεχωρίζουν μεταξύ των πράξεων του αυτοτραυματισμού και της απόπειρας αυτοκτονίας. Πολλοί αν όχι οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που αυτοτραυματίζονται και κάνουν χρήση της απόπειρας αυτοκτονίας, σημαίνει ότι είναι απολύτως διαφορετικοί στις προτεινόμενες μεθόδους αυτο-επιβληθείσας βίας.

Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται είναι τρελοί και πρέπει να 'κλειδωθούν'.

Η Tracy Alderman, PH.D., συγγραφέας του «The scarred Soul» εξέτασε αυτό:

Ο φόβος μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνα υπερβολικές αντιδράσεις. Όσον αφορά τους πελάτες που βλάπτουν τον εαυτό τους, θα αισθανθείτε πιθανώς τον φόβο... Η νοσηλεία των πελατών για την αυτοεπιβαλλόμενη βία, είναι μια τέτοια μορφή υπερβολικής αντίδρασης.

Πολλοί θεράποντες επειδή δεν κατέχουν μια επαρκή κατανόηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, θα χρησιμοποιήσουν τα ακραία μέσα για να βεβαιώσουν τα καλύτερα συμφέροντα των πελατών τους. Εντούτοις, πολλοί άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται έχουν την ανάγκη να νοσηλευθούν ή να ιδρυματοποιηθούν. Η μεγάλη πλειοψηφία των πληγών που προκαλούνται από αυτοτραυματισμό, δεν είναι απειλή ζωής,

ούτε απαιτεί ιατρική περίθαλψη. Η ακούσια νοσηλεία ενός πελάτη γι' αυτά τα ζητήματα μπορεί να είναι καταστρεπτική με διάφορους τρόπους.

Επειδή η SIV συσχετίζεται πολύ με τα συναισθήματα έλλειψης ελέγχου και συντριπτικών εκδηλώσεων συναισθημάτων, η τοποθέτηση κάποιου σε μια ρύθμιση που από την φύση της δημιουργεί αυτά τα αισθήματα είναι πολύ πιθανό να καταστήσει τα πράγματα χειρότερα, και μπορεί να οδηγήσει σε ένα περιστατικό αυτοτραυματισμού. Επιπλέον, η ακουσία εισαγωγή σε νοσοκομεία συχνά έχει επιπτώσεις στη θεραπευτική σχέση με αρνητικούς τρόπους που διαβρώνουν την εμπιστοσύνη, την επικοινωνία, την έκθεση και την τιμιότητα. Η προσοχή πρέπει να χρησιμοποιηθεί όταν γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου απειλής του πελάτη προς τον εαυτό του ή σε άλλους. Στις περισσότερες περιπτώσεις η SIV δεν είναι απειλή ζωής... Επειδή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τόσο δυσνόητη, οι νοσοκομειακοί γιατροί συχνά υπεραντιδρούν και παρέχουν θεραπεία που αντενδείκνυται.

Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται απλώς δοκιμάζουν να τραβήξουν την προσοχή.

Ένας σοφός φίλος μου έστειλε με μήνυμα από ηλεκτρονικό ταχυδρομείο έναν κατάλογο συμπεριφορών επιζητούμενης προσοχής: Φορώντας ωραία ρούχα, χαμογελώντας στους ανθρώπους λέγοντας «γεια», πηγαίνοντας για έλεγχο του λογαριασμού στα καταστήματα κλπ. Όλοι επιζητούμε συνεχώς την προσοχή το να επιθυμούμε την προσοχή δεν είναι κακό ή αρρώστια. Αν κάποιος είναι πολύ στεναχωρημένος και νιώθει αρκετά αγνοούμενος και ο μοναδικός τρόπος που μπορεί να σκεφτεί για να εκφράσει τον πόνο του είναι να βλάψει το σώμα του, τότε κάτι είναι σίγουρα λάθος στην ζωή του και δεν είναι η στιγμή να γίνουν ηθικές κρίσεις για την συμπεριφορά του.

Ως εκ τούτου, οι περισσότεροι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται πηγαίνουν, στις περισσότερες περιπτώσεις, να κρύψουν τις πληγές και τα σημάδια τους. Πολλοί θεωρούν τον αυτοτραυματισμό τους, ως ένα βαθιά επαίσχυντο μυστικό και φοβούνται τις συνέπειες της ανακάλυψης.

Η βίαιη συμπεριφορά στον εαυτό μας, είναι μία απόπειρα να επηρεάσουμε την απόφαση των άλλων.

Μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν (τα τραύματα) τους που έχουν προκληθεί από τον αυτοτραυματισμό, σαν μια προσπάθεια να αναγκάσουν τους άλλους να συμπεριφερθούν με ορισμένους τρόπους, αυτό δεν είναι αληθές. Μερικοί, παρ' όλα αυτά, δε το κάνουν. Αν αισθάνεσαι, σαν να προσπαθεί κάποιος να σε παραπλανήσει με τον αυτοτραυματισμό, μπορεί να είναι περισσότερο σημαντικό να εστιάσεις στο τι είναι αυτό που θέλει και πως μπορείς να συνεννοηθείς γι' αυτό, διατηρώντας τα κατάλληλα όρια. Ψάξε για τα βαθύτερα αίτια και δούλεψε πάνω σ' αυτά.

Μόνο άνθρωποι με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder), αυτοτραυματίζονται.

Ο αυτοτραυματισμός είναι ένα κριτήριο για τη διάγνωση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (BPD), αλλά υπάρχουν 8 διαφορετικά εξίσου – σημαντικά κριτήρια. Δεν σημαίνει ότι ο καθένας με οριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD) αυτοτραυματίζεται, αλλά και όχι ότι όλοι οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται, έχουν BPD (οριακή διαταραχή προσωπικότητας) αδιαφορώντας για τους πρακτικούς (γιατρούς) οι οποίοι αυτομάτως κάνουν διάγνωση ότι ο καθένας που αυτοτραυματίζεται πάσχει από BPD (οριακή διαταραχή προσωπικότητας).

Αν οι πληγές δεν είναι «αρκετά κακές», ο αυτοτραυματισμός δεν είναι σοβαρός.

Η σοβαρότητα των αυτοεπιβαλλόμενων πληγών, έχει να κάνει πολύ λίγο με το επίπεδο της συναισθηματικής θλίψης που παρουσιάζεται. Διαφορετικοί άνθρωποι έχουν διαφορετικές μεθόδους αυτοτραυματισμού και διαφορετικές αντοχές στον πόνο. Ο μόνος τρόπος να καταλάβουμε πόσο θλιμμένος είναι κάποιος, είναι να τον ρωτήσουμε. Ποτέ δεν υποθέτουμε· το ελέγχουμε μαζί με το άτομο.

(www.self-injury.com)

3.8 Επώνυμοι αυτοτραυματίες

- Angelina Jolie

Η Αντζελίνα Τζολί, μια νέα ηθοποιός γεννήθηκε το 1975 από διάσημους γονείς, επίσης ηθοποιούς.

Η Αντζελίνα συνήθιζε να αυτοτραυματίζεται στην αρχή της εφηβείας της αλλά σταμάτησε στην ηλικία των 16ετών. Εξήγησε την πράξη της αυτή στο περιοδικό Maxim 2000, λέγοντας:

«Είσαι νέα, είσαι τρελή από την εφηβεία. Βρίσκεσαι σε ένα κρεβάτι και έχει μαχαίρια. Απλά... συμβαίνει». Το 1999 σε μια συνέντευξή της στο περιοδικό Access Hollywood είπε σε μεγαλύτερο «βάθος» τα εξής: «Προσπαθούσα να αισθανθώ κάτι... Σκεφτόμουν διάφορα... Σκεφτόμουν ρομαντικά το αίμα. Αλήθεια, τραυμάτιζα τον ίδιο μου τον εαυτό. Ήμουν ένα παιδί. Συμπεριφερόμουν σαν 13χρονο και έλεγα ότι κάτι τέτοιο ήταν εντάξει. Όμως, δεν ήταν... Μετά κατάλαβα ότι ήταν μια φωνή, ένα «κλάμα» για βοήθεια».



Η Αντζελίνα Τζολί δεν αυτοτραυματίζεται πλέον αλλά παραδέχεται ότι χρησιμοποιεί συνήθως μαχαίρια κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

(www.Famousself-injurers.com)

-Johnny Depp

Ο Τζόνυ Ντεπ γεννήθηκε το 1963. Έχει πει ότι ως έφηβος ένιωθε ανασφαλής και χωρίς σιγουριά για τίποτα. Αυτό το συναίσθημα το έχει και τώρα, αν και το έχει μετριάσει.

Κατά τη διάρκεια των εφηβικών του χρόνων άρχισε να αυτοκαταστρέφεται με το να κόβει τον εαυτό του με διάφορα αντικείμενα και να κάνει τατουάζ σε όλο το σώμα. Έχει 8 ουλές στο δεξί του μπράτσο, οι οποίες έγιναν με ένα μαχαίρι σε καταστάσεις όπου ένιωθε ανασφάλεια.



(www.Famous self-injurers.com)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

«Η αυτοκτονία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας Υγείας».

- Ντ. Σάτσερ, υπουργός Υγείας ΗΠΑ, 1999

Με αυτή τη δήλωση, για πρώτη φορά στην ιστορία ένας Υπουργός Υγείας των ΗΠΑ, κατέστησε την αυτοκτονία δημόσιο ζήτημα. Το 1999 από έρευνα που διεξάχθηκε (Πανεπιστήμιο Χάρβαρντ), φαίνεται ότι στις ΗΠΑ εκείνοι που αυτοκτονούν είναι περισσότεροι από εκείνους που δολοφονούνται. Η Γερουσία των ΗΠΑ διακήρυξε ότι η πρόληψη των αυτοκτονιών πρέπει να γίνει εθνική προτεραιότητα. (Laufer M. 1995)

4.1 Σύντομη περιγραφή

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό να τερματίσει τη ζωή του. Περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει την ολοκλήρωση του στόχου του τερματισμού της ζωής του και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος του τερματισμού της ζωής του αυτόχειρα. (Τσιαντης Ι. κ.α. 1981).

Αυτοκτονική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σχεδόν σε όλες τις ομάδες ηλικιών. Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και ανεξαρτοποίηση από την οικογένεια, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονικής ή και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στην ηλικιακή αυτή περίοδο παρατηρούμε σημαντική αύξηση του κινδύνου για αυτοκτονία συγκριτικά με την προηγούμενη ηλικιακή περίοδο, του δημοτικού σχολείου, κατά την οποία η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού είναι συνήθως ήρεμη κι ευχάριστη. Στην εφηβεία παρατηρούμε δυσκολίες προσαρμογής που συνοδεύονται από έντονο άγχος, καθώς και ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα στον ψυχισμό, στις εξωτερικές συνθήκες της ζωής και στις απαιτήσεις για ωριμότερη λειτουργία και αυξημένη απόδοση. (Τσιαντης Ι κ.α. 1981).

4.2 Επιδημιολογία

Τα ποσοστά αυτοκτονιών σε όλον τον κόσμο αυξήθηκαν κατά 60% τα τελευταία 45 χρόνια. Τώρα σε έναν και μόνο χρόνο, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν σε όλη τη γη. Αυτό ισοδυναμεί με σχεδόν ένα θάνατο κάθε 40 δευτερόλεπτα.

Οι στατιστικές, ωστόσο, δεν μπορούν να αποκαλύψουν ολόκληρη την εικόνα. Σε πολλές περιπτώσεις τα μέλη των οικογενειών δεν παραδέχονται ότι ο θάνατος ήταν αυτοκτονία. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι σε κάθε αυτοκτονία αντιστοιχούν 10 με 40 απόπειρες (Berati S. 1991).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοκτονία σε ορισμένες χώρες είναι η Τρίτη ή η δεύτερη αιτία θανάτου για άτομα ηλικίας 15-24 ετών, μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες. Ορισμένες χώρες έχουν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας από άλλες. Ενδεικτικά αναφέρονται συχνότητες κάποιων χωρών. (www.autoktonia.gr).

Σε 100.000 άτομα ηλικίας 15-24 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας για τα αγόρια είναι 28,9 στην Ουγγαρία, 26,4 στην Τσεχία, 22,1 στην Φιλανδία, 12,3 στις ΗΠΑ, 6,7 στη Σκωτία, 6,0 στην Νορβηγία και 4,0 Ολλανδία. Αντίστοιχα για τα κορίτσια είναι 11,9 στην Τσεχία 8,2 στην Ουγγαρία, 6,7 στην Φιλανδία, 3,8 στις ΗΠΑ, 2,8 στην Σκωτία, 2,0 στην Ολλανδία και 1,7 στην Νορβηγία. Ευρωπαϊκές χώρες με υψηλές συχνότητες αυτοκτονίας είναι: η Ουγγαρία, η Φιλανδία, η Αυστρία, η Δανία, η Γαλλία, η Ελβετία, κ.α. Ενώ με χαμηλές συχνότητες αυτοκτονίας είναι η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Ισπανία και η Ελλάδα. Στις περισσότερες χώρες τα αγόρια αυτοκτονούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια κάνουν περισσότερες απόπειρες απ' ότι τα αγόρια. (Charbol H. 1984).

Η Ελλάδα έχει μια από τις μικρότερες συχνότητες αυτοκτονιών εφήβων διεθνώς. Έχει βρεθεί ότι είναι 0,93 ανά 100.000 πληθυσμό (για αγόρια 1,7 και για κορίτσια 0,89). Παρ' όλα αυτά , τα τελευταία χρόνια η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν πάρει ανησυχητικές διαστάσεις και στη χώρα μας. Μόνο στο διάστημα της δεκαετίας 1980-1990 είχαμε αύξηση σε ποσοστό 45%. (Berati S. 1991).

4.3 Πολιτιστικές διαφορές.

Οι απόψεις των ανθρώπων σχετικά με την αυτοκτονία διαφέρουν πολύ. Μερικοί τη θεωρούν έγκλημα, άλλοι ως «διαφυγή» των «αδυναμιών» ή δειλών, ενώ άλλοι ως αξιότιμο τρόπο με τον οποίο ο αυτόχειρας ζητά συγγνώμη για ένα σοβαρό λάθος. Ορισμένοι τη θεωρούν ακόμη και ως έναν αξιοπρεπή τρόπο για να προαγάγουν κάποιο ιδανικό. Σύμφωνα με Το Υπόμνημα του Χάρβαρντ για την Ψυχική Υγεία ο πολιτισμός ίσως ακόμη και να «επηρεάζει την απόπειρα ή την πιθανότητα αυτοκτονίας» (Laufer M. 1995).

Ένα παράδειγμα είναι η Ουγγαρία. Ο Μπέλα Μπούντα διευθυντής του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας της χώρας, παρατήρησε ότι οι Ούγγροι δεν διστάζουν να αυτοκτονούν, σχεδόν για οποιονδήποτε λόγο. Η άποψη «έχει καρκίνο – ξέρει πώς να ξεπεράσει το πρόβλημα» είναι μια κοινή αντίδραση (Laufer M, 1995).

Στην Ινδία, υπήρχε το θρησκευτικό έθιμο σατι, κατά το οποίο η χήρα πέφτει στη νεκρική πυρά του συζύγου της. Αν και απαγορεύτηκε το έθιμο αυτό τα τελευταία χρόνια, δεν έχει εκλείψει εντελώς. Αν κάποια γυναίκα αυτοκτονήσει έτσι σήμερα, οι ντόπιοι εγκωμιάζουν το συμβάν. Σύμφωνα με το περιοδικό Η Ινδία Σήμερα «... περίπου 25 γυναίκες έχουν καεί στην πυρά των νεκρών συζύγων τους τα τελευταία 25 χρόνια» (Laufer M, 1995).

