

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΑΡΜΟΙΡΗ ΙΩΑΝΝΑ

**«Στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι
σε αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση νοσηλείας του»**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ



ΜΑΪΟΣ 2005
ΠΑΤΡΑ

Στη διδάσκαλό μου,

**«Όταν ένας άνθρωπος γελάει,
όλος ο κόσμος γελά μαζί του.
Όταν ένας άνθρωπος κλαίει,
κλαίει μόνος του»**

(Old boy)

*Στους γονείς μου
Στη μνήμη του Α.Σ...*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, κ. Σικελιανού, για την υποστήριξη και την ορθή καθοδήγηση του θέματος καθώς και τη δυνατότητα που μου έδωσε ώστε να πραγματοποιήσω μια πτυχιακή εργασία με ερευνητικό ενδιαφέρον.

Ευχαριστώ πολύ τον Πανόπουλο Αναστάσιο για την πολύτιμη βοήθειά του στη χρήση Η/Υ και του internet από την αρχή μέχρι την ολοκλήρωση της εργασίας.

Ευχαριστώ πολύ τη Μάλλιου Ελένη για την επιμέλεια των μεταφράσεων επιστημονικών άρθρων.

Ευχαριστώ πολύ τον Μπράτσα Μπάμπη για τη βοήθειά του στο πρόγραμμα του S.P.S.S.

Ευχαριστώ πολύ τους υπαλλήλους της Βιβλιοθήκης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, καθώς και το τμήμα της Επανεξέταξης.

Ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου και τα αδέρφια μου!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	7
1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	8
1.4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ:

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΝΕΩΝ

2.1. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	15
2.1.1. ΙΔΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΖΩΗΣ	15
2.1.2. Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ	17
2.2. ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΝΕΟΥ	26
2.3. Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΝΕΩΝ	32
2.3.1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ	33
2.3.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	33
2.3.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	34
2.3.4. ΧΡΗΣΕΙΣ ΟΥΣΙΩΝ	36
2.3.4.1. ΧΡΗΣΕΙΣ ΟΥΣΙΩΝ	36
2.3.4.2. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)	36
2.3.4.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ:

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	39
3.1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ	39
3.1.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	45
3.1.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	46
3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	47
3.3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	54
3.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV:

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΝΕΟΥ

4.1. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	67
4.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΙΣΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	70
4.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ – ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ	77
4.4. Η ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ	85

4.5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ (BURN OUT)	87
4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:

5.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	91
5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	92
5.2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	92
5.2.2. ΥΛΙΚΟ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ	95
5.2.2.1. ΥΛΙΚΟ	95
5.2.2.2. ΕΡΓΑΛΕΙΟ	96
5.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	98
5.3.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	98
5.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	132
5.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	134
5.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	138

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. Εισαγωγή

Είναι δύσκολο να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους η νεολαία, που χαρακτηρίζεται από ενέργεια και δημιουργικότητα δεσμεύεται την ιδέα της αυτοκτονίας. Είναι αναμφισβήτητο όμως το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της ιστορίας της ανθρωπότητας η νεολαία έχει προσφύγει σε αυτή την πράξη. Η νεολαία παρουσιάζεται ως ανίκανη για να αντιμετωπίσει και να βρει επιτυχώς αυτό που θα μπορούσε να την αποτρέψει από αυτή την έσχατη λύση. Τι είναι αυτό που οδηγεί τον νέο να φτάσει σε αυτό το σημείο; Ποιοι οι λόγοι που τον οδηγούν; Ποια η συμβολή των ειδικών σε αυτό το φαινόμενο; Το αίνιγμα της αυτοκτονίας είναι πολυδιάστατο. Όπως φαίνεται και μέσα από την ακόλουθη μελέτη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα του ενός ή ενός συνδυασμού κοινωνιολογικής, ψυχολογικής βιολογικής εξήγησης. Φυσικά καθώς αυξάνονται τα τραγικά στατιστικά δεδομένα της αυτοκτονίας αυξάνεται η ένταση και η συχνότητα του ερωτηματικού γιατί.

Γενικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στον αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση νοσηλείας.

Το Θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο (I) γίνεται μια μικρή εισαγωγή όπου περιγράφεται περιληπτικά το περιεχόμενο της εργασίας, ο σκοπός της μελέτης, οι ορισμοί εννοιών και μικρή ιστορική αναδρομή για το θέμα της αυτοκτονίας. Το Κεφάλαιο (II) εισάγει τα χαρακτηριστικά των αυτοκτονικών νέων τα οποία δίνονται μέσα από τη γενική περιγραφή των χαρακτηριστικών της νεανικής ηλικίας. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο προφίλ του αυτοκτονικού νέου και στη ψυχοπαθολογική του διάσταση. Στο κεφάλαιο (III) παρουσιάζονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις για την αυτοκτονία στις οποίες αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της αυτοκτονίας, η κοινωνιολογική προσέγγιση της αυτοκτονίας, η σχέση των μέσων μαζικής επικοινωνίας με την αυτοκτονία και τέλος τα δημογραφικά στοιχεία για την αυτοκτονία. Το τελευταίο κεφάλαιο (IV) του θεωρητικού μέρους αναφέρεται στη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου δίνοντας αρχικά μια γενική θεώρηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτοκτονικού ασθενή. Γίνεται αναφορά στη θεραπευτική διαδικασία υπό ψυχαναλυτικού πρίσματος καθώς και στη σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Το Κεφάλαιο (IV) ολοκληρώνεται με αναφορά στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξάντλησης των θεραπευτών.

Στο ερευνητικό μέρος της παρούσας μελέτης περιγράφονται η μεθοδολογία όπου με τη χρήση της διερευνητικής μεθόδου ολοκληρώθηκε

η ερευνητική διαδικασία. Επιπλέον, το δείγμα που αποτελείται από 31 άνδρες και 44 γυναίκες εκ των οποίων οι 35 είναι ψυχίατροι, οι 9 ψυχολόγοι, οι 11 κοινωνικοί λειτουργοί, οι 2 νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, οι 14 νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης, οι 4 νοσηλευτές διетуούς εκπαίδευσης. Ακολουθεί η ποσοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας στη συνέχεια γίνεται περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών αποτελεσμάτων, τα συμπεράσματα και τέλος οι προτάσεις.

Η έρευνα έλαβε χώρα σε τρεις Νομούς της Ελλάδας από όπου και συμπεριλήφθηκε το δείγμα: Ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, τρία Γενικά Νοσοκομεία (ψυχιατρικές κλινικές), ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας και ένα Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο. Η επιλογή των συγκεκριμένων Νομών έγινε με βάση τους εξής λόγους:

I) Για την προσβασιμότητα των υπηρεσιών η οποία προσβασιμότητα έχει σαν πλεονέκτημα την επίτευξη μικρότερου χρονικού κόστους της διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας.

II) Όποια υπηρεσία και αν επιλέγαμε δεν θα διακινδυνεύαμε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας.

III) Η πολλαπλότητα των αποτελεσμάτων καθώς και οι στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με την υπηρεσία που εργάζονται (π.χ Ψυχιατρείο, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας).

Τα δεδομένα για την έρευνα συλλέχθηκαν με βάση ένα ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις το οποίο κατασκευάστηκε για την μελέτη των διάφορων απόψεων που διατυπώνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με κριτήρια φύλλου, ειδικότητας, επαγγελματικής εμπειρίας, επιπέδου εκπαίδευσης, θεραπευτικής προσέγγισης, συναισθηματικής αντίληψης. Τέλος το ερευνητικό μέρος της μελέτης κλείνει με τα αποτελέσματα τα οποία διεξήχθησαν με βάση το Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Ερευνών (S.P.S.S), τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Γενικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στον αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση νοσηλείας .

Ειδικότερα μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε :

I) Τις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας γύρω από το φαινόμενο της αυτοκτονικότητας και τον τρόπο νοσηλείας των αυτοκτονικών νέων.

II) Τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με αυτοκτονικούς νέους και πως τα εκφράζουν καθώς και τα

συναισθήματα των νέων αυτοκτονικών όπως τα βιώνουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

III) Τις μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε αυτοκτονικούς νέους.

IV) Την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα θεραπευτικών χειρισμών των αυτοκτονικών.

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε στις παρακάτω θεωρητικές υποθέσεις:

I) Η αυτοκτονία είναι ένα πολυπαρογοντικό και σύνθετο φαινόμενο. Η αιτιολογία της αυτοκτονίας έγκειται σε διάφορους παράγοντες όπως κοινωνικές, ψυχολογικές και βιολογικές αιτίες (Πιπερόπουλος, 1994).

II) Η εκτίμηση του κινδύνου της αυτοκτονίας από τον θεραπευτή θα πρέπει να εστιάζεται στις στάσεις ή προθέσεις (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας (αν υπάρχουν) και στη γενική ψυχιατρική κατάσταση του νέου (Μάνος, 1997).

III) Σημαντικό μέρος της θεραπείας με αυτοκτονικό άτομο κατέχει η συναισθηματική μεταβίβαση – αντιμεταβίβαση. Ο θεραπευτής θα πρέπει να αντέξει την αμφιθυμία του αρρώστου καθώς επίσης και τους κινδύνους που υπάρχουν στη θεραπευτική πορεία με αυτοκτονικό ασθενή (Σακελλαρόπουλος, 2004).

IV) Η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας καθώς και η επιλογή κατάλληλων μεθόδων είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες δυσκολίας στη θεραπεία των ψυχώσεων (Σακελλαρόπουλος, 2004).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

❖ **Αμφιθυμία:** “Η συνύπαρξη ή διαδοχή μέσα στην ψυχή μας δυο αντίθετων συναισθημάτων ή διαθέσεων (χαράς και λύπης, αγάπης και μίσους, θάρρους και δειλίας, ενθουσιασμού και κατάπτωσης κ. λ.π.). Το φαινόμενο αυτό αποδόθηκε σε εσωτερικές συγκρούσεις. Άλλοι έκαναν λόγο για διαλεκτική των ψυχικών φαινομένων (Γκίκας, 1994)

Μια άλλη απόδοση της έννοιας, είναι η ακόλουθη: “Παρουσία έντονων και ισχυρών αντίθετων τάσεων, ιδεών, συναισθημάτων και ενορμήσεων προς ένα αντικείμενο, πρόσωπο ή σκοπό. Ο όρος επινοήθηκε από τον Bleuler που διέκρινε τρεις τύπους: συναισθηματική αμφιθυμία, νοητική αμφιθυμία και βουλητική αμφιθυμία”. (Μάνος, 1985, σελ. 32)

❖ **Αντιμεταβίβαση:** “Οι συνειδητές ή ασυνειδητές συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευτή προς τον ασθενή”. (Μάνος, 1985)

- ❖ **Απόπειρες αυτοκτονίας:** “ Η μη επιτυχημένη ή μη ολοκληρωμένη αναφέρεται ως απόπειρα αυτοκτονίας” (Μάνος Ν, 1997)
- ❖ **Αυτοκτονικός ιδεασμός:** Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, “είναι οι σκέψεις αυτοκτονίας που κάνει ο ασθενής”. (Μάνος, 1997)
- ❖ **Αυτοκτονικός νέος.** Στη συγκεκριμένη μελέτη ο αυτοκτονικός νέος προσδιορίζεται από την ηλικία των 20χρόνων μέχρι την ηλικία των 30χρόνων. Η εννοιολογική σημασία του αυτοκτονικού πηγάζει από το ουσιαστικό αυτοκτονία που αποδίδεται ως εξής: “[<αρχ. Αυτοκτόνος < αυτός + κτείνω (= φονεύω)] το να σκοτώσει κανείς τον εαυτό του. Συνώνυμο αυτοχειρία// (μτφ.) αυτοκαταστροφή. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993)
Η λέξη νέος, προέρχεται από το νέο-κ. νιο- [< επιθ. Νέος] ως α' συνθετικό πολλών λέξεων προσδίνει στο β' συνθετικό την έννοια α) του μεταγενέστερου ή του νεότερου β) του πρόσφατου.(Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1993)
- ❖ Όταν αναφερόμαστε σε **στάσεις** εννοούμε “Προκαταρκτική ψυχική θέση-τοποθέτηση με την οποία κάποιος δέχεται ερεθίσματα και αντιδρά σε αυτά”. (Μάνος, 1985)
- ❖ Όσο αφορά για την **έννοια της διαδικασίας** ο Σακελλαρόπουλος εξηγεί: “Στην έννοια διαδικασία εμπεριέχεται ο βασικός κανόνας της θεραπείας, η τεχνική και το πλαίσιο (setting) λειτουργίας της καθώς και η εξελικτική της πορεία. Η έννοια ψυχαναλυτική διαδικασία αναφέρεται επίσης στην συνεχή εναρμόνιση θεωρίας και πράξης, στη δυνατότητα θεωρητικοποιήσεις όχι μονάχα του κλινικού υλικού αλλά και της σχέσης του αναλυτή με τον άρρωστο”.(Σακελλαρόπουλος, 2003)
- ❖ **Μεταβίβαση:** “Ασυνείδητη τάση ενός ατόμου να μεταφέρει στους άλλους του παρόντος και άμεσου περιβάλλοντος εκείνα τα συναισθήματα και στις στάσεις που αρχικά συνδέθηκαν με σημαντικές μορφές της πρώιμης ζωής του (γονείς, αδέρφια κ. λ. π.). Είναι μια θεμελιώδης διεργασία στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, στην οποία ο άρρωστος συνήθως ταυτοποιεί το θεραπευτή με ένα γονιό ή άλλη μορφή. Η μεταβίβαση μπορεί να είναι αρνητική (εχθρική) ή θετική (αγάπη). Η ανάλυση των μεταβιβαστικών φαινομένων χρησιμοποιείται ως σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική ψυχοθεραπεία για να βοηθήσει τον

άρρωστο στην καλύτερη κατανόηση και απόκτηση εναισθησίας ως προς τη συμπεριφορά του και την προέλευση της” (Μάνος, 1985)

- ❖ **Οι επαγγελματιών ψυχικής υγείας** στους οποίους αναφερόμαστε περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ειδικότητες: ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης, εργοθεραπευτής.
- ❖ **Ταυτοποίηση:** “Ένας ασυνείδητος αμυντικός μηχανισμός με τον οποίο ένα άτομο διαμορφώνει τον εαυτό του σύμφωνα με κάποιο άλλο άτομο, οπότε ο εαυτός του μεταβάλλεται κατά το μάλλον ή ήττον μόνιμα”. (Μάνος Ν, 1985)
- ❖ **Ψύχωση:** “Ψυχική διαταραχή στην οποία οι σκέψεις ενός ατόμου, οι συναισθηματική του αντίδραση, η ικανότητα του για αναγνώριση της πραγματικότητας και η ικανότητα για επικοινωνία και σχέση με τους άλλους έχουν υποστεί τέτοια έκπτωση ώστε να διαταράσσεται έντονα η ικανότητα του για αντιμετώπιση των συνηθισμένων απαιτήσεων της ζωής. Η ψύχωση συχνά χαρακτηρίζεται από έκπτωση του ελέγχου των παρορμήσεων, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, παλινδρόμηση, απρόσφορη συναισθηματική διάθεση. Μολονότι στο DSM-IV χρησιμοποιείται λιγότερο από το DSM-II εν τούτοις η χρήση του όρου αυτού είναι ακόμη πολύ συχνή”. (Μάνος, 1985)
Σύμφωνα με τον Γκίκα, ψύχωση είναι “η αρρώστια της ψυχής. Στις ψυχώσεις υπάρχει απώλεια επαφής με τη γύρω πραγματικότητα, από την πλευρά του ψυχικά άρρωστου”.(Γκίκας, 1994)
- ❖ **Ψυχωτικός:** “Ο όρος ψυχωτικός αναφέρεται σε παραληρητικές ιδέες, σε προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, σε αποδιοργανωμένο λόγο ή αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.(Μάνος, 1985)
- ❖ **Ψυχαναλυτική διαδικασία:** “Μια βασική έννοια της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι η ψυχαναλυτική διαδικασία,- αυτό που συχνά ονομάζεται προσές (process)- η οποία αφενός μεν αναφέρεται στις φάσεις και στη πορεία της θεραπείας και αφετέρου στη στάση του θεραπευτή. Αφορά δε, τόσο τη συνεχή διαπλοκή στη συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο, όσο και την εξελικτική πορεία και αλληλεπίδραση αυτής της σχέσης που θα οδηγήσει στο θεραπευτικό αποτέλεσμα”. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

- ❖ **Ψυχαναλυτικό πρίσμα:** “Με τον όρο ψυχαναλυτικό πρίσμα, εννοείται ο τρόπος που βλέπει ο θεραπευτής και κατανοεί το υλικό της θεραπείας και την φροντίδα που δείχνει για τον άρρωστο του. Αποτελεί το εργαλείο του στην εργασία με τον άρρωστο αλλά και στην ανάλυση της καθημερινότητας”. (Σακελλαρόπουλος, 2003)
- ❖ **Ψυχοπαθολογία:** “ Η μελέτη των αιτιών και των διεργασιών κατά την ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών. Επίσης η παθολογική δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ή ψυχική δραστηριότητα” (Μάνος, 1985)
- ❖ **Εναισθησία:** “Συνειδητή αναγνώριση από το άτομο της ψυχολογικής κατάστασης του. Πιο ειδικά αναφέρεται στη συνειδητή αναγνώριση και κατανόηση από το άτομο της προέλευσης, της φύσης και των μηχανισμών (ψυχοδυναμικών, κ.λ.π) της στάσης του και της των συμπτωμάτων της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς του. Είναι πολύ σημαντική προϋπόθεση στην προσπάθεια για αλλαγή στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά του ατόμου”. (Μάνος, 1985)
- ❖ Ο όρος **νεύρωση** αναφέρεται ως “η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από το άγχος το οποίο μπορεί είτε να βιώνεται άμεσα και να κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, είτε να ελέγχεται ασυνείδητα και να διαμορφώνεται από διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να παράγει άλλα υποκειμενικά δυσφορικά και ξένα προς το εγώ συμπτώματα. Είναι επίσης γνωστή και με τον όρο **ψυχονεύρωση**”. (Μάνος, 1985)
- ❖ **Τριάδα:** “Σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε τρία άτομα. Το πρότυπο της, η σχέση πατέρα – μητέρας – παιδιού, μπορεί να εμφανισθεί προβληματικά στην ομαδική ψυχοθεραπεία”. (Μάνος, 1985)
- ❖ **Εμπάθεια:** “Η διανοητική και συναισθηματική προσέγγιση, επαφή, επίγνωση και κατανόηση της ψυχικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου χωρίς απώλεια της αντικειμενικότητας”. (Μάνος, 1985)
- ❖ **Διασυνδεδετική Ψυχιατρική:** “Διασυνδεδετική Ψυχιατρική μπορεί να ορισθεί ως εκείνη η περιοχή της κλινικής ψυχιατρικής που ασχολείται με τη συνεργασία συμβουλών σε μη ψυχιάτρους γιατρούς σε όλα τα επίπεδα παροχής σε μη ψυχιάτρους γιατρούς σε όλα τα επίπεδα παροχής κλινικών υπηρεσιών, αλλά ειδικότερα στο γενικό νοσοκομείο”. (Μάνος,

1997)

- ❖ **DSM-IV:** “Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., 1994= DSM-IV). (Μάνος, 1997)

1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

“Τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του Ο.Η.Ε πληροφορούν ότι το ψυχοκοινωνικό φαινόμενο της αυτοκτονίας είναι γνωστό σε όλα τα μήκη και τα πλάτη του πλανήτη μας”. Σε αντίθεση με άλλα θρησκευτικά δόγματα, η χριστιανοσύνη, το Ισλάμ και ο ιουδαϊσμός θεωρούν την αυτοχειρία ως κολάσιμη ηθικά πράξη χωρίς αυτό, βέβαια, να σημαίνει ότι σε κοινωνικά συστήματα όπου επικρατούν οι παραπάνω θρησκείες σημειώνονται λιγότερες αυτοκτονίες. Από στατιστικές μελέτες προκύπτει ότι τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας ανά 10.000 κατοίκους έχουν η Ουγγαρία, η Αυστρία, η Δανία, η Σουηδία, η Ιαπωνία και η Γερμανία, ενώ χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στην Ιταλία, την Ιρλανδία, τον Καναδά, τη Νορβηγία και την Πολωνία. Η Ελλάδα στατιστικά τουλάχιστον δεν παρουσιάζει μέχρι τώρα ενδιαφέρον ώστε και αν πρόσφατα παρατηρούμενη έξαρση στον αριθμό των αυτοκτονιών αποτελεί μια διογκούμενη τραγικά οδυνηρή ψυχοκοινωνική τραυματική εμπειρία για συγκεκριμένα πρόσωπα και συγκεκριμένες οικογένειες”. (Πιπερόπουλος, 1994)

Με βάση τον Asya Abdul Hadi (1997) η αυτοκτονία στην Πόλη της Γάζας είναι πάντα μυστική και ένα ταμπού. Εκθέσεις πρόσφατης παλαιστινιακής αστυνομίας και ψυχιατρικών κέντρων εμφανίζουν μια άνοδο στους θανάτους και στις προσπάθειες της αυτοκτονίας. Η αστυνομία υποστηρίζει ότι 14 άνθρωποι προσπάθησαν να τελειώσουν τις ζωές τους το Μάρτιο (1997) όπου 14 από αυτές τις προσπάθειες οι δύο επέτυχαν, ένα υψηλό ποσοστό για τον πληθυσμό του ενός εκατομμυρίου της Γάζας. Οι ψυχολόγοι αποδίδουν το αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας στους επιδεινώνες οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες της Γάζας. Επιστημονικά ο βασικός λόγος για την αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη. Εκτός από τους κακούς οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, οι κοινωνικές πιέσεις μιας πατριαρχικής κοινωνίας εμφανίζονται να είναι η βασική αιτία των προσπαθειών αυτοκτονίας μεταξύ των γυναικών. Όπως αναφέρεται “Ο πολιτισμός είναι μόνιμος. Το πρόβλημα ότι ζούμε μια σύγκρουση παραδόσεων και οι γυναίκες δένονται τις ιδέες της τιμής είναι επόμενο να είναι τρωτές στην σύγκρουση”. (Asya Abdul Hadi, 1997, <http://desip.Igc.org/GazaSuicide.html>.)