Σε μια άλλη Ασιατική χώρα, στην Ιαπωνία, τα άτομα που αυτοκτονούν είναι τρεις φορές περισσότερα από τα θύματα των τροχαίων δυστυχημάτων. «Ο παραδοσιακός πολιτισμός της Ιαπωνίας, ο οποίος ποτέ δεν καταδίκασε την αυτοκτονία, είναι γνωστός για το σεπούκου ή χαρακίρι, μια συνήθεια με έντονα τελετουργικό και θεσμοθετημένο

χαρακτήρα» λέει, το σύγγραμμα Ιαπωνία. Μια εικονογραφημένη Εγκυκλοπαίδεια. (Laufer M, 1995).

Στο βιβλίο του Μουσίντο – Η Ψυχή της Ιαπωνίας, ο Ινάζο Νιτόμπε, ο οποίος αργότερα έγινε αναπληρωτής γενικός γραμματέας της Κοινωνίας των Εθνών, εξήγησε αυτή την πολιτιστική γοητεία που ασκεί σε διάφορους ανθρώπους ο θάνατος: «Το σεπούκου, μια επινόηση του μεσαίωνα, αποτέλεσε διαδικασία με την οποία οι πολεμιστές μπορούσαν να εξιλεωθούν για τα εγκλήματά τους, να ζητήσουν συγνώμη για τα λάθη τους, να αποφύγουν το όνειδος να απολυτρώσουν τους φίλους τους ή να αποδείξουν την ειλικρίνεια τους». Μολονότι αυτή η τελετουργική μορφή αυτοκτονίας ανήκει στο παρελθόν, μερικοί εξακολουθούν να καταφεύγουν σε αυτήν σκεπτόμενοι τον κοινωνικό αντίκτυπο. (Laufer M, 1995).

Από την άλλη πλευρά, στις Χριστιανικές χώρες η αυτοκτονία θεωρούνταν επί πολύ καιρό έγκλημα. Τον έκτο και έβδομο αιώνα, η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία αφορίζε τους αυτόχειρες και αρνούσαν να τελέσει τις κηδείες τους (Laufer M, 1995).

Σε κάποια μέρη, ο θρησκευτικός ζήλος γέννησε αλλόκοτα έθιμα σχετικά με τις αυτοκτονίες – όπως το να κρεμούν το πτώμα ή και να μπήγουν έναν πάσσαλο στην καρδιά του (Laufer M, 1995).

Κατά παράδοξο τρόπο εκείνοι που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας θα μπορούσαν να υποστούν τη θανατική ποινή. Έναν Άγγλο, που έζησε το 19^ο αιώνα τον κρέμασαν επειδή προσπάθησε να αυτοκτονήσει κόβοντας το λαιμό του. Με αυτόν τον τρόπο οι αρχές πέτυχαν εκείνο που δεν κατάφερε ο ίδιος. Αν και η ποινή για την απόπειρα αυτοκτονίας άλλαξε καθώς περνούσαν τα χρόνια, μόλις το 1961 το Βρετανικό Κοινοβούλιο διακήρυξε ότι η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας δεν ήταν πλέον εγκλήματα. Στην Ιρλανδία εξακολουθούσε να χαρακτηρίζεται έγκλημα μέχρι το 1993 (Laufer M, 1995).

4.4 Αιτιολογία

Οι παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι οι εξής:

• Παράγοντες που αφορούν το άτομο

Στους παράγοντες αυτούς είναι η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, κατά κύριο λόγο κατάθλιψης. Όμως και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται να εμπλέκονται, όπως προηγούμενη ή προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, σοβαρά προβλήματα προσωπικότητας, χρήση ναρκωτικών ουσιών ή η παρουσία σχιζοφρενικής διαταραχής. Επίσης, έχουν ενοχοποιηθεί σημαντικές δυσκολίες στην ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο και η ύπαρξη χρόνια σωματικής ασθένειας. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν ψυχολογικές αντιδράσεις, που μπορεί να συνοδεύονται από συναισθήματα απόγνωσης, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν το άτομο σε απόπειρα αυτοκτονίας. Τα συναισθήματα απόγνωσης ή η εντύπωση έλλειψης οποιασδήποτε διεξόδου, είναι δυνατόν να οδηγήσουν το νεαρό άτομο σε σκέψεις ή σε απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς να υπάρχει σοβαρή ψυχιατρική νόσος (Garfinkel B. and Northrup G. 1989).

• Παράγοντες που αφορούν την οικογένεια

Στους παράγοντες αυτούς είναι η κακοποίηση του παιδιού από μέλη της οικογένειας ή η έντονη παραμέληση, η ύπαρξη ατόμων στην οικογένεια που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ή έχουν αυτοκτονήσει και η ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου στους γονείς – κυρίως κατάθλιψης και αλκοολισμού. Άλλοι παράγοντες είναι η μεγάλη αποδιοργάνωση και οι συγκρούσεις στην οικογένεια, η απώλεια ενός γονέα λόγω θανάτου,

αποχωρισμού ή διαζυγίου, η έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής και η εχθρική ή απορριπτική στάση προς το νεαρό άτομο. Σημαντικό ρόλο παίζει και η μη στήριξη των εφήβων όσον αφορά την αυτονομία τους από τους γονείς τους. (Garfinkel B. and Northrup G. 1989)

- **Παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον**

Παράγοντες που δημιουργούν δυσλειτουργία στην οικογένεια όπως είναι οι οικονομικές δυσκολίες, η έλλειψη εργασίας, οι συγκρούσεις, η μετανάστευση και οι αποχωρισμοί, μπορεί να δράσουν ως στρεσογόνοι παράγοντες και να αυξήσουν την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας. Από τους σημαντικότερους στρεσογόνους παράγοντες μέχρι την ηλικία των 60 ετών είναι τα συναισθήματα που δημιουργούνται από αποχωρισμό και απόρριψη από πρόσωπα σημαντικά, από συναισθηματικής πλευράς. Από εκεί και πέρα φαίνεται ότι η ύπαρξη σοβαρής σωματικής ασθένειας γίνεται εξίσου σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας. (Garfinkel B. and Northrup G. 1989)

4.5 Αίτια

Η συχνότητα αυτοκτονιών σε Έλληνες εφήβους είναι από τις χαμηλότερες διεθνώς. Λόγοι γι' αυτή τη χαμηλή συχνότητα έχουν θεωρηθεί οι στενοί οικογενειακοί δεσμοί και το «ζεστό» οικογενειακό περιβάλλον που ακόμη εξακολουθούν να ισχύουν εν πολλοίς για την ελληνική οικογένεια, η τάση των Ελλήνων να δείχνουν το θυμό τους προς τα έξω και να μην τον κρατάνε μέσα τους, και η διαθεσιμότητα πολλών να βοηθήσουν σε καταστάσεις κρίσης. Ανάλογοι παράγοντες έχουν θεωρηθεί υπεύθυνοι για τη χαμηλή συχνότητα αυτοκτονιών σε άλλες χώρες. (Beratis S. 1991)

Μελέτη Ελλήνων εφήβων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν έδειξε ότι συχνό αίτιο ήταν ο ακραίος περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας του παιδιού – εφήβου από τους γονείς φοβούμενοι ότι οποιαδήποτε αυτονομία θα οδηγούσε σε σεξουαλική παραπτωματοκτικότητα και σε χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι φόβοι αυτοί των γονιών δεν βασίζονταν σε πραγματικά στοιχεία από τη συμπεριφορά του παιδιού, αλλά φαίνεται να οφείλονταν στην υπερβολική ανησυχία τους για την ανεξαρτοποίηση του παιδιού και την εντύπωση που είχαν ότι θα χάσουν τον έλεγχο. Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν στην αυτοκτονική συμπεριφορά των Ελλήνων εφήβων ήταν συγκρούσεις και δυσκολίες με τους γονείς και η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως κατάθλιψης. Στη μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας τα κορίτσια ήταν πολύ περισσότερα από τα αγόρια. Μελέτη Ελλήνων εφήβων που αυτοκτόνησαν έδειξε ότι οι αυτοκτονίες των αγοριών ήταν περισσότερες στην Αθήνα και στις άλλες αστικές περιοχές, ενώ των κοριτσιών ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές. Γενικά, οι αυτοκτονίες ήταν περισσότερες στις αγροτικές περιοχές και λιγότερες στην περιοχή των

Αθηνών. Αυτή η διαφορά φαίνεται να αντανακλά διαφορές σε επίπεδο πολιτιστικό και λειτουργίας της οικογένειας. Οι έφηβοι στις αγροτικές περιοχές παρουσιάζονται περισσότερο καταπιεσμένοι και χωρίς δυνατότητες διεξόδων και εναλλακτικών λύσεων στη ζωή τους. Παράγοντες που φαίνεται να ενέχονται στις αυτοκτονίες των Ελλήνων εφήβων είναι η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, προβλήματα με την οικογένεια, συναισθηματικές απογοητεύσεις και αισθήματα αποτυχίας. (Beratis S. 1991)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι άξιο να σημειωθεί ότι οι σύγχρονοι έφηβοι, όπως τονίζουν οι ειδικοί, αντιμετωπίζουν μια πολύ ζοφερή και επικίνδυνη πραγματικότητα από αυτήν που αντιμετωπίζουν οι παλαιότερες γενιές. Κύριες αιτίες, επίσης, για τη σημερινή κατάσταση, αναφέρει η κα Χ. Νομικού, θεωρούνται το άγχος, η κατάθλιψη, ο χωρισμός των γονιών, συναισθηματικοί λόγοι, υπερευαισθησία, σχολικά και άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης, μπορούμε να πούμε ότι συνυπάρχει η μείωση της αυτοεκτίμησης, ένα έντονο συναίσθημα αποτυχία για την επίτευξη στόχων, οι οποίοι τις περισσότερες φορές δεν είναι του παιδιού, αλλά των γονιών ή των δασκάλων. (Beratis S. 1991)

Άλλοι μπορεί να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν όταν έχουν προβλήματα στο σχολείο ή με το νόμο, όταν τερματίζεται κάποια αισθηματική τους σχέση, όταν παίρνουν κακούς βαθμούς, όταν αντιμετωπίζουν άγχος στις σχολικές εξετάσεις ή όταν καταβαρύνονται από ανησυχίες σχετικά με το μέλλον. Ανάμεσα σε αριστούχους εφήβους οι οποίοι τείνουν να είναι τελειομανείς, κάποια «αναποδιά» ή αποτυχία – πραγματική ή φανταστική – θα μπορούσε να οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας. (Beratis S. 1991)

4.6 Φύλο και αυτοκτονία

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξάχθηκε στις ΗΠΑ, ενώ οι γυναίκες έχουν διπλάσιες ή και τριπλάσιες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους άντρες, οι άντρες έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να κάνουν επιτυχημένες απόπειρες. Οι γυναίκες έχουν τουλάχιστον διπλάσιες πιθανότητες από τους άντρες να πάθουν κατάθλιψη, πράγμα το οποίο ίσως εξηγεί για ποιο λόγο κάνουν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Ωστόσο, οι μορφές κατάθλιψης από τις οποίες προσβάλλονται είναι ίσως πιο ήπιες και έτσι μπορεί να καταφεύγουν σε πιο ήπια μέσα. Οι άντρες, από την άλλη πλευρά, ίσως τείνουν να χρησιμοποιούν πιο επιθετικά και αποφασιστικά μέσα για να διασφαλίσουν το αποτέλεσμα. (Chabrol H. 1984)

Στην Κίνα, εντούτοις, οι γυναίκες που κάνουν επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας είναι περισσότερες από τους άντρες. Μάλιστα, μια έρευνα αποκαλύπτει ότι περίπου το 56% από τις αυτοκτονίες των γυναικών ανά τον κόσμο συμβαίνουν στην Κίνα, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Λέγεται ότι εκεί μία από τις αιτίες για τις παρορμητικές απόπειρες αυτοκτονίας γυναικών που καταλήγουν σε θάνατο, είναι η εύκολη πρόσβαση σε φονικά παρασιτοκτόνα. (Chabrol H. 1984)

4.7 Βαθύτεροι παράγοντες

«Η απόφαση που παίρνει κάποιος να πεθάνει σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το πώς ερμηνεύει τις καταστάσεις» λέει η Κέι Ρέντφιλντ Τζάμινσον, καθηγήτρια ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Τζονς Χόπκινς, προσθέτοντας: «Οι περισσότερες διάνοιες, όταν είναι υγιείς, δεν ερμηνεύουν καμιά κατάσταση ως τόσο καταστροφική, ώστε να δικαιολογεί την αυτοκτονία». Η Ιβ Κ. Μοστσίτσκι, του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, παρατηρεί ότι συνδυάζονται πολλοί παράγοντες οδηγώντας σε τάσεις αυτοκτονίας. Σε αυτούς τους βαθύτερους παράγοντες περιλαμβάνονται οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές που σχετίζονται με εθισμούς, η γενετική κατασκευή και η χημεία του εγκεφάλου. (www.suicide.com)

Κυριότερος απ' όλους τους παραπάνω παράγοντες είναι οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές που σχετίζονται με εθισμούς, όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός και η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Έρευνες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ φανερώνουν ότι το 90% και πλέον των αυτοκτονιών, σχετίζονται με τέτοιες διαταραχές. Σουηδοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι στους άντρες οι οποίοι δεν έχουν καμία διαταραχή αυτού του είδους, το ποσοστό αυτοκτονίας ήταν 8,3 ανά 100.000 αλλά σε αυτούς που είχαν κατάθλιψη το ποσοστό εκτοξεύτηκε στις 650 ανά 100.000. (www.suicide.com)

Ορισμένοι πιστεύουν ότι η γενετική κατασκευή μπορεί να είναι ένας βαθύτερος παράγοντας σε πολλές αυτοκτονίες. Είναι αλήθεια πως τα γονίδια παίζουν ρόλο στον καθορισμό της ψυχοσύνθεσης κάποιου, και οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι σε μερικές οικογένειες παρουσιάζονται περισσότερα τραύματα αυτοκτονίας απ' ότι σε άλλες. Ωστόσο, «η γενετική προδιάθεση στην αυτοκτονία, δεν υποδουλώνει με κανέναν

τρόπο ότι η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη» λέει η Τζάμινσον.
(www.suicide.com)

Η χημεία του εγκεφάλου, επίσης μπορεί να είναι ένας βαθύτερος παράγοντας. Στον εγκέφαλο δισεκατομμύρια νευρώνες επικοινωνούν ηλεκτροχημικά. Στις διακλαδωτές απολήξεις των νευρικών ινών υπάρχουν μικρές σχισμές, που ονομάζονται συνάψεις, κατά μήκος των οποίων οι νευροδιαβιβαστές μεταφέρουν χημικά τις πληροφορίες. Τα επίπεδα ενός νευροδιαβιβαστή της σεροτονίνης, μπορεί να επηρεάσουν τη βιολογική ευπάθεια του ατόμου απέναντι στην αυτοκτονία. Το βιβλίο Στο Εσωτερικό του Εγκεφάλου εξηγεί: «Τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης... μπορεί να στερήσουν από κάποιον τη χαρά της ζωής, μειώνοντας το ενδιαφέρον του για την ύπαρξή του και αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονίας».

Όμως, η αλήθεια είναι ότι κανένας δεν είναι καταδικασμένος να αυτοκτονήσει. Εκατομμύρια άνθρωποι αντιμετωπίζουν μεγάλες στενοχώριες και εντάσεις. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούν στις πιέσεις, η διάνοια και η καρδιά είναι αυτό που οδηγεί μερικούς στην αυτοκτονία.
(www.suicide.com)

4.8 Αυτοκτονία και μοναξιά

Η μοναξιά είναι ένας από τους παράγοντες που οδηγούν τους ανθρώπους στην κατάθλιψη και στην αυτοκτονία. Ο Γιούκο Λούκβιστ, ο οποίος ηγήθηκε μιας μελέτης για τις αυτοκτονίες στην Φιλανδία, είπε: «Για έναν μεγάλο αριθμό ατόμων, που αυτοκτονούν, η καθημερινή ζωή ήταν μοναχική. Είχαν πολύ ελεύθερο χρόνο, αλλά λίγες κοινωνικές επαφές.». Ο Κενσίρο Οχάρα, ψυχίατρος στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Χαμαμάτσου στην Ιαπωνία, παρατήρησε ότι η «απομόνωση» βρισκόταν πίσω από την πρόσφατη αύξηση των αυτοκτονιών των μεσήλικων αντρών σε αυτή τη χώρα. (Laufer M. 1995)

4.9 Απόπειρες αυτοκτονίας

Οι απόπειρες αυτοκτονίας, συνήθως, συμβαίνουν στις νεαρές ηλικίες και κυρίως στα αγόρια, αλλά πολύ σπάνια σε ηλικίες κάτω των 12 ετών. Η απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιείται πολλές φορές από το εφηβικής ηλικίας άτομο για να εκφράσει μια βαθιά προσωπική κρίση, αλλά δεν αποκλείεται να είναι αποτέλεσμα σοβαρής κατάθλιψης. Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά της εφηβείας. Πολύ συχνά οι έφηβοι εκδηλώνουν ακραίες μεταβολές διάθεσης και περνούν περιόδους έντονης μελαγχολίας, κατά τις οποίες έχουν την αίσθηση ότι η ζωή είναι δύσκολη και απογοητευτική. (www.autoktonia.gr)

Όπως έχουν δείξει έρευνες συνήθως αυτές οι μεταβολές παρουσιάζονται γύρω στα 14, αλλά γρήγορα περνούν, και τα περισσότερα παιδιά προσαρμόζονται εύκολα, χωρίς να γίνει αντιληπτή η δυστυχία τους. Ωστόσο, ορισμένα παιδιά δεν συνέρχονται εύκολα από μια «αναποδιά» ή αποτυχία. Η δυστυχία τους συνεχίζεται ακόμη και όταν δεν υπάρχει κάποιος λόγος. (www.autoktonia.gr)

Όταν η κατάθλιψη είναι σοβαρή, επηρεάζει τη σχολική εργασία, την κοινωνική ζωή, καθώς και γενικότερα, τις φιλίες και τις σχέσεις με την οικογένεια. Εκτός από την κατάθλιψη, η αιτία μιας απόπειρας μπορεί να είναι η έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς, με στόχο των παιδιών να τραβήξουν την προσοχή τους, με αρνητικό βέβαια τρόπο. Είναι μια αρνητική προσπάθεια να αλλάξουν τη ζωή τους. (Χ. Νομικού 2003)

Πολύ περισσότερα είναι τα παιδιά που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν για να περάσουν κάποιο μήνυμα, σημειώνει η κα Χ. Νομικού, και όχι γιατί πραγματικά θέλουν να πεθάνουν. Μερικές απροσεξίες όμως, μπορεί τελικά να επιφέρουν το θάνατο.

Τα κυρίαρχα συναισθήματα ενός εφήβου που αποπειράται να αυτοκτονήσει είναι ο θυμός, η απογοήτευση, η απελπισία, η μοναξιά, το αίσθημα ότι τον αφήνουν αβοήθητο, ενώ παράλληλα νιώθει μια επιτακτική ανάγκη να ξεφύγει από όλα αυτά τα επώδυνα συναισθήματα. (www.autoktonia.gr)

Η απόπειρα δεν είναι τελικά παρά μια κραυγή απελπισίας για βοήθεια, που απευθύνει ο έφηβος στους γονείς του και στον κοινωνικό περίγυρο. Από μόνη της εκφράζει μια παθολογία και στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και στο παιδί το ίδιο, που δεν φαίνεται να μπορεί να βρει λύσεις και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και τα προβλήματα της ζωής. Κυρίως δεν έχει την ικανότητα να βρει εναλλακτικές λύσεις. (www.autoktonia.gr)

Αν κάποιο έφηβο άτομο προσπάθησε μία φορά να δώσει τέλος στη ζωή του, βρίσκοντας έναν τρόπο για να αυτοκτονήσει, είναι πολύ πιθανό να ξαναπροσπαθήσει, αν δεν του δοθεί ψυχολογική βοήθεια. Αυτό που είναι σημαντικό, είναι να προλάβουμε τέτοιες καταστάσεις, από διάφορα σημάδια που μπορεί να μας δείξουν την επικινδυνότητα της κατάστασης. (www.suicide.com)

Οι γονείς πρέπει να ανησυχήσουν όταν δουν ότι το παιδί τους παρουσιάζει αλλαγές στη συμπεριφορά του, στο σχολείο, στις επιδόσεις του ή στις συνήθειές του, στο φαγητό και στον ύπνο. Βέβαια, πολλοί έφηβοι, εξαιτίας της κακής σχέσης που έχουν με τους γονείς τους, δεν αφήνουν να φανεί τίποτα από όλα αυτά, κυρίως όταν έχουν υπερπροστατευτικούς γονείς, από φόβο μιας επιπλέον υπερπροστατευτικής συμπεριφοράς προς αυτούς. (www.autoktonia.gr)

Σίγουρα, εκτός από την καταπίεση, υπάρχουν κι άλλοι τρόποι να προστατέψουμε τα παιδιά. Το να περιορίζουμε τα παιδιά και να τα φερόμαστε αρνητικά, έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή της σχέσης γονιού – παιδιού και την απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά

του. Οι γονείς πρέπει να αφιερώσουν χρόνο, για να δουν και να κατανοήσουν από τι απειλούνται τα παιδιά τους, ώστε να μπορέσουν να τα βοηθήσουν να βρουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τις απειλές και τους κινδύνους. Δεν πρέπει οι γονείς να αγνοήσουν την κραυγή αγωνίας το παιδιού τους, αν η συμπεριφορά του είναι επικίνδυνη προς τον εαυτό του ή προς τους άλλους. Κάτι τέτοιο δεν πρέπει να περνάει απαρατήρητο, αλλά, αντίθετα, να προβληματίσει τους γονείς, ώστε να πάρουν τα κατάλληλα μέτρα για βοήθεια προς το παιδί. (www.autoktonia.gr)

4.10 Μύθοι γύρω από την αυτοκτονία

Στο θέμα της αυτοκτονίας υπάρχουν ορισμένες αντιλήψεις που εσφαλμένα έχουν επικρατήσει. Οι μύθοι που επικρατούν είναι οι εξής:

Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας είναι αποφασισμένα να πεθάνουν.

Το σωστό είναι ότι τα άτομα αυτά έχουν ανάμικτα συναισθήματα. Ορισμένες φορές επιθυμούν να πεθάνουν, αλλά και ορισμένες άλλες έχουν έντονη την επιθυμία να σωθούν και να παραμείνουν στη ζωή. Υπάρχουν αρκετά περιστατικά όπου αμέσως μετά την απόπειρα, το άτομο αλλάζει και ζητάει βοήθεια. (Laufer M. 1995)

Τα άτομα που μιλάνε για αυτοκτονία, δεν αυτοκτονούν.

Η πραγματικότητα είναι ότι στους 16 ανθρώπους που αυτοκτονούν, οι 8 έχουν προειδοποιήσει λεκτικά για την πρόθεσή τους. Αυτό ισοδυναμεί με το ποσοστό του 50%. Επίσης, είναι λάθος η εντύπωση ότι η αυτοκτονία συμβαίνει χωρίς προειδοποίηση. Το άτομο που πρόκειται να αυτοκτονήσει δίνει πολλές ενδείξεις της πρόθεσής του για αυτοκτονία. (Laufer M. 1995)

Η αυτοκτονία είναι πολύ συχνότερη στους πλουσίους, ή συμβαίνει αποκλειστικά στους φτωχούς.

Η πραγματικότητα είναι ότι η αυτοκτονία ή η απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να εκδηλωθεί σε άτομα οποιουδήποτε κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. (Laufer M. 1995)

Τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν, έχουν απαραίτητα σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα.

Είναι δυνατόν να είναι άτομα που δεν πάσχουν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, αλλά έχουν αισθανθεί έντονα απόγνωση, απελπισία και έλλειψη διεξόδων στη ζωή τους. (Laufer M. 1995)

4.11 Θεραπευτική παρέμβαση

Η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση για την αυτοκτονία είναι η πρόληψη, υπό την έννοια ότι όταν διαπιστώνεται η ύπαρξη καταστάσεων, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, πρέπει να παρεμβαίνουμε για να τις εξομαλύνουμε. Για παράδειγμα, όταν υπάρχει δυσλειτουργία στην οικογένεια, θα πρέπει να ζητείται η βοήθεια ενός ειδικού ψυχικής υγείας, ώστε να βρεθεί ένας καλύτερος τρόπος λειτουργίας και επικοινωνίας, που όχι μόνο θα βελτιώσει την παρούσα κατάσταση, αλλά θα είναι και παρακαταθήκη για το μέλλον. Κατά την πορεία της ανάπτυξης του ατόμου, όταν εμφανίζονται έντονες δυσκολίες αντιμετώπισης, αυτών που το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει για την ηλικία του, η παρέμβαση του ειδικού κρίνεται χρήσιμη ή και απαραίτητη, προκειμένου η πορεία της ανάπτυξης να μπει πάλι στην φυσιολογική πορεία. (Beratis S. 1991)

Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονία ή απόπειρα, είναι απαραίτητο να ζητηθεί βοήθεια ειδικού για το νεαρό άτομο, αλλά και για τους γονείς. Οι σκέψεις αυτοκτονίας και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας δηλώνουν ότι το άτομο βρίσκεται σε αδιέξοδο και η απόπειρα είναι επίκληση για βοήθεια. (www.suicideattempts.com)

4.12 Συνέπειες

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός για τα άτομα που αφήνει ο αυτόχειρας πίσω του. Το πένθος προκαλεί μεγάλη θλίψη σε κάθε περίπτωση, αλλά εκείνοι που πενθούν έναν αυτόχειρα λαμβάνουν λιγότερη στήριξη από το περιβάλλον τους, το οποίο συνήθως, βλέπει αρνητικά το θάνατο του ατόμου και τείνει να αποφεύγει τους οικείους του. Επίσης, εκείνοι που μένουν πίσω αισθάνονται έντονες ενοχές και θα είναι βοηθητικό γι' αυτούς να έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να λάβουν υποστήριξη. (Hollis C. 1996)

Οι γονείς μπορεί να βιώσουν τόσες ενοχές ώστε το πένθος να γίνεται αβάσταχτο. Τα παιδιά των αυτόχειρων μπορεί να αισθανθούν υπεύθυνα είτε για την αυτοκτονία, είτε για το ότι δεν μπόρεσαν να την εμποδίσουν. Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα αυτά να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό, για να μιλήσουν ελεύθερα και να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις ενοχές τους, ώστε να λάβουν αποτελεσματική βοήθεια. (Hollis C. 1996)

4.13 Διαφοροποίηση αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού

Μια εσφαλμένη αντίληψη, η οποία απέτρεψε τους ειδικούς από την πλήρη κατανόηση και εξέταση τους αυτοτραυματισμού είναι οι ομοιότητές του και η σύμπτωση με αυτοκτονικές συμπεριφορές. Οι Deiter, Nicholls και Pearlman (2001) αναφέρουν μια μελέτη των Borgan, Peterson, Golann and Hardiman (1990) την οποία διεξήγαγαν στη μονάδα επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών. Οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι 80% των ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν σαν χρόνιες αυτοκτονικές περιπτώσεις στην πραγματικότητα θα μπορούσαν να θεωρηθούν σαν περιπτώσεις εσκεμμένων αυτοτραυματισμών. Στην προσπάθειά τους να διαχωρίσουν τον αυτοτραυματισμό από την αυτοκτονία οι Walsh and Rosen (1988) υποστηρίζουν ότι οι αυτοτραυματισμοί είναι πολύ διαφορετικοί από την αυτοκτονική συμπεριφορά. (Κοκαλιάρη Ε. 2003)

Σύμφωνα με τον Shneidman «αυτοκτονία είναι η ανθρώπινη πράξη του αυτοεπιβαλλόμενου, ηθελημένου τερματισμού», ενώ αυτοτραυματισμός κατά τον Walsh and Rosen «είναι η ηθελημένη, μη απειλούσα τη ζωή, αυτοεπιβαλλόμενη σωματική βλάβη ή παραμόρφωση σωματικού ιστού μη κοινωνικά αποδεκτής φύσης». Αυτοκτονία είναι η πράξη τερματισμού της ζωής, ενώ αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος διατήρησης της ζωής. Όπως δηλώνει η Herman (1992) ο αυτοτραυματισμός «δεν σκοπεύει στο θάνατο, αλλά μάλλον στην ανακούφιση από αβάσταχτο συναισθηματικό πόνο». Ο Simpson (1975) υποστήριξε ότι η πράξη αυτοτραυματισμού μπορεί να θεωρηθεί σαν «αντι-αυτοκτονική» πράξη καθώς το άτομο προσπαθεί μέσω αυτής να ξεφύγει από καταστάσεις θανάτου. (Κοκαλιάρη Ε. 2003)

Μια πρώην ασθενής μου περιέγραψε τον αυτοτραυματισμό της:

«Σκεφτόμουν παρά πολύ συχνά την αυτοκτονία... αλλά δεν νομίζω ότι θα το έκανα... αλλά αυτές είναι οι στιγμές που κόβομαι, όταν αισθάνομαι κατάθλιψη και έχω τάσεις αυτοκτονίας... για να ξεφύγω από τον πόνο». (Κοκαλιάρη Ε.)

Όμως αν και ο αυτοτραυματισμός και η αυτοκτονία αποτελούν διαφορετικά φαινόμενα, τα άτομα τα οποία αυτοτραυματίζονται βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν. Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται και έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν αντιμετωπίζουν περισσότερα συναισθήματα κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδας καθώς και αυξημένες επιθετικές παρορμήσεις και συναισθηματική απάθεια. Αντιμετωπίζουν το θάνατο με λιγότερο φόβο και τους απασχολούν αυτοκτονικές σκέψεις για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Stanley, et al., 2001, σελ. 428)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΤΑΣΕΩΝ

5.1 Ο ρόλος των γονέων στην αποτροπή των εφήβων από τον αυτοτραυματισμό

Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτροπή των εφήβων από τον αυτοτραυματισμό και την ένταξή τους σε τέτοιου είδους ομάδες.

Στο σπίτι, οι γονείς μπορούν να ξοδεύουν περισσότερο χρόνο με τον έφηβο και να χρησιμοποιούν σαν πρώτη προτεραιότητα την οικογένεια. Οι γονείς μπορούν να βάλουν τον έφηβο υπεύθυνο να διαλέγει μια εβδομαδιαία οικογενειακή έξοδο. Η οικογενειακή διάθεση θα πρέπει να είναι πιο ήρεμη και δεκτική για τον έφηβο.