Συνεχίζοντας, η δημοσίευση άρθρου στο έντυπο “New Millennium” στο “Τύπο της Κυριακής” μας δίδει εικόνα ιστορικής σημασίας του φαινομένου της αυτοκτονίας. Το άρθρο αναφέρεται στην διατύπωση της άποψης της αυτοκτονίας, σύμφωνα με τον Alber Camus (1999) ο οποίος θεωρεί ότι η αυτοκτονία είναι το μόνο αληθινό φιλοσοφικό πρόβλημα και ότι αποφασίζοντας κάποιος αν αξίζει να ζει ή όχι απαντά στο θεμελιακό πρόβλημα της φιλοσοφίας. Για τις ΗΠΑ οι αυτοκτονίες δεν αποτελούν απλώς φιλοσοφία ζωής ή θανάτου. Ο υπουργός Υγείας Dr. David Satcher ανακοίνωσε ότι η αυτοκτονία αποτελεί σοβαρή απειλή για τη δημόσια υγεία και ότι ο αριθμός των αυτοκτονικών παιδιών διπλασιάστηκε τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η Ιαπωνία κάθε χρόνο παρουσιάζεται ως η χώρα που σπάει τα ρεκόρ του αριθμού των αυτοχειρών κυρίως λόγω της οικονομικής ύφεσης που διέρχεται η χώρα. Το θέμα όμως της αυτοκτονίας απασχολεί από παλιά τους φιλοσόφους και τους κοινωνικούς επιστήμονες. Σημαντικός σταθμός της μελέτης της αυτοκτονίας αποτέλεσε το βιβλίο του Emile Durkheim “Le Suicide”. Σήμερα όμως τα συμπεράσματα είναι διαφορετικά. Παλιότερα η αυτοκτονία ήταν θέμα ταμπού, εθεωρείτο παραβίαση του φυσικού νόμου ενώ αποτελούσε ταυτόχρονα ντροπή για την οικογένεια του αυτοκτονούντος. Σήμερα όμως τα πράγματα φαίνεται να αλλάζουν και αυτό συμβαίνει γιατί οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η δραματική αύξηση των αυτοκτονιών οφείλεται στο γεγονός ότι εξαφανίζεται το κοινωνικό στίγμα που συνόδευε την πράξη (New Millenium, 1999, <http://www.medium.gr/articlew/103938301963898.shtml>)

Σύμφωνα με τον καθηγητή της Κοινωνιολογίας και συγγραφέα του βιβλίου “Self Destruction in the Promised Land” η κοινωνική συμπεριφορά καθορίζει πόσες αυτοκτονίες βλέπουν το φως της δημοσιότητας. Γνωρίζουμε για πολλές αυτοκτονίες στην Ιαπωνία επειδή εκεί η πράξη επιδοκιμάζεται. Η παράδοση του χάρα-κίρι είναι τιμητική γιατί θεωρείται η πράξη υπευθυνότητας προς τους άλλους. Αντίθετα στις δυτικές κοινωνίες η αυτοκτονία κάποιου είναι ένα είδος αρνητικής κριτικής σε εκείνους που μένουν πίσω. “Όταν κάποιος αυτοκτονεί, η αντίδραση μας είναι θυμός, θλίψη, ευθύνη”. Στις ΗΠΑ θεωρείτο όλο και περισσότερο ως πράξη αυτοπροσδιορισμού του ατόμου. Στην “ιστορία της αυτοκτονίας”, ο Γάλλος ακαδημαϊκός Georges Minois παρατήρησε ότι σε όλες τις κοινωνίες υπήρχαν δύο μέτρα και σταθμά σε ότι αφορά το δικαίωμα κάποιου να αφαιρεί τη ζωή του. Στην Αρχαία Ρώμη υπήρχε η “αυτοκτονία των ευγενών” που εθεωρείτο ως μόνη λύση μετά από πολιτικές αποτυχίες (Βρούτος, Κάσσιος, Κλεοπάτρα κ.λ.π.), αλλά οι δούλοι ως μη κύριοι της ζωής τους δεν είχαν κανένα δικαίωμα στον αυτοχειριασμό. Το ίδιο ίσχυε και στην Αρχαία Ελλάδα (New Millenium, 1999,

<http://www.medium.gr/articlew/103938301963898.shtml>)

Συνεχίζοντας σε αναφορές του Georges Minois, οι πρώτοι Χριστιανοί έθεσαν το ζήτημα σε ηθική βάση “Μόνο ο Θεός δίνει ζωή και μόνο αυτός μπορεί να την αφαιρέσει”. Βέβαια κι εδώ υπήρχαν τα διπλά μέτρα. Οι αυτοκτονίες των μαρτύρων για την πίστη τους, ή οι αυτοκτονίες των στρατιωτών στον πόλεμο θεωρήθηκαν τιμητικές πράξεις. Ο διχασμός της κοσμικής με την θρησκευτική σκέψη κατά τον Διαφωτισμό έφερε και δύο αντιλήψεις στην Ευρώπη. Για τους Πουριτανούς η αυτοκτονία ήταν έργο του Σατανά. Για τον φιλόσοφο David Hume πράξη ατομικής ελευθερίας. Ο τελευταίος βέβαια αποφάσισε την τελευταία στιγμή να μην εκδώσει το φυλλάδιο που είχε γράψει για το θέμα, αλλά το πρώτο βήμα είχε τεθεί. “Η αυτοκτονία σήμερα θεωρείται τόσο κοινωνικό πρόβλημα ότι και πρόβλημα υγείας” (New Millenium, 1999,

<http://www.medium.gr/articlew/103938301963898.shtml>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΝΕΩΝ

2.1 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η ηλικία του νέου ανθρώπου, σύμφωνα με τον Κοσμόπουλο (1994), προσδιορίζεται μετά το τέλος της δεύτερης εφηβείας και εκτείνεται από τον εικοστό πρώτο χρόνο μέχρι τον εικοστό πέμπτο ή εικοστό έκτο, όποτε και τελειώνει με μια έντονη συχνά κρίση αναπροσαρμογής της προσωπικότητας, η οποία ζητεί να ρυθμίσει τη συμπεριφορά της γύρω από ένα σταθερό, δικό της κέντρο. Για πολλούς νέους η περίοδος αρχίζει μετά από μία έντονη μετεφηβική περίοδο που περνούν συνήθως οι νέοι όταν βρίσκονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευσή τους. Γενικά, η περίοδος αυτή, ενώ παρουσιάζει μια κοινωνιολογικά ταραγμένη και ταραχοποιό νεότητα, από καθαρά ψυχολογική άποψη είναι η ηλικία πολύ περισσότερο ήρεμη από την εφηβεία. Κύρια χαρακτηριστικά της μπορούν να αποτελέσουν ο συγκρατημένος και ταυτόχρονα στρατευμένος ιδανισμός όπως επίσης και η συνεχής αποσαφήνιση και σταθερή ακολουθία ενός σχεδίου ζωής. Κύριοι τομείς που περιλαμβάνουν το σχέδιο ζωής είναι ο επαγγελματικός και ο ερωτικός προβληματισμός (Κοσμόπουλος, 1994)

2.1.1 ΙΔΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΖΩΗΣ

Ο ιδανισμός, σύμφωνα τον Κοσμόπουλο (1994), αποτελούσε πάντοτε βασικό στοιχείο της νεανικής ηλικίας σε όλες τις φάσεις της παγκόσμιας ιστορίας. Σε όλες τις εποχές οι νέοι σφράγιζαν την παρουσία τους με τον αγώνα τους για την διεκδίκηση και την εδραίωση της δικαιοσύνης, της ελευθερίας και της αξιοπρέπειας του κάθε ατόμου. Η διαρκής αναζήτηση των νέων για ιδανικά μπορεί να εκδηλώνεται άλλοτε με θετικό ή άλλοτε με αρνητικό τρόπο. Είναι γνωστό ότι ο νέος αρνείται το παρόν διότι το θεωρεί ως το κατεστημένο με αποτέλεσμα να αντιδρά και να διαμαρτύρεται. Πρέπει να σημειωθεί ότι η αντίδραση αυτή δεν μοιάζει με αυτή που εκδηλώνεται στην εφηβεία. Στην εφηβική και μετεφηβική συμπεριφορά αμφισβήτησης κρύβονται έντονες εγωιστικές ανάγκες αναγνώρισης και προβολής (Κοσμόπουλος, 1994)

Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο ότι η νεανική αντίδραση δεν χαρακτηρίζεται από ένα άτακτο και ηφαιστειώδες κύμα όπως στον έφηβο αλλά αντίθετα από μια συγκρατημένα ιδανιστική και αρκετά υψηλή συναισθηματο-διανοητική θεώρηση της ζωής. Σίγουρα δεν έχει άμεση σχέση με την εφηβική εικονοκλαστική συμπεριφορά κατά τον “πατέρα” και της οποιαδήποτε εξουσίας. Η αντίδραση και η επαναστατικότητα του νέου

έχει μεγαλύτερη αντικειμενικότητα γιατί πηγάζει από εξωατομικές πηγές, πράγμα που δεν συναντάμε στην εφηβεία. Ο ιδανισμός του νέου γίνεται εύληπτος μέσα από θετικές και προσωπικές τοποθετήσεις του, απέναντι στη ζωή. Οι ιδανιστικές τοποθετήσεις χειραγωγούν τους νέους σε θέματα όπως είναι η εκλογή του συντρόφου ζωής, του επαγγέλματος κ.α. Ο Κοσμόπουλος αναφερόμενος στο σχέδιο ζωής ως χαρακτηριστικό της νεότητας, κρίνει κατανοητό το γεγονός ότι ο νέος άνθρωπος είναι ψυχολογικά έτοιμος να σχεδιάσει και να υλοποιήσει όχι μόνο μεγάλο μέρος των σκοπιμοτήτων της ζωής του αλλά και των κοινωνικών του αντιλήψεων και φιλοδοξιών του. Το “κοινωνικό ενδιαφέρον” του νέου είναι αυτό που χαρακτηρίζει πλέον την ψυχολογία του. Έτσι όταν έχει αναπτυχθεί ορθά το κοινωνικό συναίσθημα το άτομο οδηγείται στην ανάδοση του από τον ατομιστικό κλοιό ασφαλείας πράγμα που του δίνει τη δυνατότητα να σχετίζεται και να συνεργάζεται με τους άλλους ανθρώπους. Όλη αυτή η φάση της εξόδου από τον ατομιστικό κλοιό έχει σαν όφελος στην ανταπόκρισή ως προς την εργασία, την φιλία, τον έρωτα (Κοσμόπουλος, 1994)

Στο στάδιο αυτό της ανθρώπινης ζωής επιχειρείται η αποσαφήνιση και η συμπλήρωση του σχεδίου ζωής, που ο οραματισμός του άρχισε στη ώριμη εφηβεία και γίνονται τα πρώτα βήματα προς την πραγμάτωση του. Το σχέδιο ζωής βασίζεται στην εικόνα που έχει ο νέος άνθρωπος για το εγώ του και επηρεάζεται από τα συναισθήματα που συνοδεύουν αυτή την εικόνα. Ουσιαστικά αποτελεί την εμπράγματη σχεδίαση των μοντέλων που επηρεάζουν το νέο και αναφέρονται στην κοινωνική του προσαρμογή, στην ερωτική του ζωή, στην μεταφυσική του τοποθέτηση (Κοσμόπουλος, 1994)

Συνεχίζοντας σε αναφορές του Κοσμόπουλου (1994) για το σχέδιο ζωής, η ύπαρξη σχεδίου ζωής διακρίνεται από την οργανική ενότητα όλων των επί μέρους στοιχείων κάτω από ένα σταθερό αξιολογικό άξονα. Όλοι οι επί μέρους σχεδιασμοί και πραγματώσεις φέρουν την σφραγίδα μιας ενιαίας προσωπικότητας. Αντίθετες ή αντιφατικές ή εναλλασσόμενες εκδηλώσεις μαρτυρούν κλονισμό της ισορροπίας της προσωπικότητας και επιτείνουν τα αυτοσυναισθήματα μελαγχολίας ή δυσφορίας. Περισσότερο συγκεκριμένα, τα δύο ανώτερα χαρακτηριστικά εμφανίζονται σε λεπτομερέστερα προβλήματα της νεανικής ζωής, τα οποία συνήθως είναι προβλήματα: προσωπικής επιβεβαίωσης και έλξης, κοινωνικής και οικογενειακής προσαρμογής, καριέρας, γνωσιολογικά, πολιτικά και κοσμοθεωρητικά, ερωτικής και σεξουαλικής έλξης (Κοσμόπουλος, 1994)

Όσο αναφορά την διάκριση των φύλων, ο Κοσμόπουλος (1994) αναφέρει ότι τις κοπέλες τις απασχολούν περισσότερο η προσωπική επιβεβαίωση και η θελκτική ή όχι παρουσία τους, ενώ τους νέους τα επαγγελματικά, κοινωνικά, ιδεολογικά και πολιτικά προβλήματα. Ότι αφορά

τις σχέσεις με τους γονείς, λιγότερες δυσκολίες σχέσεων με τους γονείς έχουν όσοι επέλεξαν νωρίς την πορεία της αυτονομίας και της ωριμότητας. Αντίθετα, όσοι χειραγωγούνται επί χρόνια από τους γονείς τους σαν παιδιά, έχουν συνήθως περισσότερες και μεγαλύτερες συγκρούσεις, επαναστατούν ή διακόπτουν τις σχέσεις. Η δυσκολία επιτείνεται λόγω του μεγαλύτερου, σήμερα ποσοστού των μορφωμένων παιδιών, των πλουραλιστικών ιδεολογικών ρευμάτων και της ελευθερίας που απαιτούν στη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Οι δυσκολίες είναι εντονότερες για τις κοπέλες εκείνες που δεν θέλουν να δεχθούν το παραδοσιακό ρόλο της γυναίκας και μητέρας. Όσο μεγαλύτερη είναι η οικογενειακή επίδραση τόσο περισσότερες οι ταυτίσεις του νέου με τα μέλη της οικογένειας. Τα κορίτσια και οι πρωτότοκοι ταυτίζονται συνήθως περισσότερο με τα οικογενειακά πρότυπα. Σχέσεις θετικές με γονείς επιδρούν θετικά ενώ αντίθετα σχέσεις απορριπτικές οξύνουν το άγχος των νέων (Κοσμόπουλος, 1994)

2.1.2 Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Εν συνεχεία, πέρα από τον ιδανισμό και το σχέδιο ζωής, βασικό ρόλο παίζει η κοινωνική προσαρμογή του νέου πράγμα που συμβάλλει στη διαμόρφωση της ψυχοσύνθεσής του. Σύμφωνα λοιπόν με τον Κοσμόπουλο (1994) σε ότι αφορά την κοινωνική προσαρμογή των νέων αυτή διακρίνεται από κάποια προηγμένη αυτοσυνειδησία και μετριοπαθέστερη αντιμετώπιση της κοινωνικής πραγματικότητας με τους αντίστοιχους ρόλους. Ο νέος προσαρμόζεται προοδευτικά και ενεργητικά στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής και διεκδικεί τα δικαιώματά του. Επιπλέον γίνεται αντιληπτό ότι η κοινωνική προσαρμογή απασχολεί και τα δύο φύλλα έντονα. Και οι νέοι και οι νέες θέλουν να μη φαίνονται έφηβοι. Έτσι, αφού σε μια πρώτη φάση αναζητούν την άνευ όρων ένταξη τους σε ομάδες συνομηλίκων, σε μια δεύτερη κατακτούν την ατομικοποίησή τους, αποδεσμεύονται από την μαζικότητα των ομάδων και χωρίς να διακόψουν τους δεσμούς τους, επιτυγχάνουν μια πιο προσωπική αντιμετώπιση της ζωής. Η εφηβική ικανότητα για φιλίες ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου, ενώ αναπτύσσεται το ενδιαφέρον για ετερόφυλες φιλίες και σχέσεις (Κοσμόπουλος, 1994)

Ο Κοσμόπουλος (1994) επισημαίνει τις βασικές όψεις της προσαρμογής του νέου αναφέροντας ότι τρεις όψεις προσαρμογής στην ηλικία αυτή παραμένουν ιδιαίτερα βασικές, αφού επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην γνώμη του νέου ή της νέας για τον εαυτό του και στο θετικό ή αρνητικό αυτοσυναίσθημα. Αυτές είναι η κοσμοθεωρητική τοποθέτηση, η επιτυχία της ερωτικής προσαρμογής και η επιτυχία στο επαγγελματικό σχέδιο ζωής. Αρχικά, η κοσμοθεωρητική τοποθέτηση του νέου αναφέρεται

στο πραγματοποιούμενο κατά τη νεανική περίοδο ξεκαθάρισμα ιδεών και αντιλήψεων και στη δημιουργία προσωπικών πεποιθήσεων πάνω σε προβλήματα που απασχολούν τον άνθρωπο. Φυσικά δεν είναι δυνατό κατά την διάρκεια των χρόνων αυτών να συνθέσει ο νέος την οριστική μορφή της κοσμοθεωρίας του. Η οικογενειακή χειραφέτηση που πραγματώνεται στην αρχή της περιόδου και η κοινωνική, που πραγματώνεται σε μεγάλο μέρος κατά το τέλος της νεανικής ηλικίας, ωθούν το άτομο στην ιδεολογική περιχαράκωση της δικιάς του προσωπικότητας. Στην κοσμοθεωρητική τοποθέτηση του νέου περιλαμβάνονται και παράγοντες που την επηρεάζουν και συνήθως ανήκουν στις εξής κατηγορίες: Ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, συνθήκες ζωής (Κοσμόπουλος, 1994)

I) Οι ατομικοί, σύμφωνα με τον Κοσμόπουλο (1994) αναφέρονται στην σημασία του κατά πόσον η τοποθέτηση του νέου γίνεται με προϋπόθεσης ψυχικής ισορροπίας και ωρίμανσης. Ιδιαίτερο ρόλο θα παίζει η ύπαρξη ή όχι της αυτοεκτίμησης και του ποιοτικού περιεχομένου. Και αυτό γιατί ο συναισθηματικός του κόσμος θα διεκδικήσει οπωσδήποτε ένα ικανοποιητικό ιδεολογικό Πλαίσιο ομόρροπο αντίρροπο, ανάλογα με την ατομική του ιστορία και διαμόρφωση της imago του (Κοσμόπουλος, 1994)

II) Οι οικογενειακοί, έχουν να κάνουν με τις οικογενειακές αντιλήψεις καιπίστεις, που αργά ή γρήγορα, εν μέρει ή εξ ολοκλήρου, θα αμφισβητηθούν κάποτε από το νέο άνθρωπο. Το τι θα γίνει, όσο έχει αυτό σχέση με την οικογένεια, εξαρτάται από το κατά πόσον η οικογενειακή αγωγή δημιούργησε στο νέο άνθρωπο απωθητικές ή αντισταθμιστικές τάσεις προς τα οικογενειακά ιδεώδη. Και αυτό συμβαίνει, όταν επικρατεί καταπιεστικό ή εκφοβιστικό κλίμα ή όταν οι τοποθετήσεις της οικογένειας έχουν στοιχεία έντονου παραλογισμού ή υπερβολής ή υποκρισίας. Επίσης έχει ιδιαίτερη σχέση με τους μηχανισμούς των ομόφυλων ή ετερόφυλων γονικών ταυτίσεων του νέου. Έτσι δεν είναι ασυνήθιστο το γεγονός ότι οι νέοι χειραφετούνται από τις οικογένειες τους και από τις αντιλήψεις που έχει η οικογένεια (Κοσμόπουλος, 1994)

III) Κοινωνικοί. Ο νέος αισθάνεται έντονα την κοινωνική πίεση. Στη μεν κοινωνία των συνομηλίκων η αρχική αντιδραστική του συμπεριφορά τον ωθεί στη δουλική συμμόρφωση με αυτή, στη δε κοινωνία των μεγαλύτερων, επειδή αντιτίθεται, αρνείται και αντιδρά όχι μόνο στις ενέργειες της αλλά και σε αυτά που προβάλλει. Τα ρεύματα τα οποία δέχεται έχουν σχέση με τις εποχές και με το κοινωνικό-πολιτικό σύστημα που επικρατεί στον τόπο που ο νέος αναπτύσσεται. Η σφραγίδα του τόπου και του καιρού είναι έντονη σε κάθε νοοτροπία νέων, αν τους κοιτάξουμε κάτω από τους δύο προαναφερθέντες συντελεστές (Κοσμόπουλος, 1994)

IV) Συνθήκες ζωής. Οι σημερινές συνθήκες ζωής, η ποιότητα τους

και η συναισθηματική απήχηση τους στη συνείδηση του νέου θα τον επηρεάσουν σημαντικά. Αλλιώς διαμορφώνει τη κοσμοθεωρία του ο μορφωμένος και δη εκείνος που παρακολουθεί την κίνηση των ιδεολογικών ρευμάτων, αλλιώς ο εργάτης ή αγρότης. Αλλιώς εκείνος που ξεπέρασε τον κίνδυνο της επιβίωσης κι αλλιώς ο βιοπαλαιστής, αλλιώς ο άρρωστος, αλλιώς ο υγιής (Κοσμόπουλος, 1994)

Και οι τέσσερις αυτοί βασικοί παράγοντες, με βάση τον Κοσμόπουλο, είναι καθοριστικοί για το πως θα πορευθεί ο νέος και πως θα αναζητήσει τον εαυτό του και τα πιστεύω του. Σε αυτή την αναζήτηση του δεν είναι εύκολο πάντοτε να διακρίνει αν τα κίνητρα της τοποθέτησης είναι καθαρά λογικά ή συναισθηματικά ή και τα δύο. Εν κατακλείδι η κοσμοθεωρητική τοποθέτηση του νέου μαρτυρεί την ωρίμανση που συντελέστηκε, αφού είναι άμεσος καρπός της. Πλέον αισθάνεται αρκετά ήρεμος και ευτυχισμένος και η τοποθέτηση αυτή είναι μία από τις σαφέστερες εκδηλώσεις της βιούμενης αυτονομίας του. Η κοσμοθεωρητική τοποθέτηση δεν γίνεται σε όλους με τον ίδιο τρόπο. Και αυτό γιατί άλλοι το βιώνουν σχεδόν ήρεμα και σταδιακά σε ένα σχεδόν προκαθορισμένο πλαίσιο και άλλοι δοκιμάζουν οδύνες, ταλαιπωρίες που τους συγκλονίζουν. Τέλος Ο Κοσμόπουλος (1994) κρίνει ότι όποιος μπορεί να διακρίνει τον τρόπο που το κοσμοθεωρητικό καταστάλαγμα συντελέστηκε στο νέο, ήδη γνωρίζει αρκετά για αυτόν (Κοσμόπουλος, 1994)

Ο Κοσμόπουλος (1994) επισημαίνει πως μια άλλη όψη προσαρμογής του νέου έχει να κάνει με την ερωτική προσαρμογή. Η ερωτική προσαρμογή του νέου εξαρτά σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της από το ποσοστό της ψυχολογικής ωριμότητας και το ποσοστό της κοινωνικής προσαρμογής του. Το ψυχολογικά ώριμο άτομο έχει καλύψει τις βασικές ψυχικές ανάγκες και δεν αντιδρά με εγωκεντρικούς αμυντικούς μηχανισμούς στα κοινωνικά ερεθίσματα αντίθετα η συμπεριφορά του σχετίζεται αφ' ενός μεν με το είδος και το ποσό των ερεθισμάτων, αφ' ετέρου δεν υπακούει στη χαραγμένη ήδη από την προσωπικότητα του γραμμή. Τώρα πλέον το άτομο είναι ικανό για κοινωνικές και σεξουαλικές "στενές σχέσεις" (Erikson, 1994). Ως ώριμο άτομο ορίζεται εκείνο που μπορεί να αγαπά και να εργάζεται (Freud 1994). Βέβαια, αναγνωρίζεται πως το άτομο δεν μπορεί να κατορθώσει στενή ερωτική σχέση, αν δεν έχει αποκτήσει ήδη στερεή προσωπική ταυτότητα (Erikson, 1994), (Κοσμόπουλος, 1994)

Ο Κοσμόπουλος (1994) θεωρεί ότι η ψυχολογική ωριμότητα του ατόμου κρίνεται από την ποιότητα της προσαρμογής σε άτομα του αντίθετου φύλλου. Τα αγόρια δυσκολεύονται να αλλάξουν συμπεριφορά και να δεχθούν ένα διαφορετικό ρόλο από τον "κυριαρχικό", που η αγωγή τους έπεισε να θεωρούν ως ταιριαστό στο ρόλο του αρσενικού. Για αυτό πολλοί

ακολουθούν την ίδια γραμμή συμπεριφοράς, με εκείνη των γονιών τους του ίδιου φύλλου. Οι κοπέλες αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες, προσπαθούν μόνες όχι να πείσουν τους άντρες να τους βλέπουν με ισοτιμία, αλλά και τους εκπροσώπους του φύλλου, εφόσον, οι ίδιες κατάφεραν να χειραφετηθούν. Είναι γεγονός ότι είναι δύσκολο να απαντηθεί το ερώτημα με ποια κριτήρια οι νέοι διαλέγουν τους συντρόφους τους. Σίγουρα τα κριτήρια επιλογής επηρεάζονται από συνειδητούς ή ασυνειδητούς παράγοντες, οι σπουδαιότεροι των οποίων ανήκουν σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και οικογενειακούς. Η σωστή προετοιμασία του νέου για το γονεϊκό του ρόλο είναι αναγκαία για δύο, ιδιαίτερα, λόγους. Πρώτον, γιατί ο σημερινός νέος άνθρωπος δε βρίσκεται στη θέση της άγνοιας όπως στις παλιές εποχές, αλλά τις ημιμάθειας ή της κακοτοποθετημένης γνώσης, γεγονός που φαίνεται χειρότερο από την άγνοια. Δεύτερον, γιατί αυξάνεται διεθνώς ο αριθμός των γάμων που γίνονται σε νεαρή ηλικία. Σε πολλές χώρες, ο μέσος όρος των ηλικιών είναι εικοσιένα για τις κοπέλες και εικοσιπέντε για τους άντρες. Το γεγονός αυτό είναι ευχάριστο, γιατί ελαττώνεται κάπως το χάσμα μεταξύ της βιολογικής και της κοινωνικής γαμιαίας ενηλικίωσης, αλλά είναι επίσης βέβαιο ότι οι γάμοι αυτοί έχουν ιδιαίτερους λόγους να αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, που κάνουν πιο δύσκολη την προσαρμογή και επιτυχία τους (Κοσμόπουλος, 1994)