Όταν το πρόβλημα εμφανιστεί και υπάρχει κρίση, η οικογένεια, θα πρέπει να δουλεύει σαν μια ομάδα για την επίλυση αυτών των καταστάσεων.

Οι έφηβοι θα πρέπει να αισθάνονται ότι ανήκουν σε ένα κομμάτι της καρδιάς και της σκέψης των γονιών τους.

Θα πρέπει να αισθάνονται ευγνώμονες και να ξέρουν ότι οι γονείς τους, θα βοηθήσουν σε οποιαδήποτε κατάσταση.

Μια από τις ευθύνες των γονιών είναι να διαχωρίζουν την οικογενειακή ζωή από την δουλειά.

Ένας τρόπος για να βοηθηθούν γρηγορότερα οι επαφές μεταξύ γονέων και εφήβων είναι να μοιράζονται οικογενειακές ιστορίες. Πρέπει να μοιράζονται με τα παιδιά τους, το πόσο αντιδραστικοί ήταν στην εφηβεία.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, μπορεί να καταστεί επικίνδυνη όταν ο έφηβος κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ. Οι γονείς πρέπει να παίρνουν αποφασιστικές λύσεις και να θέτουν όρια σε τέτοιου είδους συμπεριφορές. Πρέπει επίσης να διδάξουν στους έφηβους την υπεύθυνη χρήση του αλκοόλ και υγιείς τρόπους για την αντιμετώπιση του στρες.

Είναι δικαίωμα των γονιών να γνωρίζουν τους φίλους του εφήβου και τους γονείς των φίλων τους.

Οι γονείς ενθαρρύνονται να συζητούν με τα παιδιά τους όσον αφορά το σεβασμό και την αξία που θα πρέπει να προσδίδουν στα σώματά τους. Επίσης, θα πρέπει να λειτουργούν σαν πρότυπα στα παιδιά τους χωρίς να επιδίδονται σε πράξεις αυτοκαταστροφής. Μερικές υποβοηθητικές προτάσεις για την αποφυγή της αυτοκαταστροφής στην εφηβική ηλικία περιλαμβάνονται στα εξής:

- Να μάθουν οι νέοι να αποδέχονται την πραγματικότητα και να βρίσκουν τρόπους να διαχειρίζονται τα τυχόν προβλήματα που προκύπτουν

- Να αποδέχονται τα συναισθήματα τους και να μιλάνε γι' αυτά

- Να μην έχουν περιέργεια για τον αυτοτραυματισμό

- Αν έχουν αυτοκαταστροφικές τάσεις να σταματήσουν να σκέφτονται το «καλό» που θα νιώσουν αν αυτοτραυματιστούν

- Να βάλουν τον εαυτό τους να σκέφτεται θετικά, χωρίς να έχουν στο μυαλό τους τον αυτοτραυματισμό.

- Να αναπτύξουν καλές κοινωνικές δεξιότητες.

Αισθήματα που ωθούν κάποιο έφηβο άτομο στο να θέλει να αυτοκαταστραφεί είναι ένας σοβαρός λόγος για να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια αμέσως. Ένας ψυχίατρος ή ψυχολόγους ειδικευμένος στον αυτοτραυματισμό μπορεί να δώσει ικανοποιητική βοήθεια. (www.self-injuryinadescents.com)

5.2 Πότε οι γονείς πρέπει να αρχίσουν να ανησυχούν

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οι έφηβοι να χρησιμοποιούν συχνά την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε προσωπικό επίπεδο ή με τους φίλους, και οι γονείς να μην έχουν καταλάβει ότι υπάρχει πρόβλημα.

Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν την μεγάλη διαφορά μεταξύ της διακόσμησης του σώματος (tattooing) και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Είναι γνωστό ότι στην νεολαία σήμερα τα τρυπήματα του σώματος και τα τατουάζ, είναι ένας τρόπος διακόσμησης του σώματος.

Παρακάτω παρατίθενται μερικά σημάδια που δείχνουν ότι ένας έφηβος μπορεί να έχει πρόβλημα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς:

- Αν ανακαλύψουν οι γονείς κοψίματα ή καψίματα πάνω στα χέρια, τα πόδια και την κοιλιά των παιδιών τους
- Αν ανακαλύψουν οι γονείς μαχαίρια, ξυράφια, χαρτοκόπτες και άλλα αιχμηρά αντικείμενα κρυμμένα στο δωμάτιο του εφήβου.
- Αν κλειδώνονται στο υπνοδωμάτιο ή στην τουαλέτα, μετά από μια άσχημη μέρα στο σχολείο χωρίς να θέλουν να παρηγορούνται από φίλους ή τους γονείς
- Αν η παρέα του εφήβου κόβεται ή καίγεται
- Αν αναφερθεί ότι ο έφηβος βρέθηκε με αίματα που έχουν προκληθεί από αιχμηρά αντικείμενα, ή αν ο ίδιος «πιαστεί» την ώρα του αυτοτραυματισμού.

(www.self_mutilation.com, www.self-injuryresources.com)

5.3 Εκφράσεις που λειτουργούν αρνητικά σε άτομο που αυτοτραυματίζεται

«Γιατί δεν σταματάς αυτήν την πράξη;»

Δεν είναι τόσο εύκολο. Ο αυτοτραυματισμός έχει να κάνει με τη διατήρηση της ζωής. Κάτι τέτοιο μπορεί να κάνει το άτομο να απομακρυνθεί και να απογοητευτεί.

«Δεν πρέπει να το κάνεις αυτό. Η ζωή δεν είναι τόσο άσχημη».

Το άτομο που μπορεί να πει το παραπάνω, μπορεί να μην ξέρει όλη την ιστορία του αυτοτραυματία. Ακόμη και οι γονείς μπορεί να μην γνωρίζουν τα πραγματικά αίτια. Από την πλευρά του, το άτομο που αυτοτραυματίζεται τα βλέπει όλα με άλλη οπτική γωνία.

«Δεν θα το έκανα ποτέ στον εαυτό μου αυτό».

Κάποιο άτομο μπορεί ποτέ να μην έχει αυτοτραυματιστεί κόβοντας π.χ. τον εαυτό του, αλλά σίγουρα θα έχει βρεθεί σε στιγμές που θα είχε πολύ στρες και θα έκανε κάτι για το οποίο ίσως τώρα δε θα νιώθει τόσο περήφανα. Το άτομο που αυτοτραυματίζεται, ίσως, να μην μπορούσε να βρει άλλη διέξοδο για το ή τα προβλήματά του.

5.4 Εκφράσεις που λειτουργούν θετικά σε άτομο που αυτοτραυματίζεται

«Δεν ξέρω πώς να είμαι πραγματικός φίλος για σένα. Σε παρακαλώ, βοήθησέ με».

Είναι σωστό να παραδεχτεί κάποιος κάτι τέτοιο, παρά να πεις κάτι ή να προσποιηθείς για κάτι που δεν ξέρεις.

«Υπάρχει κάποιος τρόπος με τον οποίο μπορώ να σε βοηθήσω στις στιγμές κρίσης»;

Αν κάποιο άτομο έχει καλή σχέση με το άτομο που αυτοτραυματίζεται, μπορεί να βοηθήσει πραγματικά το φιλικό του πρόβλημα. Μερικοί αυτοτραυματίες βρίσκουν αρκετά βοηθητικά το να μιλούν για το πρόβλημά τους και για τα συναισθήματά τους.

«Λυπάμαι πολύ που αισθάνεσαι τόσο πόνο μέσα σου».

Οι πληγές στο σώμα ή το κεφάλι είναι κάτι δευτερεύων. Αυτό που έχει πραγματική σημασία για τους αυτοτραυματίες είναι ότι χρειάζονται ένα άτομο να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους.

«Μπορείς να με βοηθήσεις να μάθω περισσότερα για τον αυτοτραυματισμό»;

Μία τέτοια ερώτηση μπορεί να κάνει το άτομο να νιώσει πιο άνετα και να μιλήσει ανοιχτά για τον αυτοτραυματισμό.

5.5 Ο ρόλος των ειδικών στην αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών τάσεων

Η θεραπεία των αυτοκαταστροφικών τάσεων συμπεριλαμβάνει την αντιμετώπιση του προβλήματος σε όλες τις διαστάσεις, και απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων:

Ψυχολόγου ή και ψυχίατρου: οι οποίοι αναλαμβάνουν τη ψυχολογική πτυχή του προβλήματος.

Όσον αφορά ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής, η ειδικότητα ενός εγγεγραμμένου διαιτολόγου ή και κλινικού διαιτολόγου: ο οποίος εκπαιδεύει το άτομο σχετικά με την ισοζυγισμένη διατροφή καθώς και την απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών. Στην περίπτωση που παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα (αρρυθμίες, ορμονικές διαταραχές, νεφρική ή και καρδιακή ανεπάρκη άτομα πρέπει να παρακολουθούνται από κλινικό διαιτολόγο.

Παθολόγου ή γιατρού άλλης ειδικότητας: ο οποίος αναλαμβάνει την παθολογική πτυχή του προβλήματος.

Το άτομο παρ' όλο που μπορεί να αναγνωρίσει ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα μπορεί ενδεχομένως να ζητήσει βοήθεια.

Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα συμπτώματα της αυτοκαταστροφικής τάσης να εμφανιστούν ξανά στη ζωή του ατόμου. Για το λόγο αυτό, η θεραπεία της μπορεί αν κρατήσει αρκετό καιρό, αφού πρέπει να υπάρξει τρόπος που το άτομο να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.

(www.psychologia.gr)

Τα τρία είδη θεραπείας, τα οποία μπορεί να παρασχεθούν στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα είναι τα εξής:

- Η **γνωστική ψυχοθεραπεία**, η οποία παρέχεται μπορεί να βοηθήσει διορθώνοντας λαθεμένες αντιλήψεις των ασθενών για τα αισθήματα, τις ανάγκες τους και την ικανότητα να ελέγξουν τη ζωή τους και η ψυχοδυναμική (αποκαλυπτική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να λύσει διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις και να διορθώσει στοιχεία της προσωπικότητάς του, που μπορεί να συνδέονται με τις αυτοκαταστροφικές τάσεις.
- Η **οικογενειακή θεραπεία** μπορεί να αποβεί πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να απευθυνθεί στις ενδοοικογενειακές διαντιδράσεις, οι οποίες είναι δυνατό να συμβάλλουν στην προβληματική συμπεριφορά του ασθενή στις ενδοοικογενειακές εντάσεις που δημιουργούνται από τη συμπεριφορά αυτή και στις αλληλεπιδράσεις τους. Μια καλή ομάδα, μπορεί να διδάξει στους εφήβους αποτελεσματικούς τρόπους για να χειρίζονται τις διαθέσεις τους, να αντιμετωπίζουν τις δυσάρεστες σκέψεις, να διαχειρίζονται το στρες και να αναλάβουν υγιείς δραστηριότητες.
- Η **ομαδική ψυχοθεραπεία**, έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη για τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις. Εντατική ομαδική ψυχοθεραπεία για τα άτομα αυτά συνδυάζει εκπαιδευτικά στοιχεία γύρω από τη διατροφή, τεχνικές γνωστικής ανακατασκευής, τεχνικές συμπεριφορικής τροποποίησης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. (www.psychologia.gr)

Εκτός από την επίσκεψη σε κάποιον ειδικό, μπορεί να φανεί χρήσιμο στο άτομο που αυτοκαταστρέφεται να συμμετάσχει σε μια ομάδα αυτοβοήθειας στην οποία άλλοι άνθρωποι μοιράζονται παρόμοια με τα δικά του προβλήματα. Αυτές οι ομάδες μπορούν να του παρέχουν πληροφορίες και υποστήριξη στις δύσκολες στιγμές τις οποίες περνάει.

Επίσης, η μελέτη σχετικών κειμένων μπορεί να τον βοηθήσει να πάρει τις πληροφορίες που του χρειάζονται.

(www.depnet.gr)

5.6 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ο οποίος ασχολείται με άτομα τα οποία έχουν καταφύγει στον αυτοτραυματισμό μπορεί να έχει τις παρακάτω δράσεις:

- Παροχή ψυχολογικής στήριξης στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα.
- Δημιουργία ομάδων θεραπείας με άτομα που αυτοτραυματίζονται και συνεργασία με το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Συμμετοχή σε διεπιστημονικές ομάδες για την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκαταστροφής.
- Οργάνωση τοπικών δικτύων καθώς και εθνικών για την καλύτερη αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών τάσεων.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση δράσεων για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την καλύτερη ενημέρωσή της σε τέτοιου είδους φαινόμενα.
- Συμμετοχή μέσα από οργανώσεις σε εθνικά συμβούλια υγείας και κοινωνικών θεμάτων για την προώθηση δομών και λύσεων για το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού.

5.7 Φαρμακοθεραπευτική αντιμετώπιση

Υπάρχουν σήμερα μελέτες αναφερόμενες στα τρία συστήματα που καθορίζουν βιολογικά την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δηλαδή αυτό της σεροτονίνης, των ενδογενών οπιούχων και της ντοπαμίνης. Με βάση αυτές τις υποθέσεις καθορίζεται η φαρμακευτική αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η οποία σε μερικές, τουλάχιστον, περιπτώσεις είναι πρωταρχικής σημασίας, ενώ σ' άλλες αποτελεί επιβοηθητικό μέσο σε συνδυασμό με ψυχολογικές μη – φαρμακευτικές μεθόδους. Έχουν χρησιμοποιηθεί οι εξής κατηγορίες φαρμάκων:

- Νευροληπτικά - Fluphenazine
- Αναστολείς MAO (μονοαμινοξειδάση) – Trany/cypromine
- Αναστολείς επαναπρόσληψης της S-HT-Fluoxetine
- Ανταγωνιστές οπιούχων - Naltrexone
- Άλατα Λιθίου
- Αντι- καταθληπτικά
- Αντι-ψυχωτικά

Η πρόσφατη σχετικά βιβλιογραφία για τα κλασικά φάρμακα (Chlorpromazine, Thioridazine, Haloperidol) γενικά δείχνει πως αυτά είναι βοηθητικά μόνο σε χαμηλές δόσεις και σε συνδυασμό με συμπεριφεριολογικές παρεμβάσεις.

(www.encephalosJournal.com)

5.8 Φορείς παροχής βοήθειας

Στην χώρα μας είναι εμφανής και σοβαρή η έλλειψη εξειδικευμένου φορέα παροχής υπηρεσιών και στήριξης στα άτομα που αυτοτραυματίζονται.

Αντίθετα, διεθνώς υπάρχουν αρκετοί φορείς που παρέχουν στήριξη τόσο στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον τους. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω:

- <http://secrets.swollen.tripol.com/selfinjury.html>
- <http://www.myfriend-myeny.com/>
- www.palace.net/zllama/psych/
- <http://www.selfinjury.com/>
- <http://www.selfinjury.prg.nk/>
- <http://www.selfinjury.net/>
- www.nnn.co.uk
- www.siari.co.uk.
- Bristol. chris service for women
Po Box 654, Bristol BA99, Ixll
Helpline:0117 925 1119 office/ 4dmin: 0117 927 9600
www.users.zetnet.co.uk/brsw/
- www.aacap.org/
- <http://www.users.zetnet.co.uk/Bcsw>
- <http://www.cy-net.org>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΘΕΜΑ:

6.1 Γενικός σκοπός:

Ο γενικός σκοπός της έρευνάς μας ήταν να διερευνηθεί αν υπάρχουν αυτοκαταστροφικές τάσεις στους σπουδαστές που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας τους .

6.2 Στόχοι έρευνας:

- Η διερεύνηση της άποψης των σπουδαστών σχετικά με την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος, στην παρουσίαση των αυτοκαταστροφικών τάσεων.
- Ο εντοπισμός της πιο διαδεδομένης μορφής αυτοτραυματισμού.
- Η διερεύνηση των επικρατέστερων συναισθημάτων, που βιώνει το αυτοκαταστροφικό άτομο.
- Η διερεύνηση της διαφοροποίησης μεταξύ: αυτοκαταστροφικής τάσης – απόπειρας αυτοκτονίας.
- Η διερεύνηση της αναγκαιότητας ύπαρξης υπηρεσιών , οι οποίες προσφέρουν στήριξη στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα.

6.3 Ερευνητικές υποθέσεις:

Οι ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν για την διερεύνηση των παραπάνω στόχων είναι:

- Αν το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου ευθύνεται για την εμφάνιση των αυτοκαταστροφικών τάσεων.
- Αν υπάρχει κάποια μορφή αυτοτραυματισμού που είναι περισσότερο διαδεδομένη μεταξύ των εφήβων.
- Αν το αυτοτραυματιζόμενο άτομο βιώνει κάποια συγκεκριμένα συναισθήματα κατά την διάρκεια καθώς και μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης.
- Αν οι ερωτώμενοι συγγέουν την αυτοκαταστροφή με την απόπειρα αυτοκτονίας.
- Αν οι έφηβοι πιστεύουν ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη υπηρεσιών στήριξης για τα αυτοτραυματιζόμενα άτομα.

6.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.

6.4.1 Επιλογή μεθοδολογίας:

Η μελέτη αυτή προσανατολίζεται στην περιγραφή του φαινομένου της αυτοκαταστροφική τάσης στο μετεφηβικό στάδιο, καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν το άτομο ώστε να οδηγηθεί σ'αυτή, αλλά και την αναγκαιότητα ύπαρξης ειδικών υπηρεσιών, παροχής βοήθειας στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα.

Βασική επιδίωξη μας είναι ο όσο πιο σωστός τρόπος προσέγγισης του προβλήματος και η συγκέντρωση και ανάλυση των δεδομένων με αξιόπιστο και αποτελεσματικό τρόπο.

Η προσέγγιση του προβλήματος των αυτοκαταστροφικών τάσεων στους έφηβους θα πραγματοποιηθεί με την μέθοδο της ερευνητικής επισκόπησης και η ανάλυση θα είναι ποσοτική.

6.4.2 Ερευνητική διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Ανάλυση δραστηριοτήτων:

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι της Πάτρας.

Ο χώρος που θα διεξαχθεί η έρευνά μας είναι οι αίθουσες και οι διάδρομοι των σχολών Σ.Ε.Υ.Π, Σ.Δ.Ο και Σ.Τ.Ε.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν η εξεταστική περίοδος του μήνα Σεπτεμβρίου.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων , αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων , έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Excel 2003.

Το δείγμα ήταν οι σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών των σχολών Σ.Ε.Υ.Π, Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε (ίσος αριθμός φύλου, ίσος αριθμός σπουδαστών από τις σχολές φοίτησης), ηλικίας 18-20. Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες ηλικίες για τον λόγο ότι αυτά τα άτομα έχουν περάσει το κρίσιμο στάδιο της εφηβείας και βρίσκονται πλέον στο μετεφηβικό στάδιο.

6.4.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Ως μέσο συλλογής στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το γραπτό ερωτηματολόγιο. Η επιλογή του ερωτηματολογίου έγινε διότι μπορεί να δοθεί σε μεγαλύτερη ομάδα πληθυσμού, χρειάζεται λιγότερο χρόνο για να απαντήσουν οι ερωτώμενοι και κυρίως διότι τα στοιχεία που θα συλλέξουμε θα διευκολύνουν την ποσοτική ανάλυση.

Μετά από τις απαραίτητες διευκρινήσεις από τις ερευνήτριες το κάθε ερωτώμενο άτομο καλείται να συμπληρώσει μόνο του το ερωτηματολόγιο.

Στην παρούσα έρευνα έχουν επιλεγεί 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου, λόγω του ότι διευκολύνουν τον ερωτώμενο, κάνοντας του περισσότερο κατανοητό το θέμα , χωρίς παράλληλα να απαιτείται να διαθέσει πολύ

χρόνο. Μ' αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται οι αποκλίσεις των απαντήσεων στην κωδικοποίηση.

Περιέχονται ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις θα δίνονται με ΝΑΙ – ΟΧΙ , ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, καθώς και με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert.

Επιδιώκεται να συγκεντρωθούν τα εξής δεδομένα τα οποία προκύπτουν:

- Για την 1^η ερευνητική υπόθεση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 4^η, 5^η, 6^η, 7^η , δίνουν πληροφορίες σχετικά με το αν το οικογενειακό περιβάλλον και η σχέση του ατόμου με αυτό, επηρεάζουν τον τελευταίο ώστε να οδηγηθεί στην αυτοκαταστροφή.
- Για την 2^η ερευνητική υπόθεση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 8^α, 8^β , δίνουν πληροφορίες για την πιο διαδεδομένη μορφή αυτοτραυματισμού.
- Για την 3^η ερευνητική υπόθεση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 9^η, 10^η , δίνουν πληροφορίες για τα επικρατέστερα συναισθήματα που βιώνει το αυτοτραυματιζόμενο άτομο.
- Για την 4^η ερευνητική υπόθεση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 11^η , 12^η , δίνουν πληροφορίες για το αν θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι ο αυτοτραυματισμός είναι παρεμφερής με την αυτοκτονία, καθώς και αν αυτός γίνεται για να θέσει κάποιος τέλος στη ζωή του.

- Για την 5^η ερευνητική υπόθεση, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου 12^η,13^η, 14^η, δίνουν πληροφορίες για την αναγκαιότητα ύπαρξης υπηρεσιών που να προσφέρουν βοήθεια στα άτομα που αυτοτραυματίζονται, καθώς επίσης για το αν γνωρίζουν οι ερωτώμενοι ειδικούς – επίσημους ή ανεπίσημους φορείς που να παρέχουν στήριξη και τέλος για το ποιος πιστεύουν ότι πρέπει να αναλάβει την πρωτοβουλία για την δημιουργία μιας πρότυπης μονάδας στήριξης.

6.4.4 Μέθοδος δειγματοληψίας

Για την επιλογή του δείγματος στηριχθήκαμε στην μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα μας αφορά σπουδαστές ηλικίας 18 – 20 ετών, καλύπτοντας έτσι την εφηβική και μετεφηβική περίοδο. Δόθηκαν 50 ερωτηματολόγια σε σπουδαστές των σχολών Σ.Ε.Υ.Π., Σ.Δ.Ο., Σ.Τ.Ε. οι οποίοι σπουδάζουν στο Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας.

6.4.5 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα.

Βασικοί όροι

Αξιοπιστία : είναι ο βαθμός στον οποίο μια διαδικασία παράγει ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις.

Εγκυρότητα : πρόκειται για τον έλεγχο του κατά πόσο ένα θέμα μέτρα η περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μέτρα η να περιγράφει.
(Bell, 1997,σελ.107)

Λόγω του ότι έχουμε μικρό δείγμα δεν θα ήταν εφικτό να υπάρξει και η ανάλογη εγκυρότητα και αξιοπιστία. Όμως για να εξασφαλισθούν – κατά το δυνατό – ο βαθμός εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγιναν οι παρακάτω ενέργειες :

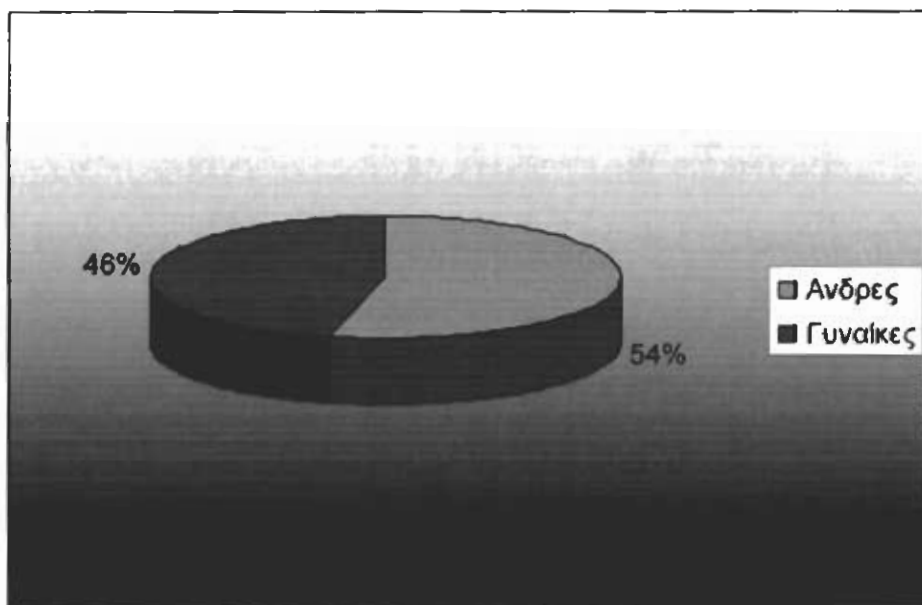
- Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου :
 - A. κατασκευάστηκαν με βάση τους άξονες των ερευνητικών υποθέσεων.
 - B. κατασκευάστηκαν με βάση το θεωρητικό πλαίσιο.
 - Γ. τέθηκε υπόψη ειδικού ερευνητή σε θέματα ποσοτικής μεθοδολογίας και ανάλυσης των δεδομένων.

- Ακολουθήθηκαν οι αρχές της δεοντολογίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η επιστημονικότητα και η εγκυρότητα της έρευνας .
- Έγινε πιλοτική έρευνα πριν δοθούν τα ερωτηματολόγια.
- Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις κλειστού τύπου και ερωτήσεις με διαβάθμιση της κλίμακας Lickert.
- Η ανωνυμία των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε με το μοίρασμά τους στην αίθουσα και την συγκέντρωσή τους από τον επιτηρητή στο τέλος της γραπτής εξέτασης, σε ειδικό σφραγισμένο φάκελο.

6.5 Σχεδιαγράμματα και ανάλυση πινάκων του ερευνητικού θέματος

Ερ.1: Φύλο ερωτώμενων

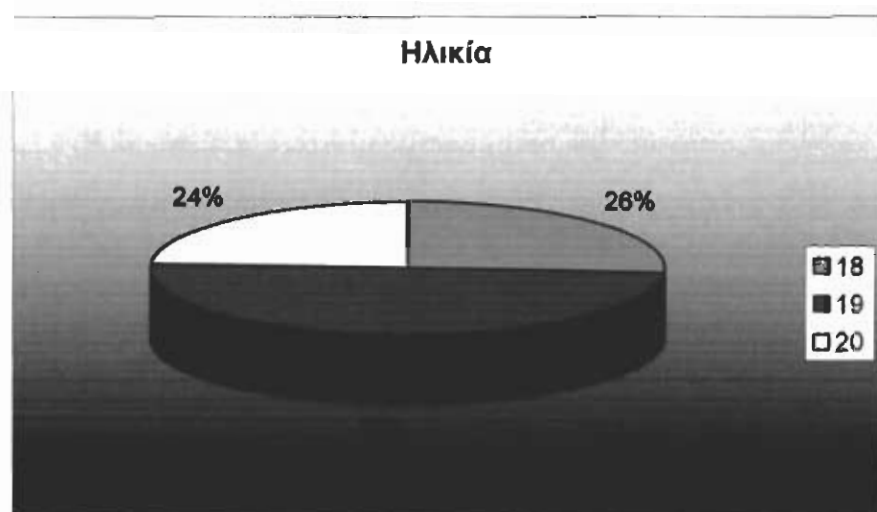
| ΦΥΛΟ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ | | |
|-----------------|----|---------|
| Ανδρες | 27 | 54,00% |
| Γυναίκες | 23 | 46,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Σε 50 ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε σπουδαστές των σχολών, Σ.Ε.Υ.Π, Σ.Δ.Ο, Σ.Τ.Ε του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, τα 27 άτομα του δείγματος είναι άνδρες και τα 23 είναι γυναίκες. Αυτό αντιστοιχεί στο 54% για τους άνδρες και στο 46% για τις γυναίκες.

Ερ.2: Ηλικία ερωτώμενων

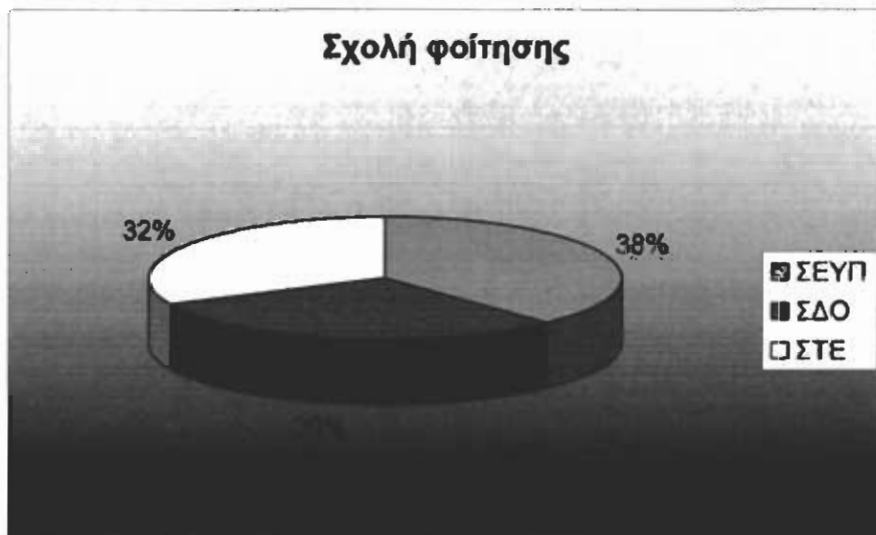
| ΗΛΙΚΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ | | |
|-------------------|-------|---------|
| Ηλικίες | Άτομα | |
| 18 | 13 | 26,00% |
| 19 | 25 | 50,00% |
| 20 | 12 | 24,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Από τα ερωτώμενα άτομα τα 25 είναι ηλικίας 19 ετών, τα 13 είναι ηλικίας 18 και τα υπόλοιπα 12 είναι ηλικίας 20 ετών.

Ερ.3: Σχολή φοίτησης

| ΣΧΟΛΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ | | |
|---------------------------|----|---------|
| ΣΕΥΠ | 19 | 38,00% |
| ΣΔΟ | 15 | 30,00% |
| ΣΤΕ | 16 | 32,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Στα 50 ερωτηματολόγια που δόθηκαν, τα 19 απαντήθηκαν από σπουδαστές της ΣΕΥΠ, τα 16 από σπουδαστές της ΣΤΕ και τα υπόλοιπα 15 από σπουδαστές της ΣΔΟ.