Ως τρίτη όψη της προσαρμογής των νέων, αναφέρεται από τον Κοσμόπουλο (1994), η επιτυχία στο επαγγελματικό σχέδιο ζωής. Η επιλογή του επαγγελματικού προσανατολισμού έχει σχέση με την αγορά εργασίας, που είναι άμεσος καρπός των κοινωνικό-οικονομικών και πολιτιστικών πλαισίων. Επιπλέον επηρεάζεται από τις οικογενειακές δυνατότητες και αντιλήψεις, καθώς και από τα προσωπικά κίνητρα και κριτήρια που διαμορφώνει. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα πως η επιλογή της επαγγελματικής καριέρας αποτελεί σημαντικό σταθμό της όλης προσωπικότητας του νέου. Φανερώνει την κατακτημένη ή όχι ωριμότητα και συντελεί ή όχι στην κατοχύρωσή τη τατόχρονα αποκαλύπτει πόσο η ευτυχία του ανθρώπου επηρεάζεται από τις εξωτομικές συνθήκες (Κοσμόπουλος, 1994)

Ο Κοσμόπουλος (1994) ολοκληρώνει την θεώρηση του πάνω στις τρεις όψεις της προσαρμογής του νέου, με τα χαρακτηριστικά της καλής προσαρμογής. Έτσι, το σωστά προσαρμοσμένο πρόσωπο διακρίνεται από τη *ρεαλιστική γνώμη* που έχει για τον εαυτό του. Ο νέος γνωρίζει αρκετά ποιος πραγματικά είναι και ποιος αφήνει να φαίνεται πως είναι. Αν υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε εκείνο που είναι και στην ιδανική του εικόνα εμφανίζεται με άγχος και πολλές δυσκολίες προσαρμογής. Οι διανθρώπινες

σχέσεις δημιουργούνται δύσκολα και είναι εύθραυστες, αφού το άτομο αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς για να διασώσει την ιδανική εικόνα του εγώ, την οποία και νιώθει να απειλείται. Επιπλέον, έχει σταθερή γνώμη για τον εαυτό του και υψηλή αυτοεκτίμηση. Έτσι, είναι θετικός στη συμπεριφορά του και κοινωνικός, διότι δεν έχει αναστολές και οπισθοδρομικές τάσεις στο παιδικό εγώ. Αντίθετα, ο ασταθής νέος με χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης εμφανίζει αρνητισμό, μελαγχολική εσωστρέφεια ή κυριαρχικές τάσεις ή υπερδραστηριότητα κ.α. Τέλος, έχει αποδεχθεί τον εαυτό του. Αυτό σημαίνει πως αναγνωρίζοντας τον εαυτό του τον υιοθετεί ολόκληρο και αρέσκεται να ζει μαζί του, διαφανής και πλήρης. Ο τύπος αυτός είναι γνήσια κοινωνικός και ιδιαίτερα συμπαθητικός. Αν, αντίθετα, απορρίπτει τον εαυτό του, τότε απορρίπτει καθαρά και τους άλλους ή τους αρνείται έμμεσα (εκμετάλλευση, κυριαρχία). Είναι τουλάχιστον απροσάρμοστος κοινωνικά, αν όχι αντικοινωνικός. Ολοκληρώνοντας, η στάση του νέου απέναντι στον εαυτό του ρυθμίζει την κοινωνική του προσαρμογή και καθορίζει σε μεγάλο μέρος τη δυνατότητα του για ευτυχία ή δυστυχία. Ο βαθμός επιτυχίας στην αναγνώριση, αποδοχή και λύση προβλημάτων προσαρμογής θα καθορίσει και το ποσοστό ευτυχίας του (Κοσμόπουλος, 1994)

Μια άλλη άποψη, για την νεανική ηλικία υποδεικνύει ο Tucker (1999) ορίζοντας ότι η ενηλικίωση επέρχεται στο 18^ο έτος. Από το έτος αυτό και μετά, δεν υφίστανται πλέον τα νομικά δικαιώματα των γονέων πάνω στα παιδιά τους. Στην πραγματικότητα, τα συγκεκριμένα αυτά χρονικά όρια ηλικίας σημαίνουν πολλά πράγματα, γιατί κάθε άτομο προχωρά προς την ώριμη ηλικία με το δικό του τρόπο. Ένας ανεξάρτητος έφηβος μπορεί να είναι μερικές φορές πιο ώριμος από έναν υπεπροστατευμένο γιό ή μια κόρη είκοσι ετών που μένουν ακόμη με την οικογένεια τους. Υπάρχουν όμως μερικές αλλαγές κοινές στους περισσότερους νεαρούς ενηλίκους, αν και τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το πώς χειρίζονται τις αλλαγές αυτές (Tucker, 1999)

Όσο αφορά τις αλλαγές που υφίσταται ο νέος, από βιοσωματικής άποψής, η μυϊκή δύναμη του ατόμου είναι μεγαλύτερη από ποτέ στην ηλικία μεταξύ των είκοσι και των τριάντα ετών. Μια ελαφρά πτώση στην ικανότητα της όρασης και της ακοής αρχίζει περίπου στην ηλικία των εικοσιπέντε ετών και το δέρμα σταδιακά αρχίζει να χάνει την υγρασία του. Αυτά όσο αφορά τις βιοσωματικές αλλαγές. Εξετάζοντας ο Tucker (1999) τις νοητικές αλλαγές που υφίσταται το άτομο κατά την διάρκεια της ώριμης ηλικίας του σημειώνει ότι η “ρευστή” νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται με ταχύτητα. Αυτή αξιολογείται με τεστ που απαιτούν νοητική ευελιξία και κορυφώνεται στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η

“αποκρυσταλλωμένη” νοημοσύνη γίνεται φανερή στη γνώση της εμπειρίας του παρελθόντος και στην ικανότητα αξιοποίησης της στο παρόν. Όπως δείχνει και το ακόλουθο σχήμα, αυτός ο τύπος νοημοσύνης θα συνεχίσει να αναπτύσσεται μέχρι την τρίτη ηλικία και είναι ο πιο εμφανής στα άτομα που έχουν ειδικευτεί σε ένα συγκεκριμένο τομέα γνώσης (Tucker, 1999)

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο της νοημοσύνης παραμένει σταθερό ανάμεσα στην εφηβεία και στην ώριμη ηλικία. Παρατηρείται μια ελαφρά κάμψη της επίδοσης σε τεστ ταχύτητας μετά την ηλικία των εικοσιπέντε ετών αλλά η συλλογιστική ικανότητα συχνά βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της ώριμης ηλικίας. Οι ενήλικοι διαθέτουν πλέον περισσότερες εμπειρίες και αφιερώνουν περισσότερο χρόνο για να αναπτύξουν αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού ποικίλων απαιτήσεων και καθηκόντων. Ωστόσο, συνολική νοητική αλλαγή κατά την ώριμη ηλικία είναι επίσης ατομικό θέμα, καθώς βελτιώνεται κατά τη διάρκεια περιόδων μελέτης και χαλαρώνει όταν το άτομο ζει μέσα στη ρουτίνα μια προβλέψιμη ζωή. Οι Rabbit&Goward (1999) υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε μείωση στη νοημοσύνη με την πάροδο της ηλικίας είναι συνήθως περισσότερο ταχεία στα άτομα που ήδη δεν είναι τόσο ευφυή. Τα άτομα με υψηλή νοημοσύνη, αντίθετα δεν εμφανίζουν αξιοσημείωτη πτώση του δείκτη νοημοσύνης τους με την ηλικία. (Tucker, 1999)

Ο Tucker (1999) προσδιορίζει τις αλλαγές στο συναισθηματικό πεδίο, θέτοντας μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μ. Βρετανία όπου οι άγαμοι ενήλικοι που διανύουν την τρίτη δεκαετία της ζωής τους θέλουν συνήθως να αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο τους με άτομα της ηλικίας τους (Nicholson, 1999). Τα άτομα αυτά ταυτόχρονα ενδιαφέρονται έντονα για τον εαυτό τους, καθώς μερικές φορές νιώθουν να απειλούνται από άλλους που εισβάλλουν στο προσωπικό τους χώρο και τους πλησιάζουν υπερβολικά ή έχουν πάρα πολλές απαιτήσεις από αυτούς. Αυτή η συγκεκριμένη ένταση που βιώνουν στη ζωή τους ονομάζεται οικειότητα-απομόνωση (Erikson, 1999), εφόσον στην ηλικία αυτή υπάρχει μια ανάγκη τόσο για στενές συναισθηματικές σχέσεις όσο και για ανεξαρτησία. Όσο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκαλύπτουν τα προσωπικά τους συναισθήματα στους άλλους, και ταυτόχρονα είναι έτοιμα να δεχθούν τις ίδιες αποκαλύψεις από τους άλλους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνάψουν ικανοποιητικές συναισθηματικές σχέσεις. Αλλά τέτοιου είδους αποκαλύψεις είναι καλό να γίνονται με μέτρο. Οι άνθρωποι που αποκαλύπτουν κάθε λεπτομέρεια της συναισθηματικής τους ζωής είναι δυνατό να κουράσουν πολύ τους άλλους. Όσοι αρνούνται να πουν οτιδήποτε γίνονται υπερβολικά αμυντικοί. Είτε στη μία είτε στην άλλη περίπτωση, η συναισθηματική αποκάλυψη φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα στα πλαίσια

μιας σχέσης στην οποία και τα δύο εμπλεκόμενα άτομα συζητούν τα συναισθήματά τους με ισότιμο τρόπο (Nicholson, 1999). (Tucker, 1999)

Σύμφωνα με τον Tucker (1999) για ορισμένους ενήλικους η απελευθέρωση από την κυριαρχία των γονέων τους κάνει να αισθάνονται ανασφάλεια. Μια πραγματικά ασφαλής αίσθηση της ταυτότητας δεν θα θεμελιωθεί πριν το τριακοστό έτος και ορισμένα άτομα που βρίσκονται στη δεκαετία 20-30 ετών έχουν ακόμη έντονες ανησυχίες για το ποιοι είναι και τι θέλουν να κάνουν στη ζωή τους. Τέτοιου είδους ανησυχίες είναι δυνατό να κάνουν τη δεκαετία αυτή μια αμήχανη εποχή, ιδίως όταν το άτομο πρόκειται να λάβει σημαντικές αποφάσεις με σοβαρές συνέπειες για το μέλλον του, όπως είναι ο γάμος ή η επιλογή του επαγγέλματος. Ωστόσο, όταν ερωτώνται, τα περισσότερα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα απαντούν ότι θα προτιμούσαν περισσότερο να επιστρέψουν στη δεκαετία των 20-30 ετών παρά στην εφηβεία τους (Nicholson, 1999). Τις μεγαλύτερες επιδόσεις στους ενήλικους τις ασκούν όχι οι βιολογικές αλλαγές αλλά οι αλλαγές που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση με τον έξω κόσμο, ιδίως σε σχέση με την εργασία (Tucker, 1999)

Σε ότι αφορά την εργασία ο Tucker (1999) σημείωσε ότι η εργασία εκτός από ότι εξασφαλίζει ένα εισόδημα και κοινωνικές επαφές, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην αίσθηση της προσωπικής αξίας του ατόμου, τόσο όπως την αντιλαμβάνεται το ίδιο όσο και οι άλλοι γύρω του. Ο Tucker αναφέρεται στην εργασία η οποία επιβάλλει ένα πρόγραμμα στις εργάσιμες ημέρες του ανθρώπου. Η εργασία σημαίνει και τακτικές κοινές εμπειρίες και επαφές με άλλους ανθρώπους έξω από την πυρηνική οικογένεια . Συνδέει τους ανθρώπους με στόχους και σκοπούς που υπερβαίνουν τους δικούς τους ενώ επιπλέον προσδιορίζει πλευρές της ατομικής κατάστασης και ταυτότητας και τέλος μέσω της εργασίας ενισχύεται η δραστηριότητα. Ο Tucker (1999) πιστεύει πως πολλά εξαρτώνται από τη φύση της συγκεκριμένης εργασίας. Οι εργασίες υψηλού κύρους, αν και μπορεί να κάνουν καλό στην αυτοεκτίμηση, ενέχουν και περισσότερο άγχος. Σε μια έρευνα, στην οποία έλαβαν μέρος εργαζόμενοι άνδρες, το 55% των ειδικευμένων εργατών-στελεχών ανέφερε άγχος και ένταση που σχετιζόταν με την εργασία του, ενώ παρόμοιο σύμπτωμα ανέφερε μόνον το 15% των ανειδίκευτων εργατών (Cherry, 1994). Η περισσότερο μόνιμη έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία οφείλεται συνήθως σε: έλλειψη ελέγχου των δραστηριοτήτων εργασίας, έλλειψη ευκαιριών για εξάσκηση δεξιοτήτων, έλλειψη ποικιλίας στα εργασιακά καθήκοντα, πολύ υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, δυσάρεστο εργασιακό περιβάλλον, έλλειψη αίσθησης κατεύθυνσης και τέλος κακές διαπροσωπικές σχέσεις (Tucker, 1999)

Ενώ η εργασία μπορεί να προσφέρει μεγάλη προσωπική ικανοποίηση, οι μη ευνοϊκές εργασιακές συνθήκες είναι δυνατό να οδηγήσουν σε δυστυχία και ενίοτε σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Η αποτυχία ενός ατόμου να προαχθεί επαγγελματικά μπορεί να του δημιουργήσει πικρία αλλά και η προαγωγή που συνεπάγεται μεγαλύτερες απαιτήσεις ή μια ανεπιθύμητη μετάθεση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε άγχος. Οι γυναίκες που έχουν παιδιά τις περισσότερες φορές δέχονται να εργαστούν αλλά ταυτόχρονα ανησυχούν πολύ περισσότερο από ό,τι οι πατέρες μήπως παραμελήσουν τις οικογενειακές υποχρεώσεις (Tucker, 1999)

Η επαγγελματική αποκατάσταση του νέου επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων και ταυτόχρονα αποτελεί βασικό κριτήριο για την λήψη της απόφασής του για το γάμο. Ο Tucker επισημαίνει ότι η ομοιότητα και η συμφωνία χαρακτήρων είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες για μια επιτυχημένη μακροχρόνια σχέση. Παράγοντες όπως: τα κοινά πνευματικά ενδιαφέροντα, η σωματική εγγύτητα, η καλή επικοινωνία και η έγκριση του ή της συζύγου από την οικογένεια και τους φίλους παίζουν σημαντικό ρόλο. Η επιτυχία κάθε γάμου εξαρτάται περισσότερο από την προσωπικότητα του άνδρα παρά της γυναίκας. Υπάρχουν περισσότεροι διαταραγμένοι ή επιθετικοί άνδρες από ό,τι γυναίκες με παρόμοια προβλήματα. Ενδείξεις αναφέρονται ότι στο γάμο οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να προσαρμόζονται στις ανάγκες του συντρόφου τους από ό,τι οι άνδρες (Bernand, 1999). Η πιο συνήθης ηλικία γάμου ή σύναψης μιας μακρόχρονης σχέσης στη Μ. Βρετανία είναι μεταξύ 20 και 24 ετών. Μετά το γάμο, και οι δύο σύντροφοι γίνονται λιγότερο κοινωνικοί και προσέχουν περισσότερο ο ένας τον άλλον. Οι άνδρες ωφελούνται γενικά από το γάμο, καθώς προάγεται η σωματική και η ψυχική τους υγεία περισσότερο από ό,τι συμβαίνει στους άγαμους άνδρες της ίδιας ηλικίας ενώ ζουν συνήθως πιο πολλά χρόνια και έχουν επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία (Tucker, 1999)

Αναμφίβολα η εξέλιξη της προσωπικότητας του ανθρώπου ολοκληρώνεται με την μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, σύμφωνα με τους Ιεροδιακόνου, Φωτιάδη, Δημητρίου(1998). Η μετέπειτα ζωή του ατόμου διακρίνεται από τις εξής φάσεις (Erikson, 1963) ,(Ιεροδιακόνου και συν., 1988):

I) Δημιουργία θερμών διαπροσωπικών σχέσεων, στις οποίες μπορεί να συμπεριληφθεί και ο γάμος ή και μια τάση για απομόνωση. Η φάση αυτή θεωρείται ότι καλύπτει την ηλικία από 21 έως 35 ετών ,(Ιεροδιακόνου και συν., 1988)

II) Παραγωγή του έργου ζωής του ενήλικα, σε σχέση με τη δουλειά

του, τις ιδέες, τις τοποθετήσεις (κοινωνικές, πολιτικές, θρησκευτικές κτλ.) όπως επίσης σε σχέση και με τις επερχόμενες γενιές, περιλαμβανομένων και των δικών του παιδιών, αν έχει φυσικά. Ανάλογα με την επιτυχημένη ή όχι έκβαση αυτής της περιόδου, το άτομο κερδίζει ένα συναίσθημα ικανοποίησης και αυτό-επιβεβαίωσης, ή αντίθετα καταλήγει σε ατομική και κοινωνική αποτελμάτωση ,(Ιεροδιακόνου και συν., 1988)

III) Η τελική περίοδος κατά την οποία, αν όλα έχουν πάει καλά, το άτομο εμφορείται από ένα συναίσθημα ήρεμης αυτοπαραδοχής που εκπηγάζει από την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του μέχρι το υψηλότερο δυνατό σημείο ακεραιότητας του Εγώ και της επίγνωσης του εαυτού. Αποτυχία σε αυτό, οδηγεί στην απόγνωση και την απελπισία και τον φόβο του θανάτου. Μέσα από κάποιες καθαρά υποκειμενικές θεωρήσεις στέκονται σημαντικά και κάποια άλλα πράγματα όπως: ο λόγος που κάποιος διαλέγει την δουλειά που κάνει, το αν ανταμείβεται ικανοποιητικά από αυτό που κάνει, το αν του δίνεται μέσα από την εξωτερική επιτυχία, το αν καταφέρνει να ξεδιπλώσει μέσα από αυτήν όλες του τις ικανότητες, (Ιεροδιακόνου και συν., 1988)

Οι Ιεροδιακόνου και συν., (1988) επισημαίνουν έναν ακόμη παράγοντα για τη ζωή του κάθε ατόμου όπου είναι η σχέση του με τον έρωτα και μέσα από αυτό εννοείται η ικανότητα του ατόμου για αγάπη και σεξουαλικότητα. Η νεαρή ενήλικη ζωή περιγράφεται σαν το χρόνο όπου ο καθένας πρέπει να καταφέρει αυτό που ονομάζει στενή σχέση, οικειότητα κάτι που γενικά σημαίνει την δημιουργία σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και πιο ειδικά την στενή σχέση με τον έρωτα ενός άνδρα και μιας γυναίκας. Μια τέτοια δυνατότητα προκαλεί αμοιβαίες ικανοποιητικές και δημιουργικές διαντιδράσεις, για να φτάσουμε εξειδικεύοντας το στο πολιτισμικά παραδεκτό αποτέλεσμα του γάμου (Erikson, 1963). Επισημαίνεται ότι η ικανότητα για στενή σχέση προϋποθέτει την ασφαλή αίσθηση του εαυτού και των ορίων του ατόμου. Η σεξουαλική επιθυμία, η ικανοποίηση μέσα από τον οργανισμό και το δικαίωμα στο άλλο άτομο δεν λειτουργούν σαν απειλή για προσωπική διάλυση. Μέσα από το δόσιμο του ενός στον άλλο και την στενή τους σχέση οι ταυτότητες τους εμπλουτίζονται και επεκτείνονται, δεν διασπώνται ούτε εξαφανίζονται (Ιεροδιακόνου και συν, 1988)

Η ικανότητα για στενή σχέση οδηγεί στο γάμο ή τη συμβίωση γεγονός τα οποία φέρνουν συχνά το θέμα της γέννησης παιδιών, υπό την άποψη των Ιεροδιακόνου και συν. (1988). Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους κάποιος αποκτά παιδιά, κι ένας από αυτούς είναι η εγγενής αναπτυξιακή ανάγκη του να συμπληρωθεί ο κύκλος της ζωής και να δοθεί ζωή και υπόσταση σε μια νέα γενιά. Αυτό μεταφράζεται με τον όρο

παραγωγικότητα, συνώνυμο και της δημιουργικότητας καθώς η αντίληψη του επεκτείνεται σε κάθε τι που ο άνθρωπος γεννά και αφήνει πίσω του, κάθε τι που δημιουργεί και παράγει (Erikson, 1963), (Ιεροδιακόννου και συν., 1988)

2.2. ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΝΕΟΥ

Για να μπορέσει να κατανοηθεί η αυτοκτονική πράξη στο ευρύτερο φάσμα της θα πρέπει να εξετάσουμε εκείνα τα στοιχεία και εκείνους τους παράγοντες που μπορούν να επιδρούν άμεσα στο άτομο που την διαπράττει. Η σκιαγράφηση του αυτοκτονικού προφίλ έχει αναζητηθεί μέσα από την μελέτη πολλών ερευνητών που μελετούν το συγκεκριμένο θέμα, σύμφωνα με τον Μάνο (1997). Πιο συγκεκριμένα, ο Μάνος (1997) αναζητά το "αυτοκτονικό προφίλ " μέσα από την διερεύνηση ενός καταλόγου παραγόντων υψηλής επικινδυνότητας, που αναγνωρίζονται σταθερά από πολλές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κυρίως στην Αμερική. Έχει διαπιστωθεί λοιπόν ότι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνει μετά την ηλικία των 75 χρόνων στους άντρες και γύρω στα 50 στις γυναίκες. Ραγδαία αύξηση του ποσοστού της συχνότητας των αυτοκτονιών παρουσιάζεται ανάμεσα σε εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες. Οι άντρες είναι αυτοί όμως που αυτοκτονούν τρεις φορές πιο συχνά από τις γυναίκες ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα σε προσπάθειες αυτοκτονίας από ότι οι άντρες. Όσο αφορά τα μέσα που χρησιμοποιούν οι άντρες κατά την αυτοκτονική πράξη η συνηθέστερη επιλογή τους είναι βίαιοι μέθοδοι όπως είναι τα όπλα και τα μαχαίρια σε αντίθεση με τις γυναίκες που καταφεύγουν στη δηλητηρίαση με τη λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων. Ο κίνδυνος της αυτοκτονικής πράξης εμφανίζεται μικρότερος σε ότι αφορά στα άτομα που είναι παντρεμένα και μεγαλύτερος σε αυτούς που είναι χωρισμένοι, διαζευγμένοι και χήροι καθώς και στα άτομα που ζουν μόνα τους από ότι τα άτομα που ζουν μαζί με άλλους (Μάνος, 1997)

Ο Μάνος (1997) επισημαίνει ότι οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας από ότι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι και ιδιαίτερα οι γιατροί είναι αυτοί που παρουσιάζουν δυσανάλογα μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Η κατάσταση της σωματικής υγείας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον ψυχισμό του κάθε ατόμου. Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες ανάμεσα σε αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά, παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων έξι μηνών (περί την αυτοκτονία)". Συνήθως τα άτομα που εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία υψηλής επικινδυνότητας από άποψης

σωματικής ασθένειας είναι τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο και από AIDS. Επιπρόσθετα "οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας όπως η κατάθλιψη, η μανιοκαταθλιπτική νόσος (διπολική διαταραχή), ο αλκοολισμός και η σχιζοφρένεια. Ο σχιζοφρενής μπορεί να αυτοκτονήσει είτε κάτω από την επήρεια ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών είτε όμως και λόγω κατάθλιψης που πολλές φορές συνοδεύει την σχιζοφρένεια (κυρίως λόγω αναγνώρισης των επιπτώσεων της νόσου) ιδιαίτερα την υπολειμματική μορφή. Απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές σε άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και ιδιαίτερα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι όταν υπάρχει ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας ο κίνδυνος είναι πολύ μεγαλύτερος και συγκεκριμένα έχει υπολογισθεί ότι αυξάνει 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό (Μάνος, 1997)

Ο Μάνος (1997) επισημαίνει και κάποιους παράγοντες που αν και τους χαρακτηρίζει ως δύσκολα αναγνωρίσιμους συνδέονται άμεσα με την αυτοκτονία. Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου συσχετίζεται περισσότερο με την αυτοκτονία από ότι συσχετίζεται η γενικότερη κατάσταση-διαταραχή που λέγεται κατάθλιψη. Υψηλή συσχέτιση υπάρχει επίσης μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Διαπροσωπική απώλεια είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς. Στα άτομα που αυτοκτονούν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων (μείζον γεγονότων της ζωής) κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Τέτοιοι στρεσογόνοι παράγοντες: αλλαγή της εργασίας, μετακομίσεις, τοκετοί, αποφοιτήσεις, οικονομικές αποτυχίες, γάμος. Μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (Μάνος, 1997)

Αξιοσημείωτες πληροφορίες εκθέτει η ένωση τοπικής επιδημιολογίας της αυτοκτονίας του Ηνωμένου Βασιλείου (2004) οι οποίες αναφέρονται στο γεγονός ότι "οι περισσότεροι άνθρωποι μοιράζονται την όψη ότι κάθε αυτοκτονία είναι μια τραγωδία και πως αυτή η πράξη αντανακλάται με επιβλαβή αντίδραση στην βραχυπρόθεσμη αλλά και μακροπρόθεσμη ψυχική και φυσική υγεία της οικογένειας του προσώπου και των φίλων του". Η αυτοκτονία είναι αναμφίβολά ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας μπορούν να θεωρηθούν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τους **κοινωνικούς όρους κινδύνου**. Αυτοί είναι (Suicide Prevention in Uk, 2004, <http://www.suicide.prevention.uk.com.com>);

- -Η δυνατότητα πρόσβασης των μεθόδων της αυτοκτονίας.
- Αντιπροσώπευση μέσω των πραγματικών και πλασματικών αριθμών των αυτοκτονιών.
- -Μακροοικονομικοί όροι, με ιδιαίτερο το καθεστώς της αγοράς απασχόλησης.
- -Μεταβαλλόμενα πρότυπα όπως ο γάμος και το διαζύγιο.
- -Μεταβαλλόμενες πολιτιστικές τοποθετήσεις στους ρόλους των ανδρών και γυναικών στην εργασία, στην οικογένεια και στην ευρύτερη κοινωνία.
- -Δημόσιες τοποθετήσεις και κατανόηση της ψυχικής ασθένειας.

Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τους **μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου**. Αυτοί περιλαμβάνουν (Suicide Prevention in Uk, 2004, <http://www.suicide.prevention.uk.com.com>)::

- Ηλικία και φύλο.
- Χαμηλή κοινωνική τάξη.
- Ανύπανδρος ή διαζευγμένος.
- Ορισμένου υψηλού κινδύνου επαγγέλματα.
- Ψυχική ασθένεια, χρήση ουσιών
- Ιστορικό φυλάκισης.

Μελετώντας τις έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς πάνω στους παράγοντες υψηλής επικινδυνότητας σημαντικές πληροφορίες προέρχονται από στοιχεία ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ν. Ζηλανδία. Είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερευνών σχετικά με τους παράγοντες υψηλής επικινδυνότητας έχει επικεντρωθεί στους νέους πληθυσμούς. Αυτή η εστίαση είχε ως αποτέλεσμα την έκβαση ενός γενικού πλάνου παραγόντων υψηλής επικινδυνότητας, οι οποίοι είναι οι εξής (Ministry Of Health, 2003 . <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/suicide/risk.htm>,):

- **Ψυχικές διαταραχές και ιστορικό ψυχικών διαταραχών συμπεριλαμβανομένης και πρωθύστερης απόπειρας αυτοκτονίας:** Τα περισσότερα περιστατικά που σχετίζονται με την αυτοκτονία λαμβάνουν χώρα μέσα στο γενικότερο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών και ασθενειών, που αποτελούν και το μεγαλύτερο κίνδυνο. Η ξεκάθαρη πλειονότητα των ατόμων που αυτοκτόνησαν ή που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν έχουν διαγνωσθεί με τουλάχιστον μια ψυχιατρική διαταραχή, κατά την περίοδο που επιχειρήσαν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Οι πιο κοινές ασθένειες αφορούν σε ψυχικές ή διατροφικές διαταραχές

(συμπεριλαμβανομένου της κατάθλιψης και διπολική διαταραχή). Άλλες διαταραχές περιλαμβάνουν το αλκοόλ και άλλες καταχρήσεις, αντικοινωνική συμπεριφορά (μεταξύ αυτών διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις και προσωπικότητα) και πολύ πιο σπάνια, ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος. Παρόλο που οι ψυχιατρικές διαταραχές (όπως η σχιζοφρένεια) απαντώνται πιο σπάνια στο γενικό πληθυσμό, σε αυτό η μικρή ομάδα διαταραχών ο κίνδυνος να αυτοκτονήσει ένα άτομο είναι υψηλός (Ministry Of Health, 2003,

- <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/suicide/risk.htm>,):
- **Κοινωνικά και εκπαιδευτικά προβλήματα** Η συμπεριφορά που έχει χαρακτηριστικά πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας τείνει να είναι περισσότερο κοινή σε άτομα που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο, περιορισμένης εκπαίδευσης και μικρού εισοδήματος. Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των ατόμων που αυτοκτονούν αυξάνεται στις ομάδες των ανέργων. Παρά ταύτα, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο κατά πόσο η ανεργία αποτελεί την αιτία των διαταραγμένων κοινωνικών, οικογενειακών και προσωπικών σχέσεων (συμπεριλαμβανομένων εκείνων των ψυχικών διαταραχών) ή εάν η αυτοκτονία και η ανεργία προέρχονται από κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες (Ministry Of Health, 2003, <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/suicide/risk.htm>.) Κατά την Καναδική Ψυχολογική Ένωση (2004) οι παράγοντες υψηλής επικινδυνότητας που προκύπτουν από μελέτες σε άτομα που έχουν ολοκληρώσει την αυτοκτονία, είναι οι εξής (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Αφόρητος ψυχολογικός πόνος.** Το άτομο βιώνει αφόρητο πόνο, ένα βαθύ άγχος στοιχεία που οδηγούν το άτομο να αισθάνεται μάταιο και ανίσχυρο. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Στενή σκέψη.** Το άτομο βλέπει την αυτοκτονία ως μοναδική λύση για τις δυσκολίες. Σκέφτεται ότι όλα είναι μάταια και τα πράγματα δεν θα είναι ποτέ καλύτερα. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Αμφιθυμία.** Το αυτοκαταστροφικό πρόσωπο είναι βαθιά αμφίθυμο, θέλει να ζήσει και να πεθάνει. (Canadian

Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)

- **Ψυχική ασθένεια.** Περίπου το 90% των αυτοκαταστροφικών ανθρώπων έχουν ψυχιατρική αναταραχή. Η πιο κοινή είναι η ύπαρξη της κατάθλιψης. Η αυτόκαταστροφικότητα δεν είναι ψυχική ασθένεια αλλά οι αυτοκαταστροφικοί άνθρωποι υποφέρουν συχνά από ψυχική ασθένεια. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Αίσθηση της ευπάθειας.** Το αυτοκαταστροφικό άτομο αισθάνεται συχνά πολύ τρωτό, εύθραυστο, διακρίνεται από έλλειψη μιας θετικής άποψης για την ζωή και έλλειψη προσωπικής δύναμης. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Προβληματικές σχέσεις.** Το αυτοκαταστροφικό πρόσωπο αισθάνεται συχνά μόνο. Μπορεί να έχει δοκιμάσει τη σύγκρουση και την απόρριψη από τους άλλους. Νιώθει αποτυχημένο ως προς την οικογένεια του, τους φίλους του, την κοινωνία κ.λ.π. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)
- **Απώλεια** Μια εμπειρία απώλειας ή ανήσυχια για την προσδοκώμενη απώλεια είναι συχνά ώθηση για την αυτοκτονία.
- **Διαφυγή.** Η αυτοκτονία φαίνεται ως διαφυγή από αυτό που αισθάνεται το άτομο μάταιο και αφόρητο. (Canadian Psychological Association, 2004, <http://www.cpa.ca/>)

Επιπρόσθετα, ο Γκορίνης (2003) αναφέρεται στην μελέτη κάποιων χαρακτηριστικών είτε του ασθενούς, είτε της πάθησης από την οποία πάσχει, βοηθά στην κατασκευή ενός προφίλ ασθενούς που είναι σε υψηλό κίνδυνο να αυτοκτονήσει. Ας εξετάσουμε τα στοιχεία του Γκορίνη (2003) που συνθέτουν το συγκεκριμένο προφίλ που αναφέρουμε (Γκορίνης, 2003):

Φύλο: “Η συχνότητα αυτοκτονιών ανάμεσα σε άνδρες είναι 3 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή των γυναικών. Αντίθετα, οι γυναίκες κάνουν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας”. Γκορίνης, 2003):

Ηλικία: “Η συχνότητα αυτοκτονιών αυξάνει για τα άτομα μεγαλύτερα των 45 ετών. Σε ότι αφορά τις ακραίες ηλικιακές ομάδες, στα παιδιά η συχνότητα αυτοκτονιών είναι μικρή, ενώ στους ηλικιωμένους είναι αρκετά μεγάλη. Γκορίνης, 2003):

Οικογενειακή κατάσταση : “ Οι χήροι (-ες) και διαζευγμένοι (-ες) αυτοκτονούν συχνότερα από τους έγγαμους”. Γκορίνης Α., Αθήνα, 2003):

Επάγγελμα: “Η εργασία προστατεύει από την αυτοκτονία. Άνεργοι

και εργαζόμενοι σε επαγγέλματα που απαιτούν υψηλή ευθύνη, ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου”. Γκορίνης, 2003):

Σωματική υγεία: “Άτομα που πάσχουν από σοβαρές και χρόνιες σωματικές παθήσεις (ιδιαίτερα αυτές που συνοδεύονται από κινητικές αναπηρίες, σοβαρή δυσμορφία, χρόνιο πόνο) κινδυνεύουν περισσότερο σε σχέση με τους υγιείς”. Γκορίνης, 2003):

Ψυχική υγεία: “Η νοσηρή από σοβαρό ψυχικό νόσημα αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς”. Συγκεκριμένα (Γκορίνης, 2003):

- -Συναίσθηματικές Διαταραχές (Κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, κυκλοθυμία). Περισσότερο από τους μισούς ασθενείς πάσχουν από συναίσθηματικές διαταραχές αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους και 10-15% αυτών τα καταφέρνουν. Ιδιαίτερα συχνό είναι το φαινόμενο της αυτοκτονίας καταθλιπτικών ασθενών κατά τη διάρκεια της βελτίωσης των συμπτωμάτων τους (Γκορίνης, 2003)
- -Σχιζοφρένεια. Το 50% των σχιζοφρενών αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους και το 10% αυτών τα καταφέρνουν. Ο σχιζοφρενής κατά κανόνα αυτοκτονεί κατά την περίοδο ύφεσης της οξείας συμπτωματολογίας, όταν συνειδητοποιεί τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στη ζωή του, ενώ σπανιότερα αυτοκτονεί υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών ή ακουστικών ψευδαισθήσεων (Γκορίνης, 2003)
- -Διαταραχές Προσωπικότητας. Ασθενείς με προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από χαμηλή ανοχή στη ματαίωση και φτωχό έλεγχο των παρορμήσεων (προσωπικότητες του μεθοριακού φάσματος) εκδηλώνουν συχνά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Γκορίνης, 2003)
- -Εξαρτήσεις από ουσίες. Ο αλκοολισμός π.χ είναι μια κατάσταση που οδηγεί συχνά σε αυτοκτονία. Ανεξάρτητα από τη διάγνωση, ψυχικά ασθενείς που είναι απομονωμένοι κοινωνικά και δεν έχουν μια συνεχή ψυχολογική στήριξη, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός της αυξημένης συχνότητας αυτοκτονιών μέσα στο πρώτο τρίμηνο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο(Γκορίνης, 2003)

- ο **Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.** "Ίσως αποτελεί τον πιο αξιόπιστο προγνωστικό παράγοντα για μελλοντική αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Γκορίνης, 2003)

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Γκορίνη (2003), ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στην οικογένεια, έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού κοινωνικού περιβάλλοντος-κοινωνική απομόνωση. Επίσης αίσθημα αβοήθητου και απελπισίας, πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα (Γκορίνης, 2003)

2.3. Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ ΝΕΩΝ

Ο Κολαίτης (1994) υποστηρίζει "ότι οι ψυχικές διαταραχές σε γενικές γραμμές αναφέρονται σε ένα φάσμα νοητικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών που συνήθως περιλαμβάνει απώλεια της συναισθηματικής και ψυχολογικής ευεξίας. Οι καταστάσεις αυτές παρεμβαίνουν στην εργασιακή, κοινωνική και διαπροσωπική ζωή, την παραγωγικότητα των ατόμων, στο σχολείο, την εργασία και το σπίτι πράγμα που επηρεάζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί ότι οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές δεν προκαλούν σοβαρή ψυχοκοινωνική ανικανότητα, καθώς και στις περισσότερες από αυτές οι δυσκολίες είναι βραχυπρόθεσμες και θεραπεύσιμες. Αυτό το φάσμα περιλαμβάνει νοητικές ανεπάρκειες, φοβίες, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, εξαρτήσεις, σχιζοφρένεια κ.λ.π. Τα αίτια των περισσότερων ψυχικών ασθενειών δεν είναι γνωστά. Για κάποιες από αυτές μπορεί να είναι μια προδιάθεση στην οικογένεια. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη ψυχικής νόσου, όπως οι δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, η ψυχοκαταπόνηση, τα ψυχοταραυματικά γεγονότα της ζωής, η ενδοψυχική σύγκρουση, η κατάχρηση ουσιών, ή η κατάρρευση των διαπροσωπικών σχέσεων" (Κολαίτης, 1994)

Συνεχίζοντας ο Κολαίτης (1994) αναφέρει ότι "οι ψυχικές ασθένειες είναι συνηθισμένες και ο καθένας μπορεί να νοσήσει. Κανείς δεν είναι άτρωτος στα προβλήματα της ψυχικής υγείας. Περίπου ένας στους πέντε ανθρώπους θα νοσήσει ψυχικώς σε κάποια στιγμή της ζωής του. Κάποιοι μάλιστα θα βιώσουν περισσότερες από μία ψυχικές ασθένειες την ίδια χρονική στιγμή, όπως κατάθλιψη και άγχος που συνήθως συνυπάρχουν. Επίσης, σχεδόν ένας στους 100 θα πάθει σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής του". Σημαντικό είναι το ποσοστό του 5% των ατόμων που βιώνουν πολύ επώδυνα το άγχος το οποίο επηρεάζει κάθε πλευρά της ζωής τους. Μια ακόμη λυπηρή διαπίστωση είναι ότι πολλοί νέοι άνθρωποι βασανίζονται από

ψυχικές διαταραχές. Τις περισσότερες φορές τα άτομα που έχουν κάποια ψυχική ασθένεια είναι ηλικίας 18-25 ετών. Περίπου το 1/3 των ατόμων που εισάγονται σε ψυχιατρική κλινική είναι κάτω των 30 ετών. Οι περισσότεροι σχιζοφρενείς θα παρουσιάσουν για πρώτη φορά τα συμπτώματα από τη μέση έως το τέλος της εφηβείας τους (Κολαίτης, 1994)

Η αυτοκτονική συμπεριφορά του νέου ατόμου συχνά συνοδεύεται με διάγνωση κάποιας ψυχοπαθολογίας η οποία σχετίζεται άμεσα με αυτή την συμπεριφορά. Με βάση τον Μάνο θα εξετάσουμε εκείνες τις διαταραχές που σχετίζονται με την αυτοκτονική πράξη που εκδηλώνει το νέο άτομο. Η Σχιζοφρένεια, οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, οι Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (αλκοόλ) και οργανικές όπως το AIDS και ο καρκίνος είναι διαταραχές που θα εξεταστούν σε τέσσερις κεντρικούς άξονες όπου είναι οι ακόλουθοι (Μάνος, 1997)

2.3.1 ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

"Όταν αναφερόμαστε στην σχιζοφρένεια θα πρέπει να τονίσουμε ότι αναφερόμαστε σε βαριά ψυχωτική διαταραχή, για **σχίσσιμο του μυαλού**, από όπου και ο όρος σχιζοφρένεια". Η εμφάνιση της Σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής. Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.α. (Μάνος, 1997)

Οι πέντε τύποι της Σχιζοφρένειας είναι οι εξής, **παρανοϊκός τύπος, αποδιοργανωμένος τύπος, κατατονικός τύπος, αδιαφοροποίητος τύπος, υπολειμματικός τύπος** και προτείνονται από το DSM-IV και αναφέρονται στην κλινική εικόνα της πιο πρόσφατης εκτίμησης του ασθενή (Μάνος, 1997)

2.3.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Η΄ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο αυτοκτονικός είναι συνήθως η καταθλιπτική διάθεση από την οποία διακατέχεται. Η κατάθλιψη ανήκει στην κατηγορία των Διαταραχών της Διάθεσης. "Είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης . Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Στην συγκεκριμένη περίπτωση μας ενδιαφέρει η μελέτη των Καταθλιπτικών διαταραχών και των Διπολικών .Οι

καταθλιπτικές διαταραχές διαιρούνται στην: Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, στην Δυσθυμική Διαταραχή και τη Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος, 1997)

Τα κύρια συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος. "Το άτομο που βρίσκεται σε Καταθλιπτική Διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν καταθλιπτική λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία. Επίσης το άτομο νιώθει ανηδονία, δηλαδή, "απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγούμενα ήταν ευχάριστες. Εκτός όμως από την ανηδονία, οι περισσότεροι ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου συναισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού." (Μάνος, 1997)

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ή όχι απώλεια βάρους. Συχνό παράπονο καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα τους έχει φύγει. Εμφανής είναι η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, ιδιαίτερα στους άντρες. Άλλα στοιχεία είναι η ψυχοκινητική διέγερση που παρουσιάζουν οι ασθενείς, κυρίως ηλικιωμένοι, απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες, ανημπορία και έλλειψη ελπίδας καθώς και ενοχικές σκέψεις, δυσκολία στη συγκέντρωση και φυσικά ψύχωση είναι βασικά χαρακτηριστικά συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ατόμου (Μάνος, 1997)

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε **Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή και Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς** και τις **Διπολικές : Διπολική Ι Διαταραχή, Διπολική ΙΙ Διαταραχή, Κυκλοθυμική.** "Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου." (Μάνος Ν, 1997)

2.3.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

"Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες., κατάχρηση ουσιών" (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997)

Τα γενικά χαρακτηριστικά συμπτώματα των Διαταραχών Προσωπικότητας αφορούν όλη η ζωή του ατόμου ,ιδιαίτερα οι σχέσεις του, με αποτέλεσμα αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής-αγάπη, εργασία, διασκέδαση. Επίσης, το άτομο συχνά αποδίδει προβλήματα του στο περιβάλλον κι όχι στον εαυτό του. Συνήθως το άτομο δεν είναι ψυχωτικό. Τις περισσότερες φορές τα άτομα με Διαταραχή της

Προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν εναισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται. Ακόμη, πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως είναι η κατάθλιψη, η αυτοκτονία, η βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια (Μάνος, 1997). “ Νευροβιολογικές μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας με χαμηλή δραστηριότητα της αιμοπεταλιακής MAO, της Μετaihμιακής με χαμηλό 5-ΗΙΑΑ στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (που σχετίζεται αρνητικά με επιθετικότητα και απόπειρες αυτοκτονίας)”. Κατηγορίες ασθενών με Διαταραχές της Προσωπικότητας: (Μάνος, 1997)

I) Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά παράξενοι ή εκκεντρικοί: (Μάνος, 1997)

- ο Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας(Μάνος, 1997)
- ο Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)
- ο Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)

II) Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά δραματικοί, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς στις διαπροσωπικές τους σχέσεις: (Μάνος, 1997)

- ο Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)
- ο Μετaihμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)
- ο Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)
- ο Нарκисσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος, 1997)
- ο III) Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά αγχώδεις ή φοβισμένοι (Μάνος, 1997)
- ο Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος , 1997)
- ο Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος , 1997)
- ο Ψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος , 1997)

Η πορεία των Διαταραχών της Προσωπικότητας είναι η εξής, "ορισμένες Διαταραχές της Προσωπικότητας (π.χ Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας) είναι πιο συχνές στους άντρες και άλλες (π.χ Μετaihμιακή Δραματική και Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας) πιο συχνές στις γυναίκες. Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας συνήθως γίνονται εμφανείς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή και διαρκούν τις περισσότερες φορές για όλη τη ζωή, εκτός αν υπάρξει βελτίωση ή αλλαγή με κατάλληλη θεραπεία (Μάνος, 1997)

2.3.4. ΧΡΗΣΕΙΣ ΟΥΣΙΩΝ

2.3.4.1.ΧΡΗΣΕΙΣ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση διάφορων ουσιών με σκοπό την αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς είναι επιτρεπτή στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Τέτοιες ουσίες είναι π.χ το αλκοόλ, η καφεΐνη κ.ά. Εντούτοις υπάρχουν ευρείες πολιτισμικές διαφορές. Θεωρείται η χρήση μιας ουσίας παθολογική, όταν σαν συνέπεια της λήψης της παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά που θα θεωρούνταν εξαιρετικά ανεπιθύμητα σε οποιαδήποτε πολιτισμική ομάδα. Καθώς ο ορισμός αυτός είναι αρκετά γενικός, προοδευτικά δημιουργήθηκαν οι έννοιες εξάρτηση και κατάχρηση ουσιών. Ως παθολογική χρήση δε λαμβάνεται μόνο η συστηματική λήψη μεγάλων ποσοτήτων κάθε μέρα, αλλά επίσης δυο άλλα σχήματα: είτε την ύπαρξη μεγάλων διαστημάτων ελευθέρων που εναλλάσσονται με περιόδους ημερήσιας λήψης μεγάλων ποσοτήτων που διαρκούν εβδομάδες ή μήνες είτε τη συστηματική λήψη μεγάλων ποσοτήτων μόνο τα σαββατοκύριακα (Μάνος, 1997)

Η παθολογική χρήση αυξάνει τον κίνδυνο ατυχημάτων, βίας και εγκληματικών πράξεων. Η χρήση ουσιών είναι ένα πρόβλημα το οποίο παρουσιάζεται σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, είναι πιο συχνό στις χαμηλότερες τάξεις όπου και υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αυτοκτονικών αποπειρών (Μάνος, 1997)

2.3.4.2. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

Με βάση τον Μάνο (1997) “το Επίκτητο Σύνδρομο Ανοσολογικής Ανεπάρκειας είναι η μάλιστα που από τη στιγμή που αναγνωρίστηκε στις αρχές τις δεκαετίας του 1980 και μέχρι σήμερα έχει πάρει τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων. Το AIDS μεταδίδεται με έναν αργό ρετροϊό, τον HIV (Human Immunodeficiency Virus), ο οποίος προσβάλλει το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο HIV μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με υγρά του σώματος (π.χ σπέρμα, αίμα) καθώς επίσης και με την ενδοφλέβια χρήση μολυσμένων συριγγών και βελονιών. Το AIDS είναι μια ερημωτική και θανατηφόρα νόσος, που μόνο με τις βαρύτερες μορφές κακοήθους καρκίνου θα μπορούσε να παρομοιασθεί. Είναι αναμενόμενο ότι οι ψυχολογικές του επιπτώσεις μπορεί να είναι σοβαρές. Προοδευτικά, όμως, έγινε αντιληπτό ότι, εκτός από τις ψυχολογικές/ ψυχιατρικές επιπτώσεις της νόσου υπάρχουν και ψυχιατρικές εκδηλώσεις, σοβαρότερες, που οφείλονται στην πρωτοπαθή μόλυνση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος από τον HIV (Μάνος, 1997)

Σήμερα είναι γνωστό ότι καθώς προχωρεί η νόσος μέχρι και το 60%

των ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο νευροψυχιατρικό σύνδρομο. Έτσι μπορεί να διαπιστωθεί ότι σε άτομα με AIDS υπάρχει εμφάνιση “πρωτοπαθείς” και “δευτεροπαθείς” ψυχικές διαταραχές. Στις πρώτες ανήκει η άνοια από AIDS, αλλά επίσης μπορεί να παρατηρηθεί κατάθλιψη η και ευφορία (μανιακό σύνδρομο, ψύχωση, παραλήρημα ή και μεταβολή της προσωπικότητας. Στις δεύτερες ανήκουν η κατάθλιψη ως αντίδραση στη νόσο, διαταραχές της προσαρμογής σε αυτήν, γενικευμένο άγχος, προσβολές πανικού, αυτοκτονικός ιδεασμός. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τάσεις για αυτοκτονία και αυτοκτονία είναι συχνές σε ασθενείς με AIDS και η πιθανότητα για επιτυχημένη αυτοκτονία αυξάνει με τον βαθμό κατάθλιψης και τη συνύπαρξη προϋπάρχουσας διαταραχής της προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή (Μάνος, 1997)