Ερ. 6: Πως θεωρείτε τη σχέση που έχετε με τα μέλη της οικογένειάς σας;

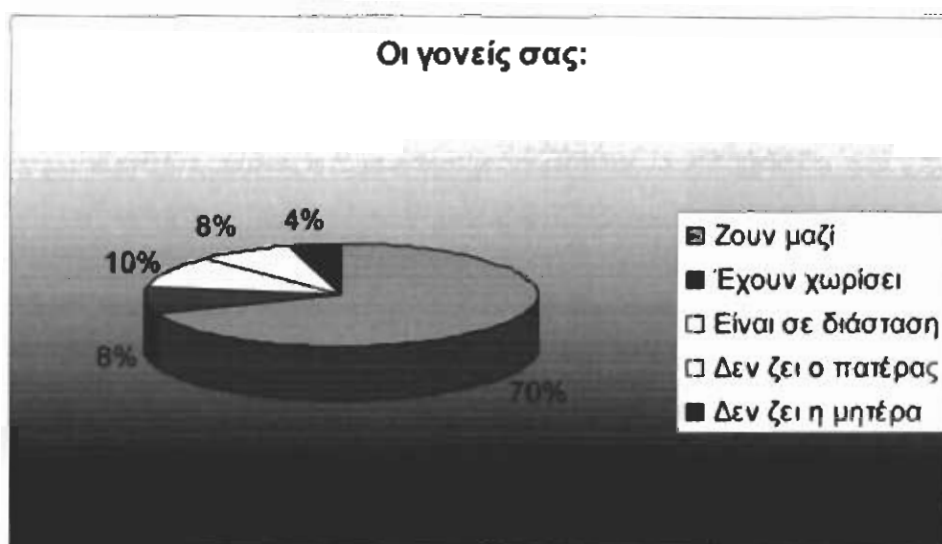
| ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ | | |
|---------------------------|----|---------|
| Άριστη | 5 | 10,00% |
| Καλή | 14 | 28,00% |
| Μέτρια | 23 | 46,00% |
| Κακή | 8 | 16,00% |
| Πολύ κακή | 0 | 0,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Από τους ερωτώμενους, οι 23 δήλωσαν ότι έχουν μέτρια σχέση με τα μέλη της οικογένειάς τους, οι 14 καλή, οι 8 κακή, ενώ μόνο 5 άτομα δήλωσαν ότι έχουν άριστη σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους.

Ερ. 7: Οι γονείς σας :

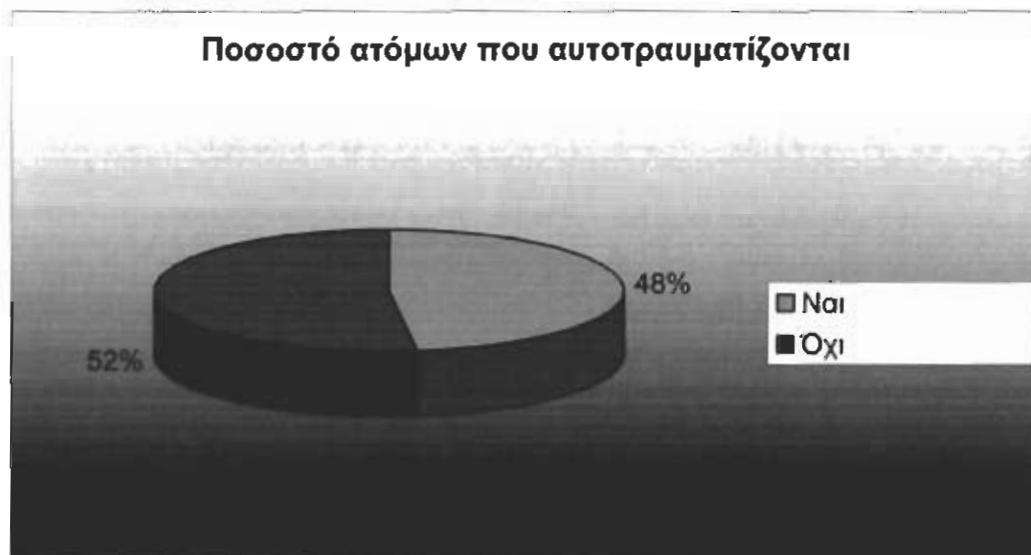
| ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ: | | |
|-------------------|----|---------|
| Ζουν μαζί | 34 | 69,39% |
| Έχουν χωρίσει | 4 | 8,16% |
| Είναι σε διάσταση | 5 | 10,20% |
| Δεν ζει ο πατέρας | 4 | 8,16% |
| Δεν ζει η μητέρα | 2 | 4,08% |
| Σύνολο | 49 | 100,00% |



Όσον αφορά την σχέση μεταξύ των γονέων των ερωτηθέντων, οι απαντήσεις που δόθηκαν ανέρχονται στα παρακάτω ποσοστά : το 70 % των γονέων (34 ερωτηθέντες) ζούνε μαζί. Το 10% (5 ερωτηθέντες) βρίσκονται σε διάσταση. Το ίδιο ποσοστό 8% (4 ερωτηθέντες) αντιστοιχεί στην περίπτωση που οι γονείς έχουν χωρίσει και στην περίπτωση που δεν ζει ο πατέρας. Και τέλος το 4% (2 ερωτηθέντες), δεν ζει η μητέρα.

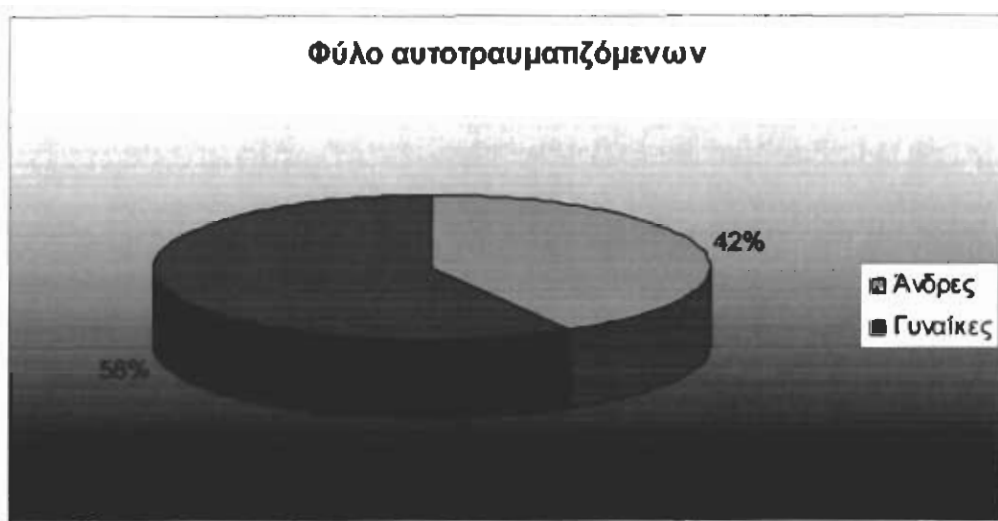
Ερ. 8^α: Έχετε αυτοτραυματιστεί ποτέ;

| ΕΧΕΤΕ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΤΕΙ ΠΟΤΕ; | | |
|------------------------------|----|---------|
| Ναι | 24 | 48,00% |
| Όχι | 26 | 52,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Από τους 50 ερωτηθέντες οι 24 απάντησαν ότι έχουν αυτοτραυματιστεί, με ποσοστό 48%, ενώ οι 26 δεν προέβησαν σε μια τέτοια πράξη, και το ποσοστό τους ανέρχεται στο 52%.

| ΦΥΛΟ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΜΕΝΩΝ | | |
|--------------------------|----|---------|
| Άνδρες | 10 | 41,67% |
| Γυναίκες | 14 | 58,33% |
| Σύνολο | 24 | 100,00% |



Σύμφωνα με την παραπάνω ερώτηση προκύπτουν τα εξής στοιχεία:

Από τα 24 άτομα που έχουν αυτοτραυματιστεί οι 10 είναι άνδρες με ποσοστό 42% και οι 14 είναι γυναίκες με ποσοστό 58%.

| ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΩΝ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΜΕΝΩΝ | | | |
|---|---------|---------|--|
| Σχέση | Αριθμός | | |
| Ζουν μαζί | 13 | 54,17% | |
| Έχουν χωρίσει | 2 | 8,33% | |
| Είναι σε διάσταση | 3 | 12,50% | |
| Δεν ζει ο πατέρας | 4 | 16,67% | |
| Δεν ζει η μητέρα | 2 | 8,33% | |
| Άλλο | 0 | 0,00% | |
| Σύνολο | 24 | 100,00% | |

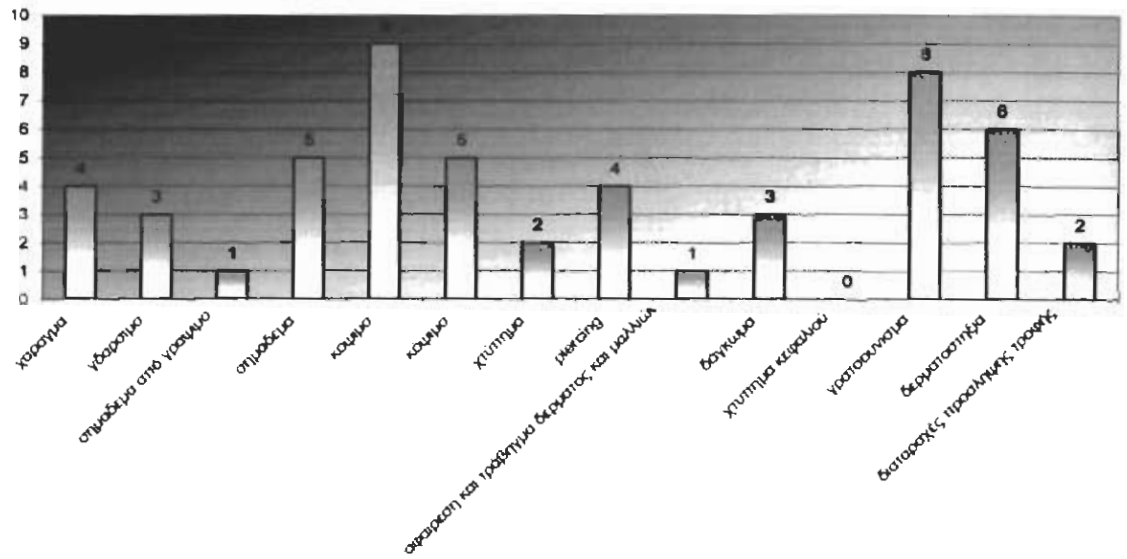


Παρατηρώντας τη μεταξύ σχέση των γονέων των αυτοτραυματιζόμενων, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (54%) των γονέων ζουν μαζί. Το 16,67% έχει απαντήσει ότι ο πατέρας δεν είναι πλέον στη ζωή. Το 12,5% απάντησε ότι οι γονείς βρίσκονται σε διάσταση, ενώ ίδιο ποσοστό (8,33%) απάντησε ότι οι γονείς έχουν χωρίσει και ότι δεν βρίσκεται στη ζωή η μητέρα.

Ερ.8β: Με ποιον/ ποιους τρόπους έχετε αυτοτραυματιστεί;

| ΤΡΟΠΟΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ | | |
|--|----|---------|
| χάραγμα | 4 | 7,55% |
| γδάριμο | 3 | 5,66% |
| σημάδεμα από γράψιμο | 1 | 1,89% |
| σημάδεμα | 5 | 9,43% |
| κάψιμο | 9 | 16,98% |
| κόψιμο | 5 | 9,43% |
| χτύπημα | 2 | 3,77% |
| piercing | 4 | 7,55% |
| αφαίρεση και τράβηγμα δέρματος και μαλλιών | 1 | 1,89% |
| δάγκωμα | 3 | 5,66% |
| χτύπημα κεφαλιού | 0 | 0,00% |
| γρατσούνισμα | 8 | 15,09% |
| Δερματοστιξία (tattooing) | 6 | 11,32% |
| διαταραχές πρόσληψης τροφής | 2 | 3,77% |
| άλλο | 0 | 0,00% |
| Σύνολο | 53 | 100,00% |

Τρόποι αυτοτραυματισμού



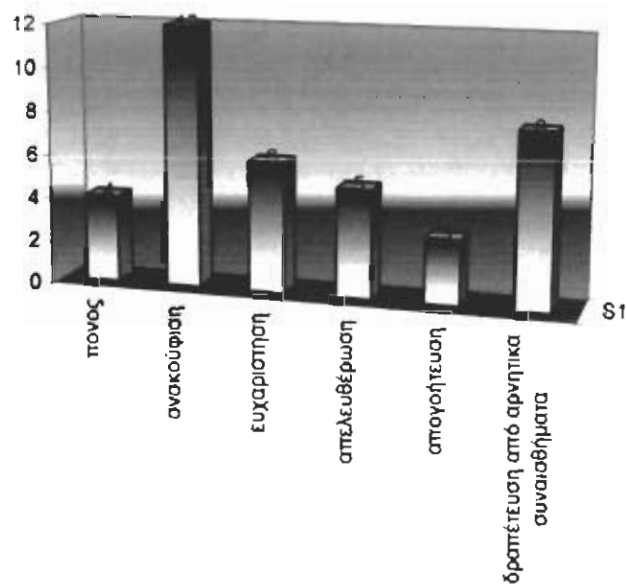
Η ερώτηση αυτή είναι πολλαπλής επιλογής. Έτσι, είναι δυνατόν να έχουν απαντηθεί περισσότερες από μία επιλογές που βρίσκονται στην αντίστοιχη ερώτηση του ερωτηματολογίου.

Ζητήθηκε από τους σπουδαστές που αυτοτραυματίζονται να σημειώσουν τους τρόπους που καταφεύγουν σε αυτήν την πράξη. Οι επικρατέστεροι τρόποι όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα είναι το κάψιμο με 9 επιλογές, το γυατσούνισμα με 8 επιλογές και η δερματοστιξία (tattooing) με 6.

Ερ.9: Ποια ήταν τα συναισθήματά σας κατά τη διάρκεια της αυτοκαταστροφικής πράξης;

| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ | | |
|--|----|---------|
| Πόνος | 4 | 10,53% |
| Ανακούφιση | 12 | 31,58% |
| Ευχαρίστηση | 6 | 15,79% |
| Απελευθέρωση | 5 | 13,16% |
| Απογοήτευση | 3 | 7,89% |
| Δραπέτευση από αρνητικά συναισθήματα | 8 | 21,05% |
| Άλλο | 0 | 0,00% |
| Σύνολο | 38 | 100,00% |

Συναισθήματα κατά τη διάρκεια της αυτοκαταστροφικής πράξης

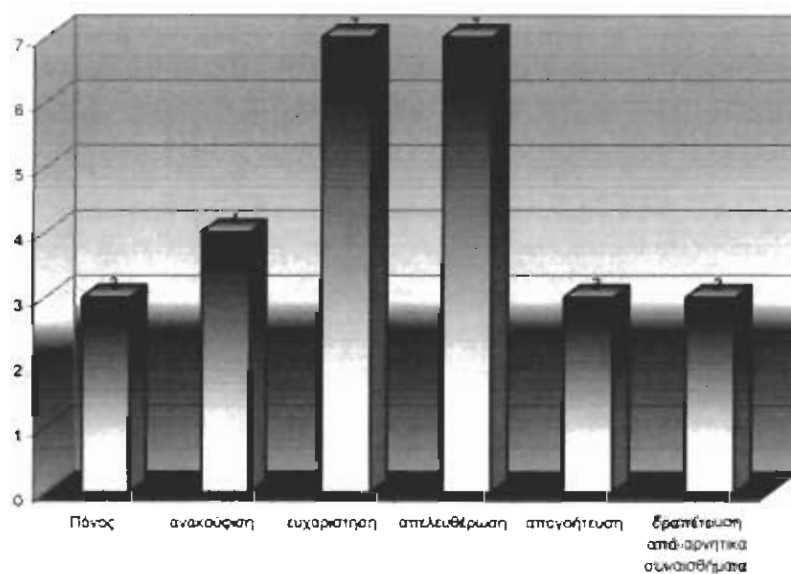


Στο γράφημα παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των αυτοτραυματιζόμενων (12 απαντήσεις) αισθάνονται ανακούφιση κατά τη διάρκεια της αυτοκαταστροφικής πράξης. 8 ερωτηθέντες αισθάνονται ότι κατά τη διάρκεια του αυτοτραυματισμού, δραπετεύουν από αρνητικά συναισθήματα και 6 νιώθουν ευχαρίστηση.