2.3.4.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο Μάνος (1997) αναφέρει “πως ο άρρωστος με καρκίνο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η διάγνωση του καρκίνου, η πρόγνωση του, οι αντιδράσεις του ασθενή, οι αντιδράσεις του γιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού, της οικογένειας, του περιβάλλοντος γίνονται ένα σύμπλοκο καταστάσεων, που δυσκολεύουν ή διευκολύνουν την αντιμετώπιση του αρρώστου. Η ψυχολογική προσαρμογή του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από βασικές παραμέτρους: τον τρόπο που ο άρρωστος αντιμετώπισε στρεσογόνες καταστάσεις στο παρελθόν και στον τύπο των κλινικών συμπτωμάτων και την κλινική πορεία της αρρώστιας στον συγκεκριμένο άρρωστο. Είναι λογικό ότι η αποκάλυψη της διάγνωσης και της πρόγνωσης στον άρρωστο με καρκίνο είναι ένα δύσκολο πρόβλημα, ουσιαστικά ένα μεγάλο δίλημμα”. Κρίνεται απαραίτητο το δίλημμα να ξεκαθαρίζεται με την απόδοση της αλήθειας της κατάστασης του αρρώστου από τον γιατρό. Η επικοινωνία της αλήθειας πρέπει να λάβει υπόψη την ικανότητα του αρρώστου να αντιμετωπίσει την κατάσταση του, που βασίζεται, στην εκτίμηση της ψυχολογικής προσαρμογής του σε προηγούμενες στρεσογόνες καταστάσεις. Όποιες κι αν είναι οι προσαρμοστικές ικανότητες του αρρώστου, η ανακοίνωση της διάγνωσης αντιμετωπίζεται από τον ασθενή με άλλοτε αλλού βαθμού άρνηση. “Ο βαθμός της άρνησης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά επίσης είναι πλήρης, μερική ή απύουσα” (Μάνος, 1997)

Μια ακόμη ψυχολογική διάσταση σημαντική για την προσαρμοστικότητα του αρρώστου, σύμφωνα με τον Μάνο (1997), είναι η ευαλωτότητά του, η οποία μπορεί να προσδιοριστεί και ειδική κλίμακα. Πρόκειται για την γενική σύνθετη εκτίμηση του βαθμού της απελπισίας, του

άγχους, της κατάθλιψης, του άγχους της εκμηδένισης, των αισθημάτων αναξιότητας, απομόνωσης και εγκατάλειψης, της άρνησης κτλ. που νιώθει ο ασθενής. Η κατάθλιψη είναι μια σημαντική αντίδραση στην αρρώστια. Αν και τις περισσότερες φορές είναι απλώς μια φυσιολογική καταθλιπτική αντίδραση . Μόνο όταν υπάρχουν αισθήματα αναξιότητας, απώλειας της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής και /ή ιδέες αυτοκτονίας θεωρείται ότι υπάρχει επιπρόσθετη ψυχιατρική διάγνωση κατάθλιψης. Ειδικότερα, όσο αφορά την αυτοκτονία, είναι γνωστό ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας σε νοσηλευόμενους καρκινοπαθείς είναι σπάνιες. Η αυτοκτονία, όταν συμβεί, είναι πιο πιθανό να γίνει στο σπίτι, σε προχωρημένα στάδια της αρρώστιας και σε άτομα που είτε από καιρό έδειχναν έντονη αδυναμία ψυχολογικής προσαρμογής εί είχαν ανεπαρκή ψυχολογική υποστήριξη από το περιβάλλον τους. Το στάδιο που απαιτεί την πιο δύσκολη προσαρμογή είναι το τελικό στάδιο, γιατί σε αυτό ο φόβος του θανάτου πια είναι άμεσος (Μάνος, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

3.1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Ο Πιπερόπουλος(1994) προσεγγίζει τους παράγοντες της αυτοκτονίας ξεκινώντας με την άποψη ότι ο θάνατος βρίσκεται στο τραγικότερο σημείο στο ευρύ φάσμα των ανθρώπινων συναισθημάτων. Ο θάνατος όμως από αυτοκτονία, ανεξάρτητα από την εγγενή τραγικότητα του, εμπεριέχει και καταθλιπτικά στοιχεία που είναι απόρροια δημιουργίας των υποκειμενικών ενοχών συγγενών και φίλων για την αδυναμία τους στο να αποτρέψουν το γεγονός. Επιπρόσθετα στην ευρύτερη κοινή γνώμη γεννιέται και το απλό φαινομενικό αλλά πολύ δύσκολο να δοθεί απάντηση μονολεκτικό ερώτημα του γιατί (Πιπερόπουλος, 1994)

Σύμφωνα με τον Πιπερόπουλο (1994) τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στον ελλαδικό χώρο έξαρση του τραγικού αυτού φαινομένου. Νέα, παιδιά, μεσήλικες άνδρες και γυναίκες, αλλά και άτομα τρίτης ηλικίας προερχόμενα από κάθε κοινωνικό-οικονομικό στρώμα της σύγχρονης αστικοβιομηχανικής Ελλάδας, θέτουν τέρμα στη ζωή τους βυθίζοντας ταυτόχρονα σε απόγνωση και πένθος της οικογένειες τους. Οι ωριμότεροι σε ηλικία μπορούν να διαπιστώσουν όχι μόνο μια έξαρση στη συχνότητα απόπειρας ή επιτυχημένων αυτοκτονιών αλλά και μια σημαντική διερεύνηση των αιτιών της (Πιπερόπουλος, 1994)

Ο Πιπερόπουλος (1994) επισημαίνει ότι στην σημερινή εποχή τα άτομα που αυτοκτονούν δεν το κάνουν μόνο για τους κλασικά δεδομένους λόγους της ερωτικής απογοήτευσης ή της ανεπανόρθωτης οικονομικής καταστροφής αλλά επιπρόσθετα, επειδή απέτυχαν στις Πανελλήνιες Εξετάσεις, επειδή δεν προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της στρατιωτικής ζωής, επειδή βαρέθηκαν την ανιαρότητα της ζωής ή και χωρίς εμφανή λόγο. Βέβαια καθώς αυξάνονται τα τραγικά στατιστικά δεδομένα της αυτοκτονίας αυξάνεται και η ένταση και η συχνότητα του ερωτηματικού *γιατί*; Για τους επιστήμονες της συμπεριφοράς η απάντηση οριοθετείται από τον ειδικότερο θεωρητικό τους προβληματισμό, οι κοινωνιολόγοι αναζητούν την ερμηνεία του φαινομένου σε δομολειτουργικά αίτια της κοινωνικής οργάνωσης των σύγχρονων κοινωνικών επιστημών συστημάτων ενώ οι ψυχολόγοι την εστιάζουν σε ενδογενή ή εξωγενή ψυχοπαθολογικά αίτια, σε ανεπάρκεια της προσωπικότητας του ατόμου ή στην αδυναμία του να ικανοποιήσει θεμελιακές υπαρξιακές και ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες (Πιπερόπουλος,

1994)

Ο Πιπερόπουλος (1994) αναγνωρίζει ότι τα περισσότερα άτομα που θέτουν τέρμα στη ζωή τους με την πράξη της αυτοκτονίας δεν προσιδιάζουν τα στερεότυπα της νευρωτικής μεγαλοφυίας που θέτει τέρμα σε μια ανιαρά εξελισσόμενη υπαρξιακή οντότητα ή ολοκληρώνει μια ζωή θεαματικής δημιουργικότητας με μια ακόμη εντυπωσιακή πράξη αλλά ούτε χαρακτηρίζονται ως άτομα με στερήσεις στο δείκτη νοημοσύνης. Στατιστικά οι γυναίκες από ανέκαθεν παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε απόπειρες αυτοκτονίας και οι άνδρες σε επιτυχείς αυτοκτονίες. Τα ποσοστά όμως αυτά τείνουν να εξισωθούν ανάμεσα στα δύο φύλα αντικατοπτρίζοντας μάλλον τις γενικότερες τάσεις εξίσωσης των δύο φύλων μέσα από το φεμινιστικό κίνημα (Πιπερόπουλος, 1994)

Με βάση τον Πιπερόπουλο (1994) η κάθε περίπτωση αυτοκτονικότητας είναι αυτοτελής και προσδιορίζει τα ακόλουθα ως ερμηνευτικά ψυχοκοινωνικά στοιχεία: Για πολλά άτομα η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί μια εσχάτη κραυγή διαμαρτυρίας του ατόμου προς τους οικείους του ή μια ύστατη παράκληση για κατανόηση, ή ακόμη μια τραγική μορφή τιμωρίας προσώπων που του δημιουργούν ανυπέρβλητη δυστυχία. Ψυχοδυναμικά η αυτοκτονία αιτιολογείται με βάση έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω παράγοντες (Πιπερόπουλος, 1994)

- Χρόνια επώδυνη μοναξιά και νευρωσική κατάθλιψη ή μελαγχολία. Το άτομο χωρίς φαρμακευτική αγωγή που θα του προσφέρει ο νευρολόγος-ψυχίατρος ή και παθολόγος του δεν βλέπει πλέον το λόγο να δώσει συνέχεια στην άδεια του υπαρξιακή οντότητα (Πιπερόπουλος, 1994)
- -Το άτομο διακατέχεται από υποκειμενικό, ακατανίκητο συναίσθημα ντροπής ή και από υπερβολικό φόβο ότι θα τιμωρηθεί επειδή απέτυχε σε κάποιες σημαντικές του επιδιώξεις ή σε κάποιους στόχους που είχε θέσει (Πιπερόπουλος, 1994)
- Υπάρχουν έντονα συναισθήματα ενοχών για πράξεις που το άτομο ποτέ δεν εκμυστηρεύθηκε σε οικείους του ή σε κάποιον φίλο του, σε κάποιον ιερέα ή σε κάποιον ψυχολόγο, ψυχαναλυτή, ψυχοθεραπευτή (Πιπερόπουλος Γ., Αθήνα, 1994)
- Το άτομο διακατέχεται από την αδήριτη ανάγκη της φυγής από ένα περιβάλλον που αντιλαμβάνεται ως καταπιεστικό, ή από πρόσωπα που καθημερινά το πληγώνουν και έτσι η πραγματική οδυνηρή φυγή με την αυτοκτονία αποτελεί πράξη επιβολής συναισθηματικής τιμωρίας σε κάποιον ή κάποιους από τους οποίους το άτομο θέλει να ξεφύγει Πιπερόπουλος, 1994)

Σύμφωνα με έρευνες της Λέσχης Ψυχολογίας της Ιρλανδίας (1992) έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη ή άλλες αναγνωρίσιμες ψυχικές ασθένειες ή σοβαρές περιπτώσεις κακοποίησης παίζουν σημαντικό ρόλο στο φαινόμενο της αυτοκτονίας. Άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι διαφοροποιήσεις σε νευροδιαβιβαστές, όπως η σεροτενίνη (serotonin), είναι συνδεδεμένες με αυξημένο ρίσκο εμφάνισης αυτού του φαινομένου. Χαμηλά επίπεδα αυτής της εγκεφαλικής ουσίας έχουν βρεθεί σε πρώην ασθενείς που αυτοκτόνησαν (post mortems) . Σε συνδυασμό με αυτό αντιξοότητες της ζωής ή τα στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στο άτομο το οποίο μπορεί να πάσχει από τη νόσο της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία. Αυτά θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει κάποιες αλλά όχι όλες από τις αιτίες και τις παραμέτρους, σε διαιρεμένες τρεις κατηγορίες (Psychological Society of Ireland, 1992, http://www.sehb.ie/publications/suicide_info_pack/3%20causes%20of%20suicide.pdf,1992)

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ
1)Αλλαγή στη δομή της οικογένειας.	1)Ψυχική ισορροπία.	
2)Σοβαρή κρίση στο γάμο	2)Προσωπικότητα	
3)Αλλαγή σε πολιτιστικές αξίες και εθίμα και κατάσταση	3)ψυχοκοινωνικές	
4)ανάγκη/ εργασία		
5)κατάθλιψη και σοβαρές καταπονήσεις		
6) "αποξηράνη" εκύβηση σε μεθόδους αυτοκτονίας		

Η Alethea Lawson (1992) θέτει τη δική της μελέτη πάνω στους αιτιογόνους παράγοντες της αυτοκτονίας αναλύοντας αρχικά την σημασία του επιρρεπή ανθρώπου απέναντι στην αυτοκτονία. Η Lawson (1992)θεωρεί ότι όποια και αν είναι η αιτία, αυτοί που αυτοκτονούν πρέπει να έχουν τρομερή ανάγκη κοινωνικής και ιατρικής βοήθειας. Τονίζει ότι πολλοί άνθρωποι έκαναν σε στιγμές μεγάλου ψυχικού άγχους τη σκέψη της αυτοκτονίας αλλά τελικά υπέμειναν τον πόνο τους. Συνειδητοποίησαν ότι ή αυτοκτονία δεν ήταν η μόνη διέξοδος για να βγουν από την κρίση τους, όσο άσχημη κι αν ήταν αυτή. Σύμφωνα πάντα με την άποψη της Lawson (1992)

υπάρχουν άλλοι που πράγματι επιχειρούν με την αυτοκτονία να γλιτώσουν από το ανυπόφορο άγχος. Αυτούς τους ονομάζει επιρρεπείς στην αυτοκτονία. Επιρρεπής στην αυτοκτονία μπορεί να είναι κάποιος που προέρχεται από διαλυμένη οικογένεια, κάποιος δηλαδή που έχασε έναν από τους γονείς του ή και τους δύο, πριν από τα δεκαπέντε του, εξαιτίας θανάτου ή διαζυγίου. Διαλυμένη μπορεί επίσης να θεωρηθεί και μια οικογένεια μέσα στην οποία οι γονείς, χωρίς να έχουν χωρίσει, βρίσκονται σε διαρκή εχθρότητα. Οι σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές που προκαλούνται από την έλλειψη σίγουρης εξάρτησης από την αγάπη των γονιών, έχουν φοβερές συνέπειες. Κάποιος που σαν παιδί μεγαλώνει σε ένα τέτοιο περιβάλλον, είναι σαν ενήλικας ασταθής και λογίζει εύκολα κάτω από το άγχος (Lawson, 1992)

Πολύ επιρρεπής στην αυτοκτονία, σύμφωνα με την Lawson (1992) είναι και ο αλκοολικός ή τοξικομανής. Αυτοί που καταλαμβάνονται από τέτοια πάθη προσπαθούν να δραπετεύσουν από την πραγματικότητα. Η αυτοκτονία είναι προέκταση αυτής της ανάγκης τους για φυγή. Αν κάποιος υποφέρει από μόνιμη αϋπνία, μπορεί να φτάσει σε τέτοιο σημείο κούρασης και απαισιοδοξίας που να εύχεται να τελειώσουν όλα. Επιρρεπής είναι επίσης εκείνος που υπέφερε από κάποια ψυχική διαταραχή, ειδικά εκείνος που χρειάστηκε θεραπεία. Μερικές φορές μπορεί κανείς να υποφέρει από νευρική κατάθλιψη, που δεν έχει ποτέ διαγνωσθεί και να παρουσιάσει αυτοκτονικές τάσεις. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις κατά τις οποίες έχει διαγνωσθεί η κατάθλιψη και έχει εφαρμοστεί η σχετική θεραπεία μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει αυτοκτονικές τάσεις κατά την περίοδο της ανάρρωσης, καθώς αρχίζει να αποκτά περισσότερη ενεργητικότητα. Πριν από αυτή τη φάση, όταν ήταν εντελώς εξαντλημένος δεν είχε την απαραίτητη ενεργητικότητα. Στην αυτοκτονία μπορεί επίσης να οδηγηθεί κάποιος που ξαφνικά δέχεται ένα οικονομικό χτύπημα και καταλαμβάνεται από απόγνωση βλέποντας τον εαυτό του και την οικογένεια του να καταστρέφονται ανεπανόρθωτα. Στο ίδιο διάβημα μπορεί να οδηγήσει και η μεγάλη θλίψη για το χαμό πολυαγαπημένου προσώπου. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αυτοκτονία φαίνεται σαν η μόνη διέξοδος από τον αβάσταχτο πόνο ή σαν η μόνη οδός για να ξανασιμίξει κανείς με τον αγαπημένο νεκρό (Lawson A, 1992)

Συνεχίζοντας, η Lawson (1992) επισημάνει πως τα αίτια που κάνουν κάποιον επιρρεπή στην αυτοκτονία ανήκουν επίσης και όλες οι περιπλοκές του γάμου. Και αυτό γιατί πολλοί άνθρωποι έχουν μια ακόρεστη ανάγκη για αγάπη και δεν τη βρίσκουν στη ζωή, για αυτό και πιστεύουν ότι θα τη βρουν στο θάνατο. Μετά το θάνατο, οι άλλοι θα τους θυμούνται με πολύ μεγαλύτερη αγάπη από αυτή που τους πρόσφεραν όσο ήταν ζωντανοί.

Επιρρεπής στην αυτοκτονία μπορεί να γίνει κάποιος που υποφέρει από μακροχρόνια αρρώστια και νιώθει ότι είναι βάρος για τους άλλους, αλλά και για τον ίδιο του τον εαυτό, ειδικά όταν είναι μια μορφή παράδοσης. Επιπλέον, η αυτοχειρία μπορεί να είναι και ένα είδος εκδίκησης. Σε αυτή την περίπτωση, ο αυτόχειρας πιστεύει ότι πεθαίνοντας κάνει κάποιο άλλο πρόσωπο ή μια ομάδα προσώπων να φαίνονται υπεύθυνοι για το θάνατο του και κατά συνέπεια να καταδιώκονται για όλη την υπόλοιπη ζωή τους από τύψεις (Lawson, 1992)

Κατά την Lawson (1992) ο σύγχρονος τρόπος ζωής προξενεί κοινωνική απομόνωση και αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες που συχνά οδηγεί τους ανθρώπους στην αυτοκτονία. Η μοναξιά έχει πάρα πολλά θύματα. Πολλοί υποφέρουν από αυτή την "αρρώστια", ακόμα κι εκείνοι που έχουν στενό οικογενειακό περιβάλλον. Συχνά όμως οι συγγενείς δεν θέλουν να γνωρίζουν για τα προβλήματα και τη μοναξιά των δικών τους ανθρώπων. Η Lawson (1992) διακρίνει τύπους και αιτίες μοναξιάς, μια από αυτές είναι η μοναξιά των νέων που εγκαταλείπουν τα σπίτια τους και πηγαίνουν σε μεγάλες πόλεις, επειδή εκεί υπάρχουν πολλές δυνατότητες δουλείας. Οι περισσότεροι ανακαλύπτουν σύντομα ότι μια μεγάλη πόλη δεν είναι άλλο από ένα πλήθος ξένων. Η γοητευτική προοπτική της χαρούμενης ζωής στην πόλη μεταμορφώνεται σε μια ανυπόφορη μοναξιά. Αυτού του είδους η μοναξιά ισχύει και για εκείνους που διαλέγουν συνειδητά την ανεξαρτησία φοβούμενη στο να παραμείνουν απαγκιστρωμένοι στην ασφάλεια του σπιτιού και της οικογένειας. Βέβαια υπάρχουν κι εκείνοι που δε διαλέγουν τη μοναξιά αλλά τους επιβάλλεται, όπως όσοι χωρίζουν ή χηρεύουν. Είναι μέσα στη φύση των πραγμάτων ο ένας από τους δύο συντρόφους να ζει περισσότερο από τον άλλο και συνήθως η μοναχική ζωή είναι μοίρα της γυναίκας και αυτό γιατί οι γυναίκες ζουν περίπου έξι χρόνια περισσότερο από τους άντρες. Αν δεν ασχοληθεί κανείς με αυτούς τους μοναχικούς ανθρώπους καταντούν να ζουν ως απόβλητοι. Σε τελική όμως ανάλυση το πρόβλημα αυτού του είδους της μοναξιάς πρέπει να αντιμετωπιστεί από το ίδιο το μοναχικό άτομο. Οι συγγενείς κι οι φίλοι που προσφέρουν συμπάθεια και βοήθεια είναι ασφαλώς μεγάλη βοήθεια αλλά τελικά η παραδοχή του πλήγματος και η αναζήτηση κάποιας μορφής ευτυχίας είναι κάτι που πρέπει να επιχειρηθεί από τον ίδιο τον πάσχοντα. Κι αυτή η καινούργια μορφή ευτυχίας, όσο κι αν είναι διαφορετική και λιγότερο σημαντική από την προηγούμενη, είναι αναμφίβολα ένα στήριγμα αν συγκριθεί με το απόλυτο κενό. Κατά την Lawson η αίσθηση ότι είσαι ανεπιθύμητος μπορεί να είναι σοβαρή αιτία μοναξιάς. Η έγνοια για επιτυχία μπορεί να προκαλέσει μοναξιά σε όλους εκείνους που δεν ανέβηκαν τόσο ψηλά όσο οι φίλοι τους στην κλίμακα της κοινωνικής ιεραρχίας (Lawson,

1992) Η αυτοκτονία είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα ανάμεσα στους φοιτητές του πανεπιστημίου . Αν ένας νέος ή μια νέα που δουλεύουν πάθουν νεύρωση, αυτό δεν θα επηρεάσει αναγκαστικά τη δουλειά τους. Αν όμως ένας φοιτητής πάθει την ίδια νεύρωση, θα επηρεαστεί η ικανότητα για δουλειά. Έτσι μπορεί να αποτύχει στις εξετάσεις του, να μην πάρει το δίπλωμα του και να δει την καριέρα του να καταστρέφεται. Κάτι τέτοιο μπορεί να είναι ασήκωτο βάρος για τόσο νεανικούς ώμους, ειδικά όταν ο φοιτητής βρίσκεται μακριά από το σπίτι του και δεν νιώθει την ασφάλεια και τη σιγουριά στην οποία είναι συνηθισμένος. Η επίδοση του πρέπει να είναι επίμονη και υψηλού επιπέδου και συγχρόνως με αυτό το πρόβλημα έχει ακόμα να αντιμετωπίσει κι όλα τα άλλα προβλήματα της ωρίμανσης: πολιτικά, θρησκευτικά, καθώς και βιολογικά. Η μοναξιά συχνά μεγαλώνει σε αναλογία με το μέγεθος του πλήθους που μας περιτριγυρίζει. Την ίδια στιγμή, οι συνομήλικοι των φοιτητών που δουλεύουν στα εργοστάσια, στα μαγαζιά και στα γραφεία, πιστεύεται ότι προσφέρουν στην κοινωνία περισσότερο από ότι οι φοιτητές (Lawson, 1992)

Στην Αγγλία, κάθε χρόνο πεθαίνουν από αυτοκτονία γύρω στους 5.000 ανθρώπους και υπάρχουν άλλες 90.000 που επιχειρούν χωρίς επιτυχία σύμφωνα με στατιστικές αναφορές της Lawson (1992) Αυτοί όμως οι αριθμοί είναι στην πραγματικότητα πολύ μεγαλύτεροι, γιατί πάρα πολλές περιπτώσεις αυτοκτονίας αναφέρονται σαν ατυχήματα. Αυτό συμβαίνει είτε επειδή υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις, είτε επειδή η οικογένεια του ατόχου φοβάται τα σχόλια της κοινωνίας. Υπολογίζεται ότι ο πραγματικός αριθμός αυτοκτονιών είναι 25% μεγαλύτερος από αυτόν που δηλώνεται επίσημα. Η αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών σε μια περιοχή, μπορεί να είναι δέκτης της αύξησης των δυσκολιών σε αυτό το χώρο, όπως π.χ. η βιομηχανική κρίση που οδηγεί σε μεγαλύτερη ανεργία. Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο ανάμεσα στους οικονομικά ευημερούντες. Το άγχος που προκαλείται από τον ταχύ ανταγωνιστικό ρυθμό της σύγχρονης εποχής πλήττει περισσότερο τους επαγγελματίες και τους διευθυντές. Όσο μεγαλύτερη είναι η ευθύνη τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιέσεις και, κατά συνέπεια τόσο μεγαλύτερη η ανάγκη για χαλάρωση. Οι μεγάλες πόλεις κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης. Η Lawson (1992) διακρίνει την αδυναμία των περισσότερων από αυτούς που αυτοκτονούν για το λόγο ότι δεν μπορούν να ξεπεράσουν τα διανοητικά εμπόδια που προκαλούνται από τη συσσώρευση του ψυχικού άγχους. Αν όμως αυτοί οι άνθρωποι, πριν οδηγηθούν από το άγχος τους σε τέτοια κατάσταση, μπορέσουν να χαλαρώσουν στο κρεβάτι τους και να χαλαρώσουν εντελώς, γιατί η χαλάρωση μειώνει όλες τις συναισθηματικές εντάσεις (Lawson, 1992)

Η κορύφωση της ενοχής μετά την αμαρτία ενδεχομένως να οδηγήσει το άτομο στην αυτοχειρία και όχι στην μετάνοια. Η άποψη αυτή ανήκει στον Μπαλογιάννη (1986) ο οποίος έχει εκφράσει σημαντική άποψη πάνω στην αιτιολογία της αυτοχειρίας. Ο Μπαλογιάννης (1986) θεωρεί ότι η αυτοχειρία δεν είναι μια πράξη παθολογικής εκφόρτισης και μόνο από την ενοχή. "Το αιτιολογικό φάσμα αυτής συντίθεται εκ ψυχιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών" (Μπαλογιάννης, 1986)

3.1.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Με βάση τον Μπαλογιάννη (1986) το ένα τρίτο των αυτοκτονιών πραγματοποιούνται από άτομα τα οποία έπασχαν από διαγνωσμένη ψυχιατρική νόσο. Μια από τις πιο συνηθισμένες διαγνώσεις ψυχιατρικής νόσου είναι αυτές της μελαγχολίας και της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, οι οποίες ευθύνονται για την αυτοχειρία και έπονται η σχιζοφρένεια και ο χρόνιος αλκοολισμός. Κατά τη φάση της μελαγχολίας το άτομο διακατέχεται από αισθήματα τα οποία χαρακτηρίζονται από την έλλειψη κάθε ελπίδας και κάθε προσδοκίας ενώ συγχρόνως οι τύψεις τον οδηγούν στην απόφαση της αυτοχειρίας, η οποία κατά κανόνα πραγματοποιείται κατά τρόπο προγραμματισμένο και μεθοδικό. Ο κίνδυνος της αυτοχειρίας στους μελαγχολικούς ασθενείς είναι μεγαλύτερος κατά τα αρχικά στάδια της νόσου και κατά την φάση της υποχωρήσεως (Μπαλογιάννης 1986), καθώς οι αναστολές αυτού είναι μικρότερες σε αντίθεση προς την βαθιά φάση της μελαγχολία, εφόσον το άτομο κατέχεται υπό την επήρεια έντονων αναστολών. Ο αριθμός των αυτοκτονιών σε ασθενείς, οι οποίοι ανέφεραν ότι επιθυμούν να αυτοκτονήσουν είναι αρκετά υψηλός. Προβαίνουν κατά κανόνα στην πραγματοποίηση της επιθυμίας τους κατά την έξοδο τους από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κατά την διάρκεια του Σαββάτου ή της Κυριακής (Osle 1986). Η αυτοκτονία είναι συχνή και ανάμεσα σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας ειδικά κατά τα αρχικά στάδια της νόσου. Ο σχιζοφρενής ασθενείς είναι δυνατόν να αυτοκτονήσει ωθούμενος υπό το κράτος ακουστικών κυρίως ή και οπτικών ψευδαισθήσεων αλλά και εν τω πλαίσιο παραληρητικών ιδεών διώξεως (Μπαλογιάννης, 1986)

Ο Μπαλογιάννης θεωρεί ότι η διενέργεια της αυτοχειρίας είναι πιθανόν κάτι απρογραμμάτιστο και πραγματοποιείται όπως ο ίδιος αναφέρει ακριβώς "κατά τρόπον αδρών και βίαιων". Άλλοτε είναι δυνατόν να γίνει υπό τη μορφή παρορμήσεως. Σε κάποιες περιπτώσεις ο σχιζοφρενής αρχικά αυτοακρωτηριάζεται και στην συνέχεια σε κάποια άλλη στιγμή προβαίνει στην αυτοχειρία. Χαρακτηριστικό της αυτοχειρίας στους σχιζοφρενείς είναι ότι προβαίνουν σε αυτή την πράξη χωρίς να υφίσταται εκ των πρότερων ενδείξεις που θα μπορούσαν να υποδηλώσουν ότι θα οδηγηθούν σε αυτή

την πράξη. Η αυτοκτονία όμως μπορεί να πραγματοποιηθεί από ασθενείς που πάσχουν από οργανικά ψυχοσύνδρομα και τελούν αυτή την πράξη υπό συγχυτικο-διεγερτική κατάσταση. Κατά την αρτηριοσκλήρυνση ο κίνδυνος της αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος ειδικά όταν αυτή συνοδεύεται από αισθήματα καταθλίψεως. Στην πράξη της αυτοχειρίας, εκουσίως ή ακουσίως, μπορούν να προβούν επίσης επιληπτικοί ασθενείς σε λυκοφωτική κατάσταση ή υπό το κράτος δυσθυμικής κρίσεως. Κυρίως οι ασθενείς που πάσχουν από κροταφική επιληψία είναι δυνατόν να προβούν αιφνιδίως στην αυτοχειρία κατά τη φάση έντονης δυσθυμικής κρίσεως χρόνιοι επιληπτικοί, οι οποίοι υπέστησαν λόγω της νόσου αλλοίωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας είναι δυνατόν να προβούν στην αυτοχειρία υπό το κράτος των κοινωνικών δυσχερειών (Μπαλογιάννης, 1986)

3.1.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Πέρα από τα ψυχιατρικά αίτια, σύμφωνα πάντα με τον Μπαλογιάννη, τα οποία ενοχοποιούνται για την αυτοχειρία, υφίστανται και ψυχολογικά αίτια. Οι περισσότεροι αυτόχειρες, οι οποίοι δεν έπασχαν από εμφανή ψυχική νόσο, ήταν άτομα δυστυχισμένα, αντιμετώπιζαν προβλήματα τα οποία δεν είναι ήταν δυνατόν να επιλύσουν λόγω του ασταθούς χαρακτηρισολογικής δομής, όπου στην διαμόρφωση αυτής της δομής συνέβαλλαν οι δυσμενείς κοινωνικοί παράγοντες. Σε μελέτη που έχει γίνει για την προσωπικότητα και των διάφορων ιδιάζουσων συνθηκών που οδηγούν στην αυτοκτονία στη New Hampshire, βρέθηκε στο ιστορικό αυτών των ατόμων η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, δυσκολία προσαρμογής σε νέο περιβάλλον, η δυσαρμονία της οικογενειακής ζωής, η δυσχέρεια επικοινωνίας με πρόσωπα που δεν ανήκουν στο οικογενειακό περιβάλλον, η ύπαρξη έντονων προβλημάτων στο χώρο εργασίας του, ο φόβος του θανάτου, ο φόβος της αυτοχειρίας, η συνεχής χρήση φαρμακολογικών παραγόντων, άνευ ουσιώδους αιτίας και τέλος σκέψεις για απόπειρες αυτοκτονίας κατά το παρελθόν. (Humphrey και συν. 1972). Οι ψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να οδηγήσουν το άτομο στην αυτοχειρία είναι επιρρεπές, κυρίως στην ηλικία της ήβης ή κατά την περίοδο της...Ο κύριος παράγοντας ο οποίος επιδρά αποφασιστικά κατά την πάροδο της ζωής του ατόμου είναι το αίσθημα της μονώσεως (Batchelor&Napier 1953). Για τα άτομα που βρίσκονται στην εξέλιξη της ζωής τους το αίσθημα της απομόνωσης και της κατάθλιψης παίζει πρωτεύοντα ρόλο για την αυτοχειρία. Η συχνότητα της αυτοχειρίας είναι μεγαλύτερη μεταξύ των διαζευγμένων και κυρίως στα αστικά κέντρα (Retterstol, 1972) (Μπαλογιάννης, 1988).

Οι αυτόχειρες εντάσσονται σε 4 κατηγορίες: α) Σε εκείνους που πιστεύουν ότι με την αυτοχειρία θα μεταβούν σε ένα καλύτερο κόσμο όπου θα δικαιωθούν οι προσδοκίες τους και θα αναγνωρισθεί η αξία τους. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται κυρίως οι Ιάπωνες αυτόχειρες, οι οποίοι επιφέροντας πλήγματα επί της κοιλιάς τους (hara-kiri) και πιστεύουν ότι θα διαφυλάξουν την αξιοπρέπεια τους και θα μεταβούν σε ένα κόσμο δικαίωσης και αναγνώρισης. β) Σε εκείνους, οι οποίοι προβαίνουν στην αυτοχειρία για να προσελκύσουν την συμπάθεια και την αγάπη του περιβάλλοντος τους. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται πολλοί έφηβοι, οι οποίοι αυτοκτονούν για να ελκύσουν την προσοχή και την αγάπη των γονιών τους. γ) Σε εκείνους, οι οποίοι πάσχουν από επώδυνη νόσο και θεωρούν την αυτοχειρία ως μέσο λύτρωσης τους. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται κυρίως άτομα μέσης και προβηκτικής ηλικίας, τα οποία πάσχουν από κακοήθη νεοπλάσματα, τα οποία προκαλούν έντονο.. και για αυτό προβαίνουν στην λήψη υπερβολικής δόσης αναλγητικών ή ηρεμιστικών, ελπίζοντας στην απαλλαγή του σωματικού πόνου .δ) Στους πάσχοντες ψυχικής νόσου (Μπαλογιάννης, 1988).

3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σε αυτό το κομμάτι θα μελετηθεί η αυτοκτονία από κοινωνιολογικής άποψης και πιο συγκεκριμένα θα δοθεί μια σφαιρική εξέταση του φαινομένου της αυτοκτονίας μέσα από την μελέτη των αναφορών του κοινωνιολόγου Emile Durkheim Σύμφωνα λοιπόν με τον Durkheim (1999) τα ποσοστά αυτοκτονίας ως εκφράσεις των κοινωνικών ρευμάτων είναι κοινωνικά γεγονότα που έχουν επιπτώσεις στις κοινωνίες και στα άτομα που βρίσκονται μέσα σε αυτές τις κοινωνίες. Η μελέτη της ψυχολογίας είναι χρήσιμη στη προσπάθεια να καθοριστούν τα μεμονωμένα κίνητρα και ο τρόπος στον οποίο οι συγκεκριμένες περιστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε μία μεμονωμένη απόφαση δηλαδή να τελειώσει ένα άτομο εθελοντικά τη ζωή του. Ο Durkheim (1999) υποστηρίζει πως μία τέτοια ανάλυση αυτών των περιστάσεων θα πρέπει να τεθεί μέσα στο πλαίσιο των κοινωνικών ρευμάτων στο οποίο το άτομο είναι υπαγόμενο (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Η αυτοκτονία κάτω από το πρίσμα του κοινωνιολόγου Durkheim (1999) θα πρέπει οποιαδήποτε ανάλυσή της να περιλαμβάνει τις κοινωνικές αιτίες. Μερικός συνδυασμός εγωιστικών, άνομων, μοιρολατρικών τύπων αυτοκτονίας μπορεί να βοηθήσει να εξηγηθεί και να κατανοηθεί το φαινόμενο αυτό. Ο Durkheim (1999) εξετάζει τα δεδομένα σε μια προσπάθεια να καθορίσει πως οι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στην εξήγηση της αυτοκτονίας. Οι τάσεις οι ίδιες από

μόνες τους δεν είναι η αιτία αλλά ενδεικτικές μιας αιτίας, για αυτό το λόγο κρίνει ο Durkheim κρίνει την κοινωνική εξήγηση επιτακτική (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Με βάση τον Durkheim (1999) τα κοινωνικά γεγονότα επηρεάζουν και κατά κάποιο τρόπο οριοθετούν την ανθρώπινη κοινωνική ενέργεια και λειτουργούν ως περιορισμοί πέρα από μεμονωμένες συμπεριφορές. Συναντάμε δύο τύπους κοινωνικών γεγονότων: Τα υλικά και τα μη υλικά. Τα υλικά κοινωνικά γεγονότα είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κοινωνίας όπως οι κοινωνικές δομές. Τα μη υλικά είναι κοινωνικά γεγονότα που δεν έχουν υλική πραγματικότητα. Αποτελούνται από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως οι κανόνες και οι αξίες. Στη συνέχεια, τα κοινωνικά γεγονότα μπορούν να διαιρεθούν σε κανονικά και παθολογικά. Όσο αναφορά την πρώτη διαίρεση των κοινωνικών γεγονότων, είναι ευρύτατα κατανοημένα και χρήσιμα που βοηθούν στην συντήρηση της κοινωνίας. Αντίθετα, τα παθολογικά κοινωνικά γεγονότα είναι εκείνα που συνδέονται με τα κοινωνικά προβλήματα και δεινά που παρουσιάζονται σε κάθε κοινωνία. Η αυτοκτονία είναι ένα παράδειγμα αυτού. Για τον Durkheim (1999) η πολύ μεγαλύτερη συχνότητα του κανονικού είναι απόδειξη της ανωτερότητας του (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Ο Durkheim αντιμετώπισε το θέμα της αυτοκτονίας ως παράδειγμα πως ένας κοινωνιολόγος μπορεί να μελετήσει ένα θέμα που φαίνεται εξαιρετικά προσωπικό, χωρίς την κοινωνική πτυχή σε αυτό, ακόμα και όντας αντικοινωνικός. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η αυτοκτονία είναι μια τέτοια προσωπική πράξη, δηλαδή, ότι περιλαμβάνει μόνο τη προσωπική ψυχολογία και τις καθαρά μεμονωμένες θεωρημένες διαδικασίες. Ο στόχος του Durkheim δεν ήταν να εξηγηθεί ή να προβλεφθεί μια μεμονωμένη τάση στην αυτοκτονία αλλά να εξηγηθεί ο ένας τύπος μη υλικών κοινωνικών γεγονότων. Ο Durkheim (1999) επιθυμούσε να εμφανίσει ότι οι κοινωνιολογικοί παράγοντες ήταν “πολύ ικανοί για τέτοια αντικοινωνικά φαινόμενα” όπως η αυτοκτονία (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Στην περίπτωση της αυτοκτονίας, τα κοινωνικά ρεύματα, όπως αναφέρει ο Durkheim (1999), εκφράζονται ως ποσοστά αυτοκτονίας ποσοστά που διαφέρουν μεταξύ των κοινωνιών και μεταξύ των διαφορετικών ομάδων στην κοινωνία. Αυτά τα ποσοστά δείχνουν τακτικότητα στο χρόνο, με τις αλλαγές στα ποσοστά που εμφανίζονται συχνά στους παρόμοιους χρόνους στις διαφορετικές κοινωνίες. Κατά συνέπεια αυτά τα ποσοστά μπορούν να ειπωθούν ως γεγονότα ή τουλάχιστον στατιστική αντιπροσώπευση των κοινωνικών γεγονότων στην αίσθηση ότι είναι όχι μόνο προσωπικά, αλλά κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Αυτό μπορεί να φανεί στο ακόλουθο απόσπασμα (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Ποσοστά αυτοκτονίας ως κοινωνικά γεγονότα. Ο Durkheim (1999) υποστηρίζει ότι σε κάθε στιγμή της ιστορίας της έχει μια καθορισμένη ικανότητα για την αυτοκτονία. Η σχετική ένταση αυτής της ικανότητας μετριέται με τη λήψη της αναλογίας μεταξύ συνολικού αριθμού εθελοντικών θανάτων και του πληθυσμού κάθε ηλικίας και φύλλου. Θα αποκαλέσουμε αυτό το αριθμητικό στοιχείο, ποσοστό θνησιμότητας μέσο της αυτοκτονίας. Το αυτοκτονικό ποσοστό είναι επομένως μια πραγματική τάξη πραγμάτων, ενοποιημένη και καθορισμένη, όπως εμφανίζεται και από τη μονιμότητα του και από τη μεταβλητότητα του. Για αυτή την μονιμότητα θα ήταν ανεξήγητό εάν δεν υπήρχαν αποτελέσματα μιας ομάδας ευδιάκριτων χαρακτηριστικών, δεμένα το ένα με το άλλο και ταυτόχρονα αποτελεσματικό παρά τις διαφορετικές συνοδευτικές περιστάσεις. Αυτή η μεταβλητότητα αποδεικνύει τη συγκεκριμένη και μεμονωμένη ποιότητα των ίδιων χαρακτηριστικών, δεδομένου ότι ποικίλλουν με το μεμονωμένο χαρακτήρα της ίδιας της κοινωνίας. Εν ολίγοις, αυτά τα στατιστικά στοιχεία εκφράζουν την αυτοκαταστροφική τάση με την οποία κάθε κοινωνία επηρεάζεται. Κάθε κοινωνία είναι προδιατεθειμένη να συμβάλλει σε καθορισμένη μερίδα εθελοντικών θανάτων (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Ο Durkheim (1961) αναλύει την αυτοκτονία με έναν ποσοτικό και στατιστικό τρόπο. Μερικοί από τους παράγοντες που και άλλοι μελετητές χρησιμοποίησαν να εξηγήσουν είναι η κληρονομικότητα, η φυλή, μεμονωμένα ψυχοπαθολογία αίτια (ψυχική ασθένεια) και μίμηση. Σαν παράδειγμα της μεθόδου του Durkheim, πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι κοσμικοί παράγοντες όπως ο καιρός ή εποχή. Επισημαίνει, πως η αυτοκτονία σε όλες τις χώρες είναι μεγαλύτερη στους θερινούς μήνες και καμία χώρα δεν αποτελεί εξαίρεση σε αυτό και ότι η αναλογία των αυτοκτονιών στους έξι θερμότερους μήνες και στους έξι πιο κρύους μήνες είναι παρόμοια σε κάθε χώρα. Επιπλέον ο Durkheim (1961) σημειώνει ότι αυτό έχει οδηγήσει μερικούς σχολιαστές για να πεί ότι “ η θερμότητα αυξάνει την απηθυμία του νευρικού συστήματος”. Μια σχετική εξήγηση είναι ότι ο Durkheim θεωρεί ότι οι μεγάλες αλλαγές στη θερμοκρασία συνδέονται με την αυτοκτονία, αλλά πάλι βρίσκει ότι δεν υπάρχει κανένας συσχετισμός μεταξύ ποσοστών αυτοκτονίας και του γεγονότος της αλλαγής της θερμοκρασίας. Μάλλον οι αιτίες πρέπει να συμφωνήσουν με κάποιο παράγοντα που έχει τη συνοχή κατά τη διάρκεια του χρόνου. Αυτό που βρίσκει ο Durkheim είναι ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με υψηλότερους αριθμούς αυτοκτονίας πρέπει να σχετίζονται με την “ώρα στην

οποία η κοινωνική ζωή είναι στο απόγειο της”. Η ώρα της ημέρας, η μέρα της εβδομάδας, η εποχή της χρονιάς και τα λοιπά, δεν είναι από μόνα τους η αιτία για τις αλλαγές στους αριθμούς αυτοκτονιών. Αλλά οι φορές που η κοινωνική ζωή και η αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων είναι μεγαλύτερη, είναι επίσης αυτοί που σχετίζονται με την αύξηση των αυτοκτονιών (Durkheim,1961).

Κοινωνική Εξήγηση. Ο Durkheim (1961) αναφέρει ότι εάν οι εθελοντικοί θάνατοι αυξάνουν από τον Ιανουάριο μέχρι τον Ιούλιο, δεν είναι επειδή η θερμότητα ενοχλεί τον οργανισμό αλλά επειδή η κοινωνική ζωή είναι εντονότερη. Αυτή η μεγάλη ένταση προέρχεται από την μεγαλύτερη ευκολία της ανάπτυξης της κοινωνικής ζωής το καλοκαίρι από το χειμώνα εξαιτίας της θέσης του ήλιου, της ατμόσφαιρας κ.λ.π. Αλλά το φυσικό περιβάλλον δεν το υποκινεί άμεσα. Προ πάντων δεν έχει καμία επίδραση στην πρόοδο της αυτοκτονίας. Το τελευταίο εξαρτάται δεν εξαρτάται από τους κοινωνικούς όρους. Ενώ αυτό δεν είναι μια απόδειξη ή ένας προσδιορισμός του τι προκαλεί την αυτοκτονία ακόμα. Ο Durkheim σημειώνει ότι οι αιτίες πρέπει να αφορούν τη συλλογική ζωή και πρέπει να είναι τέτοιες που αυτοί οι χρονικοί παράγοντες μπορούν να ενσωματωθούν σε μια εξήγηση. Αλλά η εξήγηση πρέπει να είναι κοινωνική στη φύση και δεν μπορεί να αφορά απλά τους φυσικούς παράγοντες. Αυτοί οι φυσικοί παράγοντες πρέπει να εργαστούν κοινωνικά και να έχουν επιπτώσεις σε μερικές κοινωνικές πτυχές που είναι σχετικές με την αυτοκτονία (Durkheim, 1961).