Ερ. 10: Ποια ήταν τα συναισθήματά σας μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης;

| ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ | | | |
|---|----|---------|--|
| Πόνος | 3 | 11,11% | |
| ανακούφιση | 4 | 14,81% | |
| ευχαρίστηση | 7 | 25,93% | |
| απελευθέρωση | 7 | 25,93% | |
| απογοήτευση | 3 | 11,11% | |
| δραπέτευση από αρνητικά συναισθήματα | 3 | 11,11% | |
| Άλλο | 0 | 0,00% | |
| Σύνολο | 27 | 100,00% | |

Συναισθήματα μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης

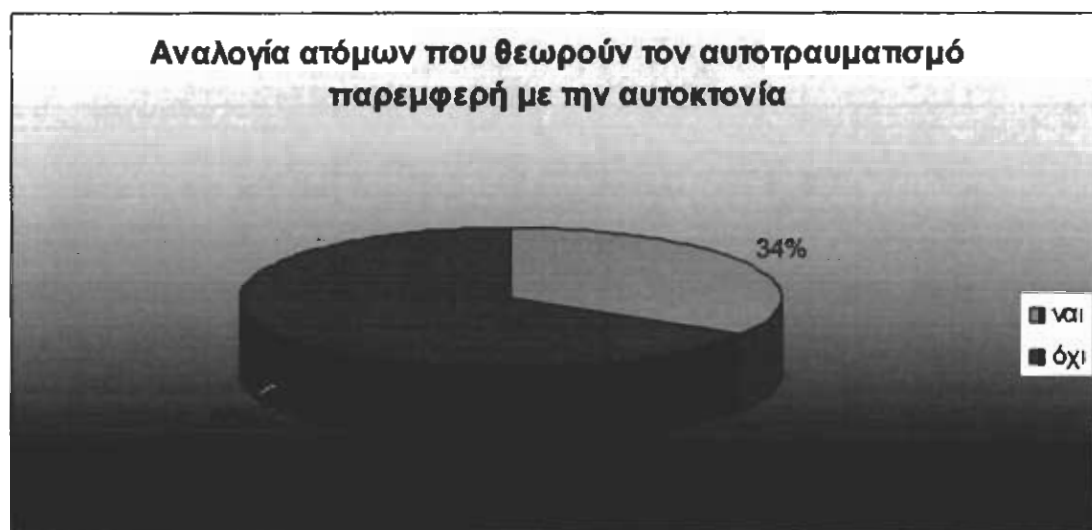


Σελφ

Στο γράφημα παρατηρούμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των αυτοτραυματιζόμενων (7 απαντήσεις) αισθάνονται ευχαρίστηση αλλά και απελευθέρωση μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης. 4 ερωτηθέντες αισθάνονται ανακούφιση, και τα υπόλοιπα συναισθήματα ισοψηφούν στις απαντήσεις.

Ερ. 11: Θεωρείτε ότι ο αυτοτραυματισμός είναι παρεμφερής με την αυτοκτονία;

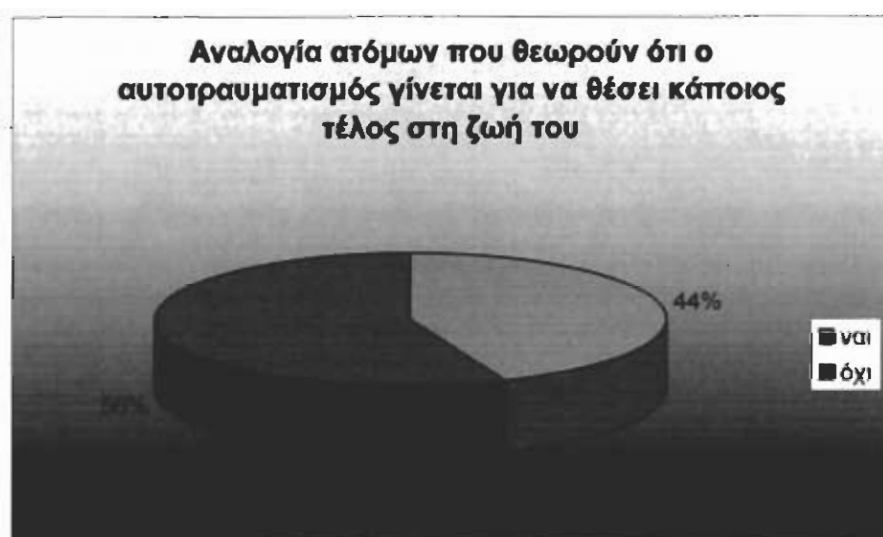
| ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΕΜΦΕΡΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ; | | | |
|---|----|---------|--|
| ναι | 17 | 34,00% | |
| όχι | 33 | 66,00% | |
| Σύνολο | 50 | 100,00% | |



Από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων το 34% θεωρεί ότι ο αυτοτραυματισμός είναι παρεμφερής με την αυτοκτονία, ενώ το 66% δεν συγγέει τις δύο αυτές έννοιες.

Ερ.12: Θεωρείτε ότι η απόπειρα αυτοτραυματισμού γίνεται για να θέσει κάποιος τέλος στη ζωή του;

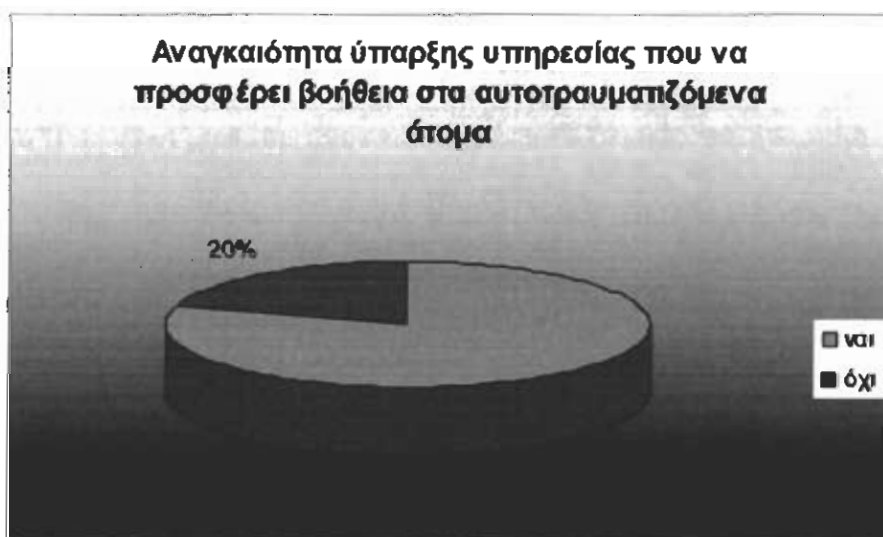
| ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΘΕΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΤΕΛΟΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ | | |
|--|----|---------|
| ναι | 22 | 44,00% |
| όχι | 28 | 56,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Το 44% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η απόπειρα αυτοτραυματισμού γίνεται για να θέσει κάποιος τέλος στη ζωή του, ενώ το 56% γνωρίζει ότι οι αυτοτραυματιζόμενοι δεν θέλουν να θέσουν τέλος στη ζωή τους.

Ερ. 13: Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας που να προσφέρει βοήθεια στα άτομα που αυτοκαταστρέφονται;

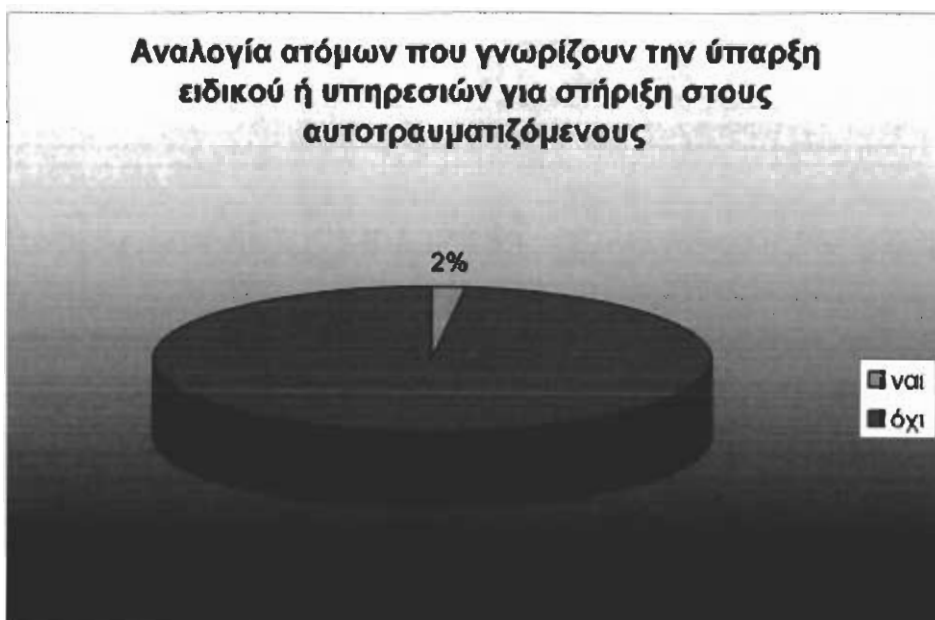
| ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΜΕΝΟΥΣ | | |
|--|----|---------|
| ναι | 40 | 80,00% |
| όχι | 10 | 20,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των ερωτηθέντων (80%), θεωρεί ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη υπηρεσίας που να παρέχει βοήθεια στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα. Το υπόλοιπο 20% δεν θεωρεί ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη κάποιας ειδικής υπηρεσίας.

Ερ. 14: Γνωρίζετε αν υπάρχουν ειδικοί – επίσημοι ή ανεπίσημοι φορείς που παρέχουν στήριξη στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα;

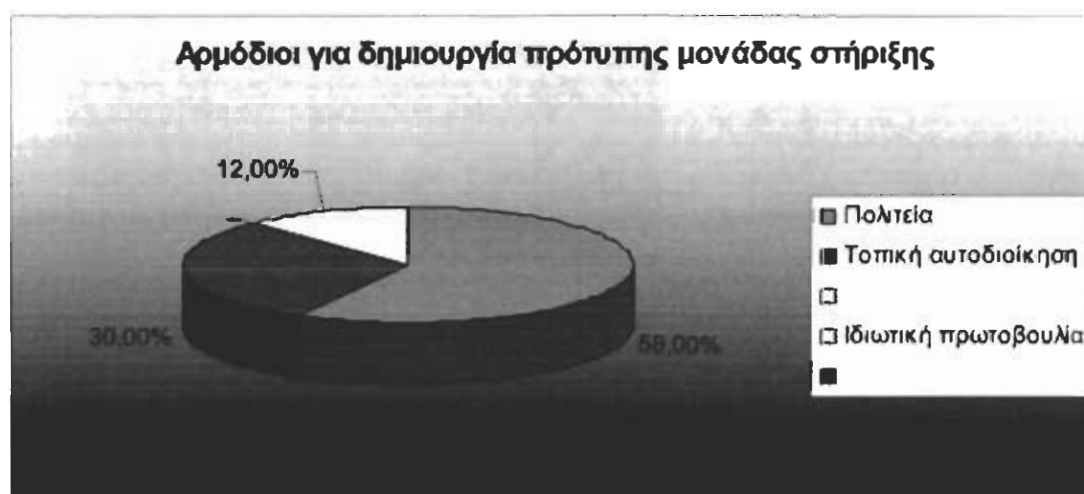
| ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΜΕΝΟΥΣ; | | |
|---|----|---------|
| ναι | 1 | 2,00% |
| όχι | 49 | 98,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Μόνο 1 άτομο, με ποσοστό 2%, από τους ερωτηθέντες γνωρίζει κάποιον ειδικό ή κάποια ειδική υπηρεσία που να παρέχει στήριξη στα άτομα που αυτοτραυματίζονται. Το υπόλοιπο 98% δεν γνωρίζει για την ύπαρξη τους.

Ερ. 15: Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να αναλάβει την πρωτοβουλία για την δημιουργία μιας πρότυπης μονάδας στήριξης;

| ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ | | |
|---|----|---------|
| Πολιτεία | 29 | 58,00% |
| Τοπική αυτοδιοίκηση | 15 | 30,00% |
| Ιδιωτική πρωτοβουλία | 6 | 12,00% |
| Σύνολο | 50 | 100,00% |



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, με 58% θεωρεί ότι αρμόδια για την δημιουργία πρότυπης μονάδας στήριξης είναι η πολιτεία. Ακολουθεί η τοπική αυτοδιοίκηση με 30% και, τέλος, η ιδιωτική πρωτοβουλία με 12%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας οδηγεί στα ακόλουθα συμπεράσματα:

Από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων το 54% είναι άντρες και το 46% γυναίκες. Από αυτούς το 48% δήλωσε ότι έχει αυτοτραυματιστεί. Σε ανάλυση του δείγματος φαίνεται ότι το 58,33% αυτών είναι γυναίκες και το 41,67% άντρες. Τα ποσοστά αυτά δεν έχουν μεγάλη διάφορα μεταξύ τους. Σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία ο αυτοτραυματισμός ανάμεσα στα δυο φύλα, είναι περίπου ίσος , χωρίς όμως αυτό να είναι και απόλυτο.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν ηλικίας 19 ετών με ποσοστό 50%, 18 ετών με 26% και 20 ετών με 24%. Τα περισσότερα άτομα που ρωτήθηκαν ανήκουν στην Σ.Ε.Υ.Π με ποσοστό 38%, ενώ σπουδαστές των σχολών Σ.Τ.Ε και Σ.Δ.Ο είχαν 30% και 32% αντίστοιχα.

Στην ερώτηση για το πώς θεωρούν οι ερωτηθέντες τη σχέση που έχουν με τα μέλη της οικογένειας τους, η πλειοψηφία το (46%) των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι μέτρια. Μόνο το 10% δήλωσε ότι έχει άριστη σχέση με τα μέλη της οικογένειας του, ενώ 16% ότι η σχέση τους είναι κακή.

Από το συνολικό δείγμα των ερωτηθέντων το 69.39% απάντησε ότι οι γονείς τους ζουν μαζί ενώ το 10,2 % ότι βρίσκονται σε διάσταση. Στην ίδια ερώτηση, όσον αφορά το ποσοστό των αυτοτραυματιζόμενων το 54,17% δήλωσε ότι οι γονείς ζουν μαζί, ενώ το 16,67% ότι δεν ζει ο πατέρας. Το 12,5 % απάντησε ότι οι γονείς είναι σε διάσταση.

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι η σχέση των γονέων δεν επηρεάζει απόλυτα το άτομο, ώστε να οδηγηθεί στην αυτοκαταστροφή. Αυτό, δεν συμφωνεί με τη βιβλιογραφία γιατί σε αυτή παρατηρούμε ότι έφηβοι που προβαίνουν σε πράξεις αυτοκαταστροφής προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες. Όμως ακόμη και στην περίπτωση που οι γονείς ζουν μαζί μπορεί να εμφανιστούν αυτοκαταστροφικές τάσεις στα εφηβικής ηλικίας άτομα όταν οι γονείς είναι υπερβολικά απαιτητικοί.

Στην ερώτηση με ποιον τρόπο ή τρόπους έχει αυτοτραυματιστεί το άτομο, η οποία απαντήθηκε μόνο από όσους απάντησαν θετικά στο αν αυτοτραυματίστηκαν ποτέ, ο επικρατέστερος τρόπος είναι το κάψιμο με 16,98%. Ακολουθεί το γρατσούνισμα με 15,09%, η δερματοστιξία (tattooing) με 11,32%. Με 9,43% επιλέχθηκαν το σημάδεμα και το κόψιμο, ενώ το χάραγμα και η κατάχρηση του τρυπήματος του σώματος (body piercing) με 7,55%. Με μικρότερο ποσοστό 5,66% ακολουθούν το γδάρισμα και το δάγκωμα, ενώ με 3,77% οι διαταραχές πρόσληψης τροφής και το χτύπημα.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε αυτοτραυματιζόμενα άτομα, αποδεικνύεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμά το κόψιμο και το κάψιμο.

Στην ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα κατά την διάρκεια της αυτοκαταστροφικής πράξης, πρώτο στην επιλογή των ερωτώμενων οι οποίοι έχουν αυτοτραυματισθεί έρχεται η ανακούφιση με ποσοστό 31,58% και ακολουθεί με ποσοστό 21,05% η δραπέτευση από αρνητικά συναισθήματα. Τρίτο στην επιλογή συναισθημάτων είναι η ευχαρίστηση με 15,79% και ακολουθεί η απελευθέρωση, ο πόνος και η απογοήτευση με 13,16%, 10,53%, 7,89% αντίστοιχα. Στη βιβλιογραφία είναι εμφανές ότι ο πόνος και άλλα αρνητικά συναισθήματα κατέχουν την πρώτη θέση.

Όμως σύμφωνα με μαρτυρίες άτομα που αυτοτραυματίζονται αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια της πράξης νιώθουν καλύτερα.

Στην ερώτηση που αφορά τα συναισθήματα μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης, έρχονται πρώτα με ποσοστό 25,93% η ευχαρίστηση και η απελευθέρωση. Δεύτερη επιλογή είναι η ανακούφιση με ποσοστό 14,81%. Ακολουθούν με 11,11% ο πόνος, η απογοήτευση και η δραπετεύση από αρνητικά συναισθήματα. Συσχετίζοντας την έρευνα με τη βιβλιογραφία, φαίνεται ότι τα συναισθήματα μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης είναι πάντα θετικά.

Στην ερώτηση για το αν ο αυτοτραυματισμός είναι παρεμφερής με την αυτοκτονία, φαίνεται ξεκάθαρα ότι υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των δύο εννοιών. Αυτό το αποδεικνύει το 66% των ερωτώμενων, οι οποίοι δεν συγχέουν τις δύο αυτές έννοιες, αν και αρκετοί θεωρούν ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ τους με ποσοστό 34%.

Η αμέσως επόμενη ερώτηση η οποία λειτουργεί και ως "παγίδα", αναφέρεται στο αν ο αυτοτραυματισμός γίνεται για να θέσει κάποιος τέλος στη ζωή του. Αρκετοί απάντησαν θετικά με ποσοστό 44%, ενώ το υπόλοιπο 56% δεν πιστεύει κάτι τέτοιο. Στη βιβλιογραφία φαίνεται ξεκάθαρα η διαφορά μεταξύ αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας, αν και πολλά άτομα συγχέουν τις δύο έννοιες. Ο αυτοτραυματισμός είναι μία πράξη διατήρησης της ζωής ενώ η αυτοκτονία γίνεται για να δώσει κάποιος τέλος στη ζωή του.

Στην ερώτηση αν είναι αναγκαία η ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας που να προσφέρει βοήθεια στα άτομα που αυτοκαταστρέφονται, η πλειοψηφία των απαντήσεων, με ποσοστό 80%, θεωρεί ότι είναι αναγκαία. Μόνο το 20% δεν θεωρεί αναγκαία την ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας.

Η ερώτηση που γίνεται για το αν γνωρίζουν οι ερωτώμενοι την ύπαρξη ειδικών – επίσημων ή ανεπίσημων φορέων που παρέχουν

στήριξη στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα, η συντριπτική πλειοψηφία, 98%, απάντησε αρνητικά. Αυτό ήταν αναμενόμενο, λόγω του ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν εξειδικευμένοι φορείς και προσωπικό παροχής βοήθειας στους αυτοτραυματίες.

Στην τελευταία ερώτηση, οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν ποιος πιστεύουν ότι είναι αρμόδιος για τη δημιουργία πρότυπης μονάδας στήριξης. Το 58% θεωρεί αρμόδια την πολιτεία, το 30% την Τοπική Αυτοδιοίκηση και, τέλος, το 12% θεωρεί ότι είναι αρμοδιότητα ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι πολύ δύσκολο να παραδεχθεί κάποιος ότι αυτοτραυματίζεται, και αυτό γιατί είναι μία “κακή” πράξη προς τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και επειδή φοβάται την γνώμη που θα σχηματίσουν οι άλλοι γι’ αυτόν.

7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Δημιουργία πρότυπης μονάδας υποστήριξης ατόμων που αυτοτραυματίζονται καθώς και των οικογενειών τους, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας . Έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η χρηματοδότηση της δομής και η μόνιμη στελέχωσή της από ειδικό προσωπικό.
- Δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής όπου τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις, ανώνυμα, μπορούν να μιλούν με ειδικούς έστω και όταν βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης.
- Εκστρατεία ενημέρωσης μέσω του γραπτού και ηλεκτρονικού τύπου για τους κινδύνους που διατρέχουν τα άτομα που αυτοτραυματίζονται.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση πιλοτικού προγράμματος ενημέρωσης στα Λύκεια και τα Ανώτερα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της χώρας με τη συνεργασία της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οργάνωση ειδικών εκπομπών και ομιλιών με ειδικούς σε κέντρα εφήβων ή γενικότερα σε “ στέκια ” νεολαίας.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ιωαννίδου, Ε. , (1978): "Η οικογένεια" ,Αθήνα, εκδόσεις: Νέα πορεία.
- Κοκαλιάρη, Ε ., "Αυτοτραυματισμοί: Μια επιδημία στον εφηβικό και φοιτητικό πληθυσμό", Επιστημονικό περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών της Ελλάδος, Τεύχος 72^ο , Αθήνα 2003.
- Νόβα – Καλτούνη, Χ., Μακρή – Μπότσαρη, Ε., Τσιμπουκλή, Α., (2002) : "Εξέλιξη του Παιδιού στο Κοινωνικό Περιβάλλον", Πάτρα, εκδόσεις: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστημίο.
- Νομικού, Χ., (2003) : "Εφηβεία, η ηλικία της επανάστασης" , Αθήνα, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Τσιάντης, Ι., Γιαννοπούλου – Καβουρίδη, Στ., Ξυπολιά – Τσαντίλη, Δ., (1981): "Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους " , Παιδιατρική , σελ.44, 99-110.

Ξένη βιβλιογραφία

- Alderman T., (1997), "The scared soul: Understanding and ending self – inflicted violence", Oakland CA, εκδόσεις: New Harbinger.
- Beratis S. (1991), "Suicide among adolescents in Greece", Brit J. Psychiatry, 159, 515- 519, 520 – 522, 546 – 548.
- Burgess J. – Stanford University Medical Center, CA, (1991), "Psychiatry Res – Relationship of depression and cognitive impairment to self – injury in borderline personality disorder, major depression and schizophrenia".
- Charbol H., (1984), " Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου", Ελλ. μετάφραση, Τερζόπουλου Α., Αθήνα, εκδόσεις: Χατζηνικολή.
- Connors R., (1996), "Self – injury in trauma survivors: functions and meanings", American journal of orthopsychiatry.
- Connors R., (2000), "Self – injury, Psychotherapy with people who engage in self – inflicted violence", Northvale, Jason Aronson Inc.
- Conterio, Karen, Lader W. Bloom K., (1998), "Bodily harm: The break though healing program for Self – injurers", New York, εκδόσεις: Hyperion.
- Farber S., (2000), " When the body is the target, self – harm pain, the traumatic attachments", Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Favazza A., (1998), "The challenge of self – mutilation: A review", comprehensive Psychiatry.
- Garfinkel B., Northrop G., (1989), "Ad descent suicide recognition, treatment and prevention", N. York, The Haworth Press.

- Hollis C., (1996), "Depression, family environment and adolescent suicidal behavior", J. Am Acad child adolesc Psychiatry.
- Laufer M., (1995), "The suicidal ad descent", London, Karnack books.
- Norothy P., (1972), "Self – cutting", Bulletin of the Menniger Clinic.
- Sue, Sue, Sue, (1997), "Understanding abnormal behavior", Oxford University Press.
- Sutton J., (1999), "Healing the hurt within understanding and relieve the suffering behind self – destructive behavior", Oxford, How to books.
- Tucker N., (1999), " Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία, ελλ. μετάφραση, Γαλανάκη Ε., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Walsh R., Rosen P., (1988), " Self – mutilation, theory, research and practice", N.York, Guildford Press.
- Zager K., PhD – Rubenstein A., EdD, (2000), "Όλη η αλήθεια για τις έφηβες", ελλ. μετάφραση, Κακούρου Μ. Αθήνα, Σαββάλας.

Διευθύνσεις από διαδίκτυο

- Adolescents (2003), σελ. (2 – 5), [http://: www.adolescents.com](http://www.adolescents.com)
- American Self – Harm Information clearing house (1999), σελ. (2 – 4), [http://: www.selfinjury.com](http://www.selfinjury.com)
- Autoktonia (2004), σελ. (1 – 5), [http://: www.autoktonia.gr](http://www.autoktonia.gr)
- Efibeia (2004), σελ. (1 - 6), [http://: www.efibeia.gr](http://www.efibeia.gr)
- Self – injury (2004), σελ. (1 – 3), [http://: www.selfinjury.gr](http://www.selfinjury.gr)
- Self – injury (2005), σελ. (1 – 5), [http://: www.famousselfinjurers.com](http://www.famousselfinjurers.com)
- Suicide (2005), σελ. (5 – 7), [http://: www.suicide.com](http://www.suicide.com)
- Suicide (2005), σελ. (10 – 12), [http://: www.suicideattempts.com](http://www.suicideattempts.com)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αυτό το ερωτηματολόγιο γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, με σκοπό την λήψη πτυχίου από τη σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας. Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι: « Αυτοκαταστροφικές τάσεις των εφήβων ».

Στο ερωτηματολόγιο αυτό παρακαλούμε να σημειώσετε με ένα Χ, την απάντηση εκείνη που είναι πιο κοντά στη δική σας εμπειρία. Σας κάνουμε γνωστό ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αυστηρά απόρρητο. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις, αν το κρίνετε απαραίτητο.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας και για τον χρόνο που διαθέσατε για την διεκπεραίωση της έρευνάς μας.

Υπεύθυνες σπουδάστριες: Ιωάννου Θέμιδα
Καλογήρου Εμμανουέλα
Κολιού Μπεττίνα

1) Φύλο: α) Άνδρας β) Γυναίκα

2) Ηλικία: α) 18

β) 19

γ) 20

3) Σχολή Φοίτησης: α) Σ.Ε.Υ.Π

β) Σ.Δ.Ο

γ) Σ.Τ.Ε

4) Αριθμός μελών τα οποία ζουν κάτω από την ίδια στέγη:
(δηλώστε απόλυτο αριθμό)

Αριθμός

5) Ποια η σχέση σας με τα παραπάνω μέλη:

α) πατέρας

ε) παππούς

β) μητέρα

στ) γιαγιά

γ) αδερφός

ζ) άλλο.....

δ) αδερφή

6) Πως θεωρείτε τη σχέση που έχετε με τα μέλη της οικογένειάς σας;

α) άριστη

δ) κακή

β) καλή

ε) πολύ κακή

γ) μέτρια

7) Οι γονείς σας:

α) Ζουν μαζί

δ) δεν ζει ο πατέρας

β) έχουν χωρίσει

ε) δεν ζει η μητέρα

γ) είναι σε διάσταση

στ) άλλο.....

8^α) Έχετε αυτοτραυματιστεί ποτέ;

α) ναι

β) όχι

8^β) Εάν ναι, με ποιον/ ποιους από τους παρακάτω τρόπους:
(μπορείτε να συμπληρώσετε και περισσότερες από μία απαντήσεις)

- | | |
|---|---|
| α) χάραγμα <input type="checkbox"/> | θ) αφαίρεση και τράβηγμα του δέρματος και των μαλλιών <input type="checkbox"/> |
| β) γδάρισμα <input type="checkbox"/> | ι) δάγκωμα <input type="checkbox"/> |
| γ) σημάδεμα από γράψιμο <input type="checkbox"/> | ια) χτύπημα του κεφαλιού προκαλώντας οξύ ήχο <input type="checkbox"/> |
| δ) σημάδεμα <input type="checkbox"/> | ιβ) γρατσούνισμα <input type="checkbox"/> |
| ε) κάψιμο <input type="checkbox"/> | ιγ) Δερματοστιξία (tattooing) <input type="checkbox"/> |
| στ) κόψιμο <input type="checkbox"/> | ιδ) διαταραχές πρόσληψης τροφής (νευρική ανορεξία, βουλιμία) <input type="checkbox"/> |
| ζ) χτύπημα <input type="checkbox"/> | |
| η) κατάχρηση του τρυπήματος του σώματος (piercing) <input type="checkbox"/> | |
| ιε) άλλο..... | |

9) Ποια ήταν τα συναισθήματά σας κατά τη διάρκεια της αυτοκαταστροφικής πράξης;
(μπορείτε να συμπληρώσετε και περισσότερες από μία απαντήσεις)

- | | |
|--|---|
| α) πόνος <input type="checkbox"/> | ε) απογοήτευση <input type="checkbox"/> |
| β) ανακούφιση <input type="checkbox"/> | στ) δραπετεύση από αρνητικά συναισθήματα <input type="checkbox"/> |
| γ) ευχαρίστηση <input type="checkbox"/> | ζ) άλλο..... |
| δ) απελευθέρωση <input type="checkbox"/> | |

10) Ποια ήταν τα συναισθήματά σου μετά το τέλος της αυτοκαταστροφικής πράξης ;

α) πόνος

ε) απογοήτευση

β) ανακούφιση

στ) δραπέτευση από αρνητικά συναισθήματα

γ) ευχαρίστηση

ζ) άλλο.....
.....

δ) απελευθέρωση

11) Θεωρείτε ότι ο αυτοτραυματισμός είναι παρεμφερής με την αυτοκτονία ;

α) ναι

β) όχι

12) Θεωρείται ότι η απόπειρα αυτοτραυματισμού γίνεται για να θέσει κάποιος τέλος στην ζωή του ;

α) ναι

β) όχι

13) Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας που να προσφέρει βοήθεια στα άτομα που αυτοκαταστρέφονται ;

α) ναι

β) όχι

14) Γνωρίζετε αν υπάρχουν ειδικοί – επίσημοι ή ανεπίσημοι φορείς που παρέχουν στήριξη στα αυτοτραυματιζόμενα άτομα ;

α) ναι

β)όχι

15) Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να αναλάβει την πρωτοβουλία για την δημιουργία μιας πρότυπης μονάδας στήριξης ;

α) πολιτεία

γ) ιδιωτική πρωτοβουλία

β) τοπική αυτοδιοίκηση