Ένας άλλος παράγοντας που ο Durkheim (1961) περιλαμβάνει είναι η θρησκεία. Ενώ βρίσκει ότι η θρησκεία συνδέεται με την αυτοκτονία, με την έννοια ότι οι Προτεσταντικές χώρες και περιοχές έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από ότι τα Καθολικά μέρη. Τα θρησκευτικά δόγματα δεν είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην εξήγηση αυτών των διαφορών. Δηλαδή, η αυτοκτονία καταδικάζεται λίγο πολύ εξίσου σε κάθε θρησκεία και οι δογματικές δηλώσεις σχετικά με την αυτοκτονία είναι όλες αρνητικές. Εάν υπάρχει μια διαφορά μεταξύ των δύο θρησκειών, λαμβάνονται υπόψη τα ποσοστά αυτοκτονία, πρέπει να βρίσκεται σε κάποια πτυχή της κοινωνικής οργάνωσης που διαφέρει μεταξύ των δύο εκκλησιών. Αλλά αν αυτός είναι ο παράγοντας που αφορά την αυτοκτονία κατόπιν είναι η κοινωνική οργάνωση που είναι η αιτία της διαφοράς και όχι η θρησκεία. Ο Durkheim υποστηρίζει ότι οι σημαντικότερες πτυχές της κοινωνικής οργάνωσης και της συλλογικής ζωής για την εξήγηση των διαφορών στα ποσοστά αυτοκτονίας είναι ο βαθμός ολοκλήρωσης και κανονισμού της κοινωνίας. Για τον Durkheim η ολοκλήρωση είναι “ ο βαθμός στον οποίο τα

συλλογικά συναισθήματα μοιράζονται” και ο κανονισμός αναφέρεται “στο βαθμό εξωτερικού περιορισμού στους ανθρώπους”. Ο Καθολικισμός είναι μια περισσότερο ολοκληρωμένη θρησκεία από τον Προτεσταντισμό και σε αυτό έγκειται η διαφορά του ποσοστού των αυτοκτονιών. Δηλαδή, δεν οφείλεται στα θρησκευτικά δόγματα κάθε αυτά αλλά στη διαφορετική κοινωνική οργάνωση των δύο θρησκειών (Durkheim, 1961)

Ο βαθμός ολοκλήρωσης της οικογενειακής δομής, με βάση τον Durkheim (1999) σχετίζεται κατά τον ίδιο τρόπο με τις αυτοκτονίες. Εκείνοι στις μεγαλύτερες οικογένειες είναι λιγότερο πιθανόν να δεσμευτούν την αυτοκτονία ενώ εκείνοι στις μικρότερες οικογένειες είναι περισσότερο πιθανόν να δεσμευτούν την αυτοκτονία. Κατά τη διάρκεια του χρόνου, οι διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες καθιστούν στην επιρροή τους αισθητή. Ο Durkheim (1999) σημειώνει ότι υπήρξε μια πτώση στον αριθμό των αυτοκτονιών σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες το 1848, ένα έτος επανάστασης και πολιτικής αλλαγής σε όλη την Ευρώπη. Οι χρόνοι της πολιτικής κρίσης του πολέμου και της οικονομικής αλλαγής συνδέονται με τις αλλαγές στο ποσοστό αυτοκτονίας. Κάθε μία από αυτές τις μεγάλες κοινωνικές μετακινήσεις μπορούσε να θεωρηθεί παράδειγμα των κοινωνικών ρευμάτων που έχουν δεδομένο αντίκτυπο μέσα στις κοινωνίες. Ο Durkheim (1999) έκανε δύο ορίσματα. Πρώτα υποστήριξε ότι οι διάφορες συλλογικότητες έχουν διαφορετική συλλογική συνείδηση ή συλλογική αντιπροσώπευση. Αυτοί παράγουν τα διαφορετικά κοινωνικά ρεύματα και αυτοί οδηγούν στα διαφορετικά ποσοστά αυτοκτονίας. Με τη μελέτη των διαφορετικών ομάδων και κοινωνιών. Δεύτερον, οι αλλαγές στη συλλογική συνείδηση οδηγούν στις αλλαγές στα κοινωνικά ρεύματα. Αυτοί συνδέονται έπειτα με τις αλλαγές στα ποσοστά αυτοκτονίας (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Κοινωνιολογική εξήγηση. Το συμπέρασμα από όλα αυτά τα γεγονότα είναι πως το κοινωνικό ποσοστό αυτοκτονίας μπορεί να εξηγηθεί μόνο κοινωνιολογικά. Σε οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή το ηθικό σύνταγμα της κοινωνίας καθιέρωσε το ενδεχόμενο των εθελοντικών θανάτων. Υπάρχει, επομένως για κάθε έναν άνθρωπο μια συλλογική δύναμη ενός καθορισμένου ποσού ενέργειας, που ωθεί τα άτομα στην αυτοκαταστροφή. Οι πράξεις του θύματος όπου στην αρχή φαίνεται να εκφράζουν μόνο την προσωπική ιδιοσυγκρασία του είναι πραγματικά το συμπλήρωμα και η επέκταση του κοινωνικού όρου που εκφράζουν εξωτερικά. Κάθε κοινωνική ομάδα έχει πραγματικά μια συλλογική ροπή για την πράξη, αρκετά ιδιαίτερη η οποία είναι και η πηγή κάθε ατομικής ροπής παρά το ίδιο το αποτέλεσμα. Δημιουργείται από τα ρεύματα του εγωισμού, του αλτρουισμού, της ανομίας

που υπάρχουν στην κοινωνία σε συνεργασία με τις τάσεις για μελαγχολία. Αυτές οι τάσεις ολοκλήρωσης του κοινωνικού σώματος επιδρώντας πάνω στα άτομα τους οδηγούν στην αυτοκτονία (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

Τέσσερις τύποι αυτοκτονίας. Ο Durkheim τελειώνει την μελέτη των οργανικών, ψυχικών και φυσικών περιβαλλοντικών παραγόντων με το συμπέρασμα ότι μπορούν να εξηγήσουν “κάθε κοινωνική ομάδα, ειδικότερα στην τάση για αυτοκτονία”. Με την εξάλειψη άλλων εξηγήσεων ο Durkheim απαιτεί ότι αυτές οι τάσεις πρέπει να εξαρτηθούν από τις κοινωνικές αιτίες και πρέπει να είναι συλλογικά φαινόμενα. Το κλειδί σε κάθε τύπο είναι ένας κοινωνικός παράγοντας, με τους βαθμούς ολοκλήρωσης και κανονισμού στην κοινωνία που είναι είτε πάρα πολύ υψηλή είτε πάρα πολύ χαμηλή. Οι τύποι αυτοκτονίας είναι: ι) εγωιστική αυτοκτονία, ιι) αλτρουιστική αυτοκτονία, ιιι) άνομη αυτοκτονία, ιιιι) μοιρολατρική αυτοκτονία. Ειδικότερα: (Durkheim, 1961)

Ι) Εγωιστική αυτοκτονία.

Ο Durkheim αναφέρει ότι είναι ο τύπος αυτοκτονίας που εμφανίζεται όπου ο βαθμός κοινωνικής ολοκλήρωσης είναι χαμηλός. Στις παραδοσιακές κοινωνίες, με τη μηχανική αλληλεγγύη, αυτό δεν είναι πιθανό να είναι η αιτία της αυτοκτονίας. Εκεί η ισχυρή συλλογική συνείδηση δίνει στους ανθρώπους μια ευρεία αίσθηση της έννοιας στις ζωές τους. Μέσα στη σύγχρονη κοινωνία η πιο αδύνατη συλλογική συνείδηση σημαίνει ότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να δουν την ίδια έννοια στις ζωές τους και η ασυγκράτητη αναζήτηση των μεμονωμένων ενδιαφερόντων μπορεί να οδηγήσει στην ισχυρή δυσαρέσκεια. Ένα από τα αποτελέσματα αυτού μπορεί να είναι έντονα ενσωματωμένα σε μια οικογενειακή δομή, μια θρησκευτική ομάδα ή κάποιο άλλο τύπο περιεκτικής ομάδας είναι λιγότερο πιθανά να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα και αυτό εξηγεί τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ τους (Durkheim E., Αθήνα, 1961)

Ο Durkheim επισημαίνει ότι οι παράγοντες που οδηγούν στην εγωιστική αυτοκτονία μπορούν να είναι η κοινωνικά ρεύματα όπως η κατάθλιψη η απομυθοποίηση. Για τον Durkheim αυτά είναι κοινωνικές δυνάμεις ή κοινωνικά γεγονότα ακόμα κι αν είναι το καταθλιπτικό η μελαγχολικό άτομο που παίρνει τη ζωή του. Επιπλέον σημειώνει ότι ο “δεσμός που συνδέει το άτομο με τη ζωή χαλαρώνει επειδή αυτή η σύνδεση με την κοινωνία είναι χαλαρή”. Το άτομο παραδίδεται ακόμα και στη μικρότερη κατάσταση shock γιατί η κοινωνία τον έκανε έτοιμο θύμα για αυτοκτονία (Durkheim, 1961)

II) Αλτρουιστική αυτοκτονία.

Σύμφωνα με τον Durkheim (1961) αυτός είναι ο τύπος αυτοκτονίας που εμφανίζεται όταν η ολοκλήρωση είναι πάρα πολύ μεγάλη, η συλλογική συνείδηση πάρα πολύ ισχυρή και το άτομο είναι παραδομένο στην αυτοκτονία. Η ολοκλήρωση μπορεί να μην είναι η άμεση αιτία της αυτοκτονίας εδώ αλλά τα κοινωνικά ρεύματα που πηγαίνουν με αυτό τον υψηλό βαθμό ολοκλήρωσης μπορούν να οδηγήσουν σε αυτό. Μέλη του ηλιακού ναού, τελετουργικές αυτοκτονίες στην Ιαπωνία είναι δείγμα αυτού του τύπου. Μερικοί μπορούν να αισθανθούν ότι αυτό είναι το καθήκον τους δηλαδή να δεσμευτούν την αυτοκτονία. Τα παραδείγματα στην πρωτόγονη κοινωνία που αναφέρεται ο Durkheim (1961) είναι αυτοκτονίες, από αυτούς που είναι μεγάλοι και άρρωστοι, αυτοκτονίες γυναικών μετά το θάνατο του συζύγου τους, αυτοκτονίες οπαδών μετά το θάνατο του αρχηγού τους. Σύμφωνα με τον Durkheim (1961) αυτός ο τύπος αυτοκτονίας μπορεί πραγματικά να “αναπηδά από την ελπίδα , γιατί εξαρτάται από την πεποίθηση στις όμορφες προοπτικές πέρα από τη ζωή” (Durkheim, 1961)

III) Άνομη αυτοκτονία.

Με βάση τον Durkheim (1961), το *anomie* or *anomy* προέρχεται από την ελληνική λέξη άνομος. Αυτός είναι ένας τύπος αυτοκτονίας σχετικός πάρα πολύ επίσης με το χαμηλό βαθμό κανονισμού ή εξωτερικός περιορισμός σχετικά με τους ανθρώπους. Όπως με το άνομο τμήμα της εργασίας, αυτό μπορεί να εμφανιστεί όταν αναστατώνεται η κανονική μορφή του τμήματος της εργασίας και η συλλογικότητα είναι προσωρινά ανίκανη να ασκήσει εξουσία πάνω σε άτομα. Αυτό μπορεί να εμφανιστεί είτε κατά τη διάρκεια των περιόδων που συνδέονται με την οικονομική κατάθλιψη (συντριβή αποθεμάτων της δεκαετίας του 30') ή την γρήγορη οικονομική επέκταση. Οι νέες καταστάσεις με λίγους κανόνες ή ρυθμιστική επίδραση των δομών αποδυναμώνονται και το άτομο μπορεί να αισθανθεί έρημος. Σε αυτή την κατάσταση, ένα άτομο μπορεί να είναι υπαγόμενο στα άνομα κοινωνικά ρεύματα. Οι άνθρωποι που απελευθερώνονται από τους περιορισμούς γίνονται “σκλάβοι στα πάθη τους” και κατά συνέπεια, σύμφωνα με την άποψη του Durkheim (1961) δεσμεύουν μια ευρεία σειρά καταστρεπτικών πράξεων, συμπεριλαμβανομένης της δολοφονίας (Durkheim, 1961)

IV) Μοιρολατρική αυτοκτονία.

Όταν οι κανονισμοί είναι πολύ αυστηροί ο Durkheim (1999) θεωρεί πιθανόν για ένα άτομο με το μέλλον του μπλοκαρισμένο και τα πάθη του βίαια πνιγμένα από καταπιεστική πειθαρχία να μη μπορεί να δει κάποια

διέξοδο. Το άτομο δεν βλέπει κάποια πιθανότητα να βελτιώσει τη ζωή του και όταν βρίσκεται σε μελαγχολία μπορεί να εκτεθεί σε κοινωνικά ρεύματα μοιρολατρικής αυτοκτονίας (Durkheim, 1999, <http://uregina.ca/~gigrich/o26f99.htm>).

3. 3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Για μα μπορέσουμε να μελετήσουμε την επιρροή των ΜΜΕ στο φαινόμενο της αυτοκτονικότητας εύλογο θα ήταν να κατανοηθεί ο ρόλος των ΜΜΕ στην σύγχρονη πραγματικότητα και η ποιος ο βαθμός της επίδρασης τους στους διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής. Σύμφωνα με την Παιδούση (2003) είναι γεγονός ότι τα ΜΜΕ επεκτείνουν συνεχώς τη θέση και την επιρροή τους σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, ενώ η γνώση και η πληροφόρηση συνιστούν πηγές ευημερίας και προόδου. “ Προϊόν και εργαλείο των σύγχρονων παραγωγικών και κοινωνικών σχέσεων, τα ΜΜΕ, πανταχού παρόντα με διάφορες μορφές αποτελούν το βασικό σημείο αναφοράς στην επικοινωνία αλλά και ουσιώδη παράμετρο ανάλυσης για μεγάλη ποικιλία θεμάτων της καθημερινότητας. Αυτό σχετίζεται με το ότι τα ΜΜΕ λειτουργούν ολοένα και περισσότερο ως διαμεσολαβητές μεταξύ των ανθρώπων και του περιβάλλοντος τους, εγγυτέρου και ευρύτερου, ενώ για πολλούς ανθρώπους αποτελούν την πιο σημαντική πηγή πληροφοριών για τον κόσμο γύρω τους. Αν ληφθεί υπόψη το χρόνο που αφιερώνετε στα ΜΜΕ, κυρίως στα ηλεκτρονικά (στην Ελλάδα, η μέση ημερήσια τηλεθέαση αγγίζει μέχρι και 4 ώρες), τότε μπορούμε να αναλογιστούμε τη σημαντική επίδρασή των ΜΜΕ στον σύγχρονο άτομο. Ο ρόλος και η λειτουργία των Μέσων, καθώς και η διάσταση που έχει λάβει στις σύγχρονες κοινωνίες αναδεικνύουν το ζήτημα της κοινωνικής ευθύνης των μέσων. Με αυτή την έννοια, ο τρόπος και η συχνότητα παρουσίασης θεμάτων σχετικών με ψυχικές ασθένειες από τα ΜΜΕ παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης και επομένως στην διαιώνιση ή εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος” (Παιδούση, 2003).

Όπως αναφέρει η Μάτσα (2000) “τα ΜΜΕ έχουν σαν στόχο τους καταρχήν να περάσουν το θέμα ή την είδηση που πουλάει. Και πουλάει ότι εντυπωσιάζει. Σε αυτή τη βάση δεν λαμβάνονται υπόψη τα δεδομένα των επιστημονικών ερευνών ή λαμβάνονται μόνο αποσπασματικά και στο βαθμό που μπορούν να προσαρμοσθούν στα μέτρα του μηνύματος που θέλουν αυτοί που ελέγχουν τα ΜΜΕ να περάσουν. Τα θέματα που τους απασχολούν επιλέγονται σχεδόν πάντα συγκυριακά και στιγμιαία, χωρίς να εντάσσονται σε ένα συνολικά επεξεργασμένο πλάνο με διάρκεια στο χρόνο. Κριτήριο

επιλογής του είναι κατά κύριο λόγο η ακροαματικότητα της εκπομπής της τηλεόρασης και ο αριθμός των φύλλων που θα πουληθούν στις εφημερίδες και στα περιοδικά ευρείας κυκλοφορίας. Το ιατρικό απόρρητο σπάνια γίνεται σεβαστό. Το ίδιο το μήνυμα που θέλουν να περάσουν όχι μόνο απέχει από την επιστημονική αλήθεια αλλά υφίσταται διαστρεβλώσεις σε όλη τη διαδικασία της εκπομπής του μέχρι να φτάσει στον αποδέκτη του, το ευρύ κοινό. Σε όλες τις φάσεις από την πρώτη στιγμή μέχρι τη τελευταία ο δημοσιογραφικός κόσμος συμμετέχει σε αυτή τη διαδικασία άμεσα ή έμμεσα μαζί με τον κόσμο της εξουσίας και των θεσμών (δικαστές, ψυχιάτρους και άλλους)” (Μάτσα, 2000).

Οι Fekete και άλλοι, αναφέρουν (2001) ότι πολλές έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά σε μια κοινωνία επηρεάζεται από τις ιστορίες παρόμοιων περιστατικών που δημοσιεύονται. Οι πολιτιστικές αξίες αναδεικνύονται από τον τρόπο που τα media παρουσιάζουν μια αυτοκτονία. Οι Fekete&άλλοι εκθέτουν τα συμπεράσματα τους μέσα από την έρευνα τους. Κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 1981-1991 συλλέχθηκαν από καθημερινές εφημερίδες σε κάθε χώρα. Λεπτομερής ανάλυση πραγματοποιήθηκε στις χώρες της Ουγγαρίας, της Ιαπωνίας, των Ηνωμένων Πολιτειών, της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Φιλανδίας. Η ανάλυση των δεδομένων από την σκοπιά της πιθανής μιμητικής αναγνώρισης και των πολιτιστικών διαφορών, που αποτελούν και τα πιο σημαντικά ευρήματα που εξηγούνται στην συγκεκριμένη έρευνα: “Τα media έχουν ένα καθαρά διαμορφωτικό χαρακτήρα, καθοδηγώντας το αντίκτυπο πάνω στους ανθρώπους και κάποιες φορές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τάσεων αυτό-καταστροφής (Fekete και συν., 2001).

Μια πολύ ενδιαφέρουσα άποψη σχετικά με την σχέση ΜΜΕ και αυτοκτονικότητας μας εκθέτει ο Goldney (2001) Ο Goldney (2001) υποστηρίζει ότι ήταν εξαρχής αναγνωρίσιμο ότι αρκετά πειστικά στοιχεία διατίθενται πλέον και επιβεβαιώνουν ότι συγκεκριμένα πορτρέτα αυτοκτονικής συμπεριφοράς που προβάλλονται από τα ΜΜΕ επηρεάζουν το κοινό και ως επέκταση καλλιεργούν παρόμοιο τύπο συμπεριφοράς. Υποστηρίζεται όμως ότι ο συσχετισμός αυτός τις περισσότερες φορές είναι μετρίου βαθμού και ότι δε θα πρέπει να θέτουμε σε κίνδυνο μια πιθανή επιρροή που θα μπορούσαν να έχουν τα media επάνω στο θέμα της πρόληψης. Ο Goldney (2001) αναφέρει μια σύντομη ιστορική αναδρομή και έπειτα μια προσωπική άποψη σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας και των media τα τελευταία 25 χρόνια. Επιπρόσθετα, θίγει το σημαντικό ζήτημα της βαρύτητας που φέρει η συσχέτιση μεταξύ media και του φαινομένου

της αυτοκτονίας με παράλληλες προτάσεις που αφορούν σε μια πιο θετική προσεγγίσει των media. Σύμφωνα με την ιστορική άποψη του Goldney (2001) ανησυχίες σχετικά με το “φαινόμενο Werther” ή αλλιώς “μιμητική αυτοκτονία”, οδήγησε στη νομική απαγόρευση της κυκλοφορίας της νουβέλας του Goethe “Η θλίψη του Νεαρού Werther” σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες κατά το 18^ο αιώνα (Phillips& Goldney 2001) και από εκείνη την περίοδο και έπειτα υπήρχε μια διαρκής δοξασία σχετικά με τη σοβαρότητα της σχέσης μεταξύ των media και των περιστατικών αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, το 1828, γράφτηκε ότι “υπάρχει ακόμη μια αιτία για την αύξηση του φαινομένου της αυτοκτονίας, η οποία αν και περνά απαρατήρητη, ασκεί μεγαλύτερη επιρροή και αυτή αφορά την ταχύτητα και την τεράστια ανάπτυξη των περιοδικών και των εφημερίδων, η αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών, είμαι πεπεισμένος ότι οφείλεται κατά κύριο λόγο στους παραπάνω παράγοντες” (Burrows& Goldney 2001). Άλλοι συγγραφείς της εποχής ήταν εξίσου σίγουροι ότι υπάρχει συνδετικός κρίκος μεταξύ της δημοσιοποίησης και της αυτοκτονίας πράγμα που τονίστηκε και το 1841ως εξής “κανένα άλλο γεγονός στο χώρο της επιστήμης δεν είναι τόσο καλό εμπειριστατωμένο όσο το ότι η αυτοκτονία διαπράττεται συχνά εξαιτίας μιμητικής συμπεριφοράς” (Farr& Goldney 2001) (Goldney, 2001).

Παρά όλα αυτά, ο Goldney (2001) αναφέρει ότι η ισχύς αυτών των ισχυρισμών επιβεβαιώθηκε και η συσχέτιση αποδείχθηκε αναμφίβολη έπειτα από 100 και πλέον χρόνια. Εις πείσμα αυτών των απόψεων άλλοι σχολιαστές αναφέρουν ότι “οι γιατροί/ θεραπευτές και άλλοι ειδικοί σπάνια κρατούν αρχεία σχετικά με την επιρροή που έχει η ανάγνωση κάποιων αντικειμένων (φόνου και αυτοκτονίας) παρά όλα αυτά, διατηρούν μια αρκετά γενική και αόριστη πεποίθηση επί του θέματος (που βασίζεται σε υποθέσεις)” (Wadsworth 1911). Στη πραγματικότητα, την ίδια περίοδο μια άλλη δήλωση προειδοποίησε ότι “μια μαθητική ή στατιστική απόδειξη οποιασδήποτε από τις δυο απόψεις για την αλήθεια είναι πρακτικά αδύνατη, ούτε το περιστατικό αυτό κάθε αυτό, ούτε οι κατά προσέγγιση μετρήσεις του περιστατικού σχετικά με τα προκλητικά βιβλία και εφημερίδες μπορούν να περιοριστούν σε μια απόδειξη βασιζόμενη σε πραγματικά γεγονότα” (Phelps& Goldney 2001). Τα τελευταία 30 χρόνια, αναφέρει ο Goldney (2001), η δουλειά του Phillips (1974) και πιο συγκεκριμένα αυτή των Schmidtke&Hafner (1988) έχουν απόδειξη ότι υπάρχει πράγματι μια συσχέτιση μεταξύ της δημοσιοποίησης του φαινομένου της αυτοκτονίας και της μετέπειτα αύξησης παρομοίων περιστατικών. Υπήρξαν και άλλες έρευνες οι οποίες έχουν κατά παρόμοιο τρόπο καταδείξει μια ανάλογη σχέση και αυτό έχουν εξετάσει σε βάθος από τους Schmidtke και Schaller το

2000 (Goldney, 2001). Στη συνέχεια ακολουθείται μια προσωπική ιστορία του Goldney(2001): “Στις αρχές της δεκαετίας του 70’,σε μια αυστραλιανή πόλη υπήρχε μια σειρά ευρέως δημοσιοποιημένων φόνων, ακολουθούμενων από αυτοκτονίες, που αποτελούν το θέμα μακράς αναζήτησης και ερευνητικής ανάλυσης. Μια από τις πιο αξέχαστες πτυχές αυτής της ιστορίας ήταν το γεγονός ότι στο δωμάτιο στο οποίο είχε αυτοκτονήσει μια γυναίκα- αφού είχε σκοτώσει δύο από τα παιδιά της- υπήρχε τοποθετημένη μια ανοιχτή εφημερίδα που περιείχε μια γραφική περιγραφή μιας γυναίκας που είχε σκοτώσει την κόρη της και είχε αυτοκτονήσει δύο μέρες νωρίτερα. Ήταν αδύνατο για έναν νέο ερευνητή να μην επηρεαστεί από αυτό που εμφανιζόταν να είναι ένα ξεκάθαρο παράδειγμα ενός ζωντανού πορτραίτου ενός φόνου αυτοκτονίας υποκινημένου από ένα παρόμοιο γεγονός. Πράγματι μια δεκαετία αργότερα, όταν υπήρξε ένα δυνατό ξέσπασμα αυτοκτονικών ατόμων που πήδησαν από χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων στην ίδια πόλη, η σύνδεση μεταξύ της αρχικής παρουσίασης από τα ΜΜΕ με φωτογραφίες του χώρου στάθμευσης και ενός βέλους που έδειχνε το μέρος από το οποίο τα άτομα πήδησαν) φάνηκε να αποτελεί ακόμη ένα προφανές παράδειγμα των media που παρακινούν/ προκαλούν αυτοκτονικές διαθέσεις σε άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε μια ανασκόπηση του ρόλου των media στο φαινόμενο της αυτοκτονίας, ιδιαίτερα μετά την δημοσιοποίηση της σημαντικής δουλειάς των Schmidtke&Hafner (1988)”. Η βεβαιότητα, του Goldney (2001) σχετικά με τη σχέση των ρεπορτάζ με τις αυτοκτονίες στους χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων μετριάστηκε από μια στατιστική ανάλυση των πληροφοριών από τους Kirch και Lester (1990) οι οποίοι έδειξαν ότι δεν υπήρχε μια στατιστικά σημαντική ομαδοποίηση των αυτοκτονιών. Καθόλου αναπάντεχα, το γεγονός αυτό οδήγησε ως ένα συγκεκριμένο βαθμό, σε μια ενδοσκόπηση σχετικά με την πιθανή βαρύτητα της συσχέτισης μεταξύ των media και του φαινομένου της αυτοκτονίας. Μια περαιτέρω ευκαιρία για τη διερεύνηση του ευρέως θέματος της επιρροής των media παρουσιάστηκε το 1993, σύμφωνα πάντα με τα λεγόμενα του Goldney (2001) αναφορικά με την υπερβολική παρουσίαση από τα πολυμέσα του φονικού ενός παιδιού σε μια άλλη αυστραλιανή πόλη. “Μια γυναίκα είχε αναφέρει ότι ο γιος της είχε πέσει θύμα απαγωγής, παρόλο που λίγες μέρες αργότερα αποκαλύφθηκε ότι στην πραγματικότητα αυτή είχε εμπλακεί στη δολοφονία του παιδιού της”. Κατά τη διάρκεια του ίδιου μήνα έλαβαν χώρα κι άλλες δολοφονίες παιδιών και σε αντίθεση με το μέσο όρο 1.9 παιδικών φόνων ανά μήνα για μια περίοδο 10 και επιπλέον ετών, εκείνο το μήνα μόνο πέντε τέτοια εγκλήματα συνέβησαν και τέσσερα άλλα το μήνα που ακολούθησε (Goldney, 2001).

Ο Goldney (2001) σημειώνει ότι το γεγονός αυτό οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης από τις εφημερίδες ότι οι δολοφονίες είχαν να κάνουν με μια πιθανή αντιγραφή/ μιμητισμός του αρχικού φόνου, όμως μια λεπτομερής στατιστική ανάλυση πληροφοριών που προερχόταν από μια περίοδο 10 ετών και πλέον δεν πρόσφερε καμία στήριξη για παρόμοιους ισχυρισμούς παρόλη την ολοφάνερη αύξηση των εγκλημάτων τους δύο πρώτους μήνες μετά τη συνεχή δημοσιοποίηση του παιδικού φόνου (Carcach και συν., 2001). Ο Goldney (2001) εξηγεί τη σημασία των παραδειγμάτων αυτών λέγοντα ότι τα συγκεκριμένα παραδείγματα δόθηκαν επειδή αρχική και από την κοινή λογική “βγαλμένη” άποψη, η οποία κατά περιόδους ίσως φαίνεται “υποχρεωτική” ίσως να μη μπορεί να υποστηριχθεί από μια απλή στατιστική ανάλυση. Επιπλέον, τονίζεται, ότι εάν τα παραδείγματα σαν κι αυτά δεν μπορούν να διατηρήσουν την ακεραιότητα τους απέναντι σε κριτικές αναλύσεις τότε γεννιέται το εξής ερώτημα “Πόσο ισχυρή μπορεί να είναι η συσχέτιση μεταξύ media και της αυτοκτονίας;” (Goldney, 2001).

Συνεχίζοντας σε αναφορές του Goldney (2001), το θέμα αναφορικά με τον αριθμό των αυτοκτονιών που μπορεί να επηρεάζονται από τα media και άλλα μέσα δημοσιότητας θίγεται πολύ σπάνια όπως ο ίδιος τονίζει. Όταν αυτό συμβαίνει τα ποσοστά αποδεικνύονται πολύ χαμηλά. Για παράδειγμα, υπήρξαν αναφορές για μια αύξηση της τάξεως του 6.9% στα περιστατικά αυτοκτονιών εφήβων, όμως μόλις το 0.5% των ενηλίκων αυτοκτονιών λαμβάνουν χώρα μετά από τηλεοπτική μετάδοση με θέμα νέοι σχετικά με αυτοκτονίες (Phillips και συν., 2001) και σε μια άλλη έρευνα δόθηκαν παρόμοια νούμερα, δηλαδή ποσοστό 6% για νέους από 15-24 ετών, παρόλο που δεν παρατηρήθηκε αύξηση ή ομαδοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. “Μια πιο κατανοητή ανασκόπηση της ομαδοποίησης των ενηλίκων αυτοκτονικών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συγκέντρωση των στοιχείων σε ομάδες θα μπορούσε να συμβεί στο ανώτερο ποσοστό του 5% των αυτοκτονιών σε εφήβους στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hazell & Goldney 2001). Στο αντίθετο άκρο της ηλικιακής κλίμακας, υπήρξε αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών της τάξεως του 5.1% σε ηλικιωμένα άτομα έπειτα από δημοσιοποίηση του φαινομένου στα media (Stack & Goldney 2001)” (Goldney, 2001).

Ο Goldney (2001) λέει ότι λαμβάνοντας υπόψη τη παροδική φύση οποιασδήποτε επιρροής των media, το γεγονός ότι παρόλο που οι αυτοκτονίες εφήβων “τραβούν” τα φώτα της δημοσιότητας, το φαινόμενο της αυτοκτονίας δεν έχει μεγάλη έκταση (καταλαμβάνοντας ποσοστό 15% του συνόλου των περιστατικών αυτοκτονίας) και ότι παρόλο που το

ποσοστό αυτοκτονιών στις πολύ μεγάλες ηλικίες είναι υψηλό, υπάρχουν σχετικά λιγότερα άτομα τα οποία επηρεάζονται, δεν προκαλεί εντύπωση ότι έχει εκτιμηθεί πως γενικά μιμητικού τύπου περιστατικά καταλαμβάνουν μόλις το 1% του συνόλου όλων των αυτοκτονιών (Gunell & Goldney 2001). “Φυσικά, είτε το ποσοστό της αύξησης είναι από 1-5% ή ίσως και μεγαλύτερο, είναι σημαντικό ποσοστό και προσπάθειες θα πρέπει να γίνουν ώστε να επηρεαστεί το στοιχείο αυτό του συνόλου των περιστατικών αυτοκτονίας. Παρόλα αυτά, οποιεσδήποτε τέτοιες προσπάθειες θα πρέπει να λαμβάνονται προσεκτικά υπόψη τουλάχιστον από τις παρακάτω οπτικές γωνίες. Πρώτον, πως θα ανταποκρινόταν κάποιος σε ένα ερευνητικό δημοσιογράφο ο οποίος προσπαθούσε να συγκρίνει την πιθανή συμβολή των ΜΜΕ στο φαινόμενο της αυτοκτονίας αντικρούοντας τη λιγότερο από ευνοϊκή αναζήτηση και διαχείριση των ψυχικών διαταραχών των ατόμων που αυτοκτονούν? Για παράδειγμα, θα μπορούσε να εξασφαλιστεί ότι το ποσοστό περισσότερο από 1 έως 5% των αυτοκτονιών θα ήταν συνδεδεμένο με την έλλειψη ευνοϊκής αναζήτησης και της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών? Υπάρχουν επαρκή στοιχεία στη βιβλιογραφία πιστοποιώντας την κακοδιαχείριση που επικρατεί, συμπεριλαμβανομένης και της ελλείψεως συνεχούς βοήθειας και μέριμνας (Hulten, Wasserman & Goldney 2001) και της απουσίας έρευνας γύρω από την ανάπτυξη αυτοκτονικών σκέψεων (Waern & συν., 1999). Έχει επίσης καταγραφεί ότι στις ανασκοπήσεις οι κλινικοί επαγγελματίες θεώρησαν ότι το 21% των ατόμων στην Αγγλία και την Ουαλία που έλαβαν ψυχιατρική περίθαλψη 12 μήνες πριν από το θάνατο τους (και περίπου το 31% των αυτοκτονιών μέσα στο νοσοκομείο) θα μπορούσε να είχε προληφθεί εάν είχε δοθεί έμφαση σε ζητήματα όπως στενότερη επιτήρηση (επίβλεψη, αυξημένο προσωπικό, καλύτερα εξειδικευμένο προσωπικό και καλύτερη συνεργασία μεταξύ εξειδικευμένου προσωπικού και καλύτερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών”. (Goldney, 2001).

Επιπρόσθετα, ο Goldney (2001) θέτει την εξής διατύπωση: “Το ερώτημα που θα πρέπει επίσης να τεθεί είναι εάν τα media θα μπορούσαν να έχουν μια πιθανή θετική επιρροή στην πρόληψη της αυτοκτονίας”. Ενώ υπάρχουν στοιχεία ότι η μη δημοσιοποίηση των περιστατικών αυτοκτονίας μπορεί να επιδράσει θετικά, όπως για παράδειγμα στην προσπάθεια μείωσης των περιστατικών αυτοκτονιών στο υπόγειο στη Βιέννη. Τονίζεται από τον Goldney (2001) ότι “η πραγματική βελτίωση σχετικά με τη μείωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς μέσω συγκεκριμένων σχεδιασμένων προγραμμάτων media πρέπει να δρομολογηθεί”. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οργανισμοί εθελοντικής φύσεως όπως η Befrienders International και

Lifeline όπως και τηλεφωνικές γραμμές για την αντιμετώπιση κρίσεων εξαρτώνται από την διαφήμιση τους από τα media ώστε να τραβήξουν την προσοχή του κοινού στις υπηρεσίες που τις προσφέρουν. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να πούμε ότι ο Goldney (2001) δεν θέλει να μετατρέψει τα media σε “αποδιοπομπαίο τράγο”. Θεωρεί ότι αντί να κατακρίνονται τα μέσα ενημέρωσης για τη δημοσιοποίηση περιστατικών αυτοκτονία θα μπορούσε να φανεί η άλλη όψη δηλαδή να δοθεί σαν ευκαιρία ώστε να παραχθεί καλύτερη παιδεία πάνω στο ζήτημα της αυτοκτονία με βάση τα παρακάτω: (Goldney, 2001)

- Οι αυτοκτονικές σκέψεις (αυτοκτονικός ιδεασμός) είναι συνήθως συνδεδεμένος με κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής.
- Η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν είναι η κατάλληλη αντίδραση.
- Υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις.
- Η αυτοκτονία μπορεί να προληφθεί.

Μια ακόμη άποψη της συσχέτισης των ΜΜΕ και της αυτοκτονίας είναι αυτή των Hawton&Williams(2001). Η άποψη αυτή διατυπώθηκε ύστερα από συνεντεύξεις ατόμων που επιχειρήσαν να αυτοκτονήσουν αφού δέχτηκαν επιρροές από τα media. Οι Hawton&Williams (2001) υποστηρίζουν πως η επιρροή των media είναι κατά κάποιο τρόπο πολύπλοκη. Μπορούν επίσης να επιτρέψουν άλλες πιο μέτριες ή διευκολυντικές επιρροές που έχουν αντίκτυπο στην ευαισθησία (των ατόμων) στα ερεθίσματα των media που πρέπει να αναγνωρισθούν, όπως η συσχέτιση με κάποιο συγκεκριμένο τύπου προβλημάτων στη ζωή ενός ατόμου. Στην πραγματικότητα όλες οι έρευνες σε αυτό τον τομέα έχουν επικεντρωθεί στην βραχυπρόθεσμη επιρροή των media. Υπάρχει λίγη γνώση για τις πιθανές μακροπρόθεσμες επιδράσεις των media στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Κρίνεται πολύ πιθανόν, για παράδειγμα, τα ΜΜΕ να είναι μια εξαιρετικά σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά που επηρεάζει τις πράξεις των ατόμων πολλούς μήνες μετά. Μια ενδιαφέρουσα έρευνα στον Καναδά, νεαρά παιδιά ρωτήθηκαν σχετικά με τη σημασία/ νόημα της αυτοκτονίας- γιατί κάποιος θα έφτανε ποτέ να συμπεριφερθεί έτσι και με ποιο τρόπο τα ίδια τα παιδιά πληροφορούταν τέτοια γεγονότα. Υπήρχαν ξεκάθαρα στοιχεία ότι τα παιδιά γνωρίζουν το φαινόμενο της αυτοκτονίας από πολύ μικρή ηλικία και ότι αυτή η γνώση δεν προερχόταν από συζήτηση με τους γονείς αλλά συζητώντας με άλλα παιδιά και βλέποντας ιστορίες που αφορούν πραγματικές ή μη αυτοκτονίες στα media, συνήθως στην τηλεόραση. Οι αυτοκτονίες στην τηλεόραση συμπεριλαμβάνονταν συνήθως σε παιδικά καρτούν ή ταινίες. Ο συγγραφέας

προειδοποιεί ότι τέτοιου είδους πορτρέτα μπορεί να διδάσκουν στα παιδιά ότι η αυτοκτονία είναι κάτι που επιχειρούν οι άνθρωποι κάτω από ορισμένες συνθήκες, ιδιαίτερα για να αποφύγουν τον εξευτελισμό ή μια ήττα (Hawton&Williams, 2001).

Επιπλέον, όπως έχουν επισημάνει οι Pirkis&Blood (2001) “αποδεικνύοντας την έκθεση σε ερεθίσματα των media είναι ουσιαστικά ο κρίσιμος σύνδεσμος στην επιβεβαίωση που ασκούν. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στην απλοποίηση της πολυπλοκότητας μιας τέτοιας επιρροής”. Για παράδειγμα σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν οι Pirkis&Blood (2001) φάνηκε ότι συγκεκριμένες αλλαγές στην αυτοκτονική συμπεριφορά (τα οποία αντικατοπτρίζουν αυτά που είχαν προβληθεί ως πορτρέτα π. χ υπερ δοσολογία παρακεταμόλης) έλαβαν χώρα μόνο σε περιπτώσεις ατόμων που είχαν δει κάποιο ανάλογο πρόγραμμα στην τηλεόραση. Κάποια άτομα ανέφεραν ότι η παρακολούθηση κάποιων εκπομπών στην τηλεόραση τους επηρέασε στο να χρησιμοποιήσουν τον ίδιο τύπο φαρμάκων όπως έκανε κάποιος που προβλήθηκε από την τηλεόραση, ενώ άλλοι ανέφεραν ότι βλέποντας ένα τέτοιο φοβερό γεγονός όπως η υπερ δοσολογία τους απότρεψε από το να χρησιμοποιήσουν την ίδια μέθοδο. Αντιθέτως, είχαν αποφασίσει να προχωρήσουν (στην υπερ δοσολογία) παίρνοντας κάποιο άλλο είδος φαρμάκου (Pirkis&Blood, 2001).

Στοιχεία που δίνονται από την Καναδική Ένωση (2000)για την πρόληψη της αυτοκτονίας αναφέρουν ότι διοχετεύει οδηγίες προς τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Οι οδηγίες αυτές δίδονται για το λόγο ότι επικρατεί η ανησυχία ότι οι δραματικές παρουσιάσεις ειδήσεων και άρθρων σχετικά με την αυτοκτονία έχουν υποκινήσει μερικά άτομα να δεσμευτούν την αυτοκτονία. Υπάρχει σύγχυση για το πώς το θέμα της αυτοκτονίας πρέπει να αντιμετωπιστεί έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της αυτοκτονίας.

Η Αμερικανική Ένωση Αυτοκτονικότητας (American Association of Suicidology) και η Καναδική Ένωση για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (2000) (Canadian Association for Prevention) προσφέρουν τις ακόλουθες οδηγίες προς τους ανθρώπους που χειρίζονται τις παρουσιάσεις των ειδήσεων με θέμα την αυτοκτονία. Σύμφωνα λοιπόν με τις οδηγίες θα πρέπει να αποθαρρυνθεί η μιμητική τάση των ατόμων ως προς τις αυτοκτονίες άλλων ατόμων. Για να επιτευχθεί αυτό είναι σημαντικό να αποφεύγονται ή να ελαχιστοποιούνται οι προβολή εκθέσεων συγκεκριμένων λεπτομερειών της μεθόδου της αυτοκτονίας που διέπραξε το άτομο (Καναδική Ένωση Αυτοκτονίας,2000, <http://www.suicide rate.htm>).

Με βάση την Αμερικανική και Καναδική Ένωση, προβάλλει

χρήσιμο να προωθηθεί η πρόληψη της αυτοκτονίας μέσω των ΜΜΕ. Αυτό που μπορεί να συμβεί είναι να προβάλλουν τα ΜΜΕ την είδηση της αυτοκτονίας από την εναλλακτική της λύση, π. χ ότι το άτομο που δεσμεύτηκε την αυτοκτονία κάλεσε το κέντρο πρόληψης αυτοκτονίας για την παροχή συμβουλών. Η συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να δώσει ένα θετικό παράδειγμα για τους ανθρώπους με αυτοκαταστροφικές κρίσεις.

Στην ίδια κατεύθυνση προσανατολίζεται και το άρθρο που αναφέρεται στην υποβολή εκθέσεων για την αυτοκτονία με θέμα “συστάσεις προς τα μέσα”. Η έκθεση αυτή πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα πολλών φορέων παγκοσμίως και συγκεκριμένα από τους: Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Mental Health, Office of Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, Annenberg Public Policy Center (2004) Σύμφωνα με το άρθρο υποστηρίζεται το εξής: “η μεταδοτική ασθένεια της αυτοκτονίας είναι πραγματική. Μεταξύ 1984 και 1987, δημοσιογράφοι στην Βιέννη κάλυψαν θανάτους ατόμων που πήδησαν μπροστά στο υπόγειο σιδηρόδρομο. Η κάλυψη ήταν εκτενής και δραματική. Το 1987, μια εκστρατεία προειδοποιήσεις στους δημοσιογράφους για τα πιθανά αρνητικά αποτελέσματα τέτοιας υποβολής εκθέσεων. Η εκστρατεία πρότεινε τις εναλλακτικές στρατηγικές για την κάλυψη τέτοιων θεμάτων. Στους πρώτους έξη μήνες μετά από την εκστρατεία άρχισαν αυτοκτονίες σε υπόγειους σιδηροδρόμους χωρίς θανάσιμες προσπάθειες περισσότερο από το 80% που έπεσαν. Ο συνολικός αριθμός αυτοκτονιών στη Βιέννη μειώθηκε επίσης”. (Sonneck και συν., 1994), (Etzersdofer&Sonneck, 1998). Το άρθρο αναφέρει ότι η έρευνα βρίσκει μια αύξηση στην αυτοκτονικότητα από τους αναγνώστες ή τηλεθεατές όταν: Πρώτον, ο αριθμός των ιστοριών για μεμονωμένες αυτοκτονίες αυξάνει (Phillips και συν., 1992), (Hassan,, 1995) Δεύτερον, όταν ένας ιδιαίτερος θάνατος αναφέρεται επι μακρόν ή σε πολλές ιστορίες (Phillips και συν., 1992), (Stack, 1991). Τρίτον, η ιστορία ενός μεμονωμένου θανάτου από αυτοκτονία τοποθετείται στην μπροστινή σελίδα ή στην αρχή μιας ραδιοφωνικής μετάδοσης (Hassan, 1995) θανάτους είναι δραματικοί. Παράδειγμα, Αυτοκτόνησε νεαρό αγόρι λόγω των χαμηλών βαθμών του στο σχολείο (Phillips και συν., 1992) (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών και συν., 2004, <http://www.asfp.org/education/recommendations/5/1.htm>).

Με βάση το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών και συν. (2004) οι συστάσεις που έγιναν προς τα μέσα ήταν για το λόγω του ότι τα μέσα μπορούν να διαδραματίσουν ένα ισχυρό ρόλο στην εκπαίδευση του

κοινού για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι ιστορίες για την αυτοκτονία μπορούν να ενημερώσουν τους αναγνώστες για τις πιθανές αιτίες της αυτοκτονίας, των σημαδιών προειδοποιήσεις της καθώς και τα ποσοστά αυτοκτονίας και των πρόσφατων θεραπευτικών διαδικασιών που ακολουθούνται σε αυτές τις περιπτώσεις από ειδικούς. Μπορούν επίσης να τονίσουν τις ευκαιρίες ώστε να αποτραπεί η αυτοκτονία. Οι ιστορίες που προβάλλουν τα ΜΜΕ για τους μεμονωμένους θανάτους από την αυτοκτονία μπορούν να είναι γενικού ενδιαφέροντος και πρέπει να καλυφθούν, αλλά έχουν επίσης τη δυνατότητα να κάνουν ζημιά. Η εφαρμογή των συστάσεων για την κάλυψη της αυτοκτονίας έχει αποδείξει ότι συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών αυτοκτονιών (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών και συν., 2004, <http://www.asfp.org/education/recommendations/5/1.htm>).

3.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(2001) υποστηρίζεται ότι μολονότι οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η αστικοποίηση, η ένδεια και η τεχνολογική αλλαγή έχουν σχέση με την ανάπτυξη των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, δεν υπάρχει κανένας λόγος να θεωρηθεί ότι οι ψυχικές συνέπειες της υγείας λόγω κοινωνικής αλλαγής είναι το ίδιο πράγμα για όλα τα τμήματα μιας δεδομένης κοινωνίας. Οι αλλαγές ασκούν συνήθως διαφορετικά αποτελέσματα βασιζόμενες στην οικονομική θέση, το φύλο, τη φυλή και το έθνος (World Health Organization, 2001,

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oolc3.htm>).

Με βάση τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001), μεταξύ 1950 και 2000 η αναλογία αστικών πληθυσμών στην Ασία, την Αφρική, την Κεντρική και Νότια Αμερική αυξήθηκε από 16% πλήρως του ενός μισού των πληθυσμών αυτών των περιοχών (Hargham&Bleu 2001). Το 1950, οι πληθυσμοί της Πόλης του Μεξικού και του Sao Paulo ήταν 3,1 εκατομμύρια και 2,8 εκατομμύρια αντίστοιχα, αλλά μέχρι το 2000 ο υπολογιζόμενος πληθυσμός ήταν 10 εκατομμύρια. Η φύση της σύγχρονης αστικοποίησης μπορεί να έχει τις επιβλαβείς συνέπειες στην ψυχική υγεία μέσω της επιρροής των αυξανόμενων παραγόντων άγχους και των δυσμενών γεγονότων ζωής, όπως τα επιβαρημένα και μολυσμένα περιβάλλοντα., τα υψηλά επίπεδα βίας και μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης (Desjarlais και συν., 2001). Περίπου μισοί από τους αστικούς πληθυσμούς στις χαμηλές και μεσαίες εισοδηματικές χώρες ζουν στην ένδεια ενώ δεκάδες εκατομμύρια ενηλίκων και παιδιών είναι άστεγοι. Σε

μερικές περιοχές η οικονομική ανάπτυξη αναγκάζει τους αύξοντες αριθμούς γηγενών λαών να μεταναστεύσει στις αστικές περιοχές σε αναζήτηση βιώσιμων οικονομικών πόρων. Συνήθως η μετανάστευση δεν φέρνει βελτίωση στη κοινωνική ευημερία αλλά οδηγεί συχνά στα υψηλά ποσοστά ανεργίας και ανεργίας και επιπλέον οι μετανάστες είναι εκτεθειμένοι στην κοινωνική πίεση και τον αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών λόγω της απουσίας ενθαρρυντικών κοινωνικών δικτύων (World Health Organization, 2001,

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>).

Στοιχεία της έκθεσης (2001) επισημαίνουν πως η αγροτική είναι επίσης γεμάτη από προβλήματα για πολλούς ανθρώπους. Η απομόνωση, οι περιορισμένες εκπαιδευτικές και οικονομικές ευκαιρίες είναι κοινές δυσκολίες. Επιπλέον, οι ψυχικές υπηρεσίες υγείας τείνουν να συγκεντρώνονται στις μεγαλύτερες μητροπολιτικές περιοχές, αφήνοντας περιορισμένες δυνατότητες για τους αγροτικούς κατοίκους που έχουν ανάγκη ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης. Μια πρόσφατη μελέτη της αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους σε μερικές αστικές και αγροτικές περιοχές της επαρχίας της Κίνας εμφάνισε ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές (88,3 ανά 100.000) από τις αστικές περιοχές (24,4 ανά 100.000) (Xu και συν., 2001). Αλλού τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των γυναικών στην αγροτική περιοχή έχουν αναφερθεί να είναι περισσότερα από δύο φορές από την εκτίμηση του γενικού πληθυσμού των γυναικών (World Health Organization, 2001,

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>).

Συνεχίζοντας πάνω στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001) η σχέση μεταξύ της ένδειας και της ψυχικής υγείας είναι σύνθετη και πολυδιάστατη. Στον ακριβέστερο καθορισμό της, η ένδεια αναφέρεται σε μια έλλειψη χρημάτων ή υλικών κατοχυρώσεων. Σε ευρύτερη έννοια η ένδεια μπορεί να γίνει κατανοητή ως κράτος της κατοχής των ανθρώπινων μέσων, τα οποία μπορούν να περιλάβουν την έλλειψη κοινωνικών ή εκπαιδευτικών στοιχείων συμπεριφοράς. Η ένδεια και οι συνδεδεμένοι όροι όπως η ανεργία, η χαμηλή εκπαίδευση, η έλλειψη στέγης είναι όχι μόνο διαδεδομένοι στις φτωχές χώρες αλλά και έχουν επιπτώσεις σε μια μεγάλη μειονότητα των πλούσιων χωρών. Οι φτωχοί και οι άνεργοι έχουν μια υψηλότερη επικράτηση ψυχικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών χρήσης ουσιών. Αυτή η υψηλότερη επικράτηση μπορεί να είναι κατανοητή και από την υψηλότερη αιτιολογία των διαταραχών μεταξύ φτωχών και από τη ροπή του ψυχικά

αρρώστου στην ένδεια. Αν και υπάρχει διαμάχη γι το ποιος από τους δύο μηχανισμούς υποστηρίζεται για την υψηλότερη επικράτηση μεταξύ φτωχών, τα διαθέσιμα στοιχεία προτείνουν ότι και οι δύο είναι σχετικοί (Patel, 2001), (World Health Organization, 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) υποστηρίζει επίσης στην έκθεσή της ότι υπάρχουν στοιχεία τα οποία αναφέρονται στο γεγονός ότι η πορεία των ψυχικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου. “Αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας γενικής έλλειψης υπηρεσιών υγείας μαζί με τους φραγμούς που αντιμετωπίζουν ορισμένοι κοινωνικοοικονομικές ομάδες στην πρόσβαση της προσοχής”. Οι φτωχές χώρες έχουν πολύ λίγες πηγές βοήθειας σε ότι αφορά την ψυχική περίθαλψη τους και συνήθως οι υπηρεσίες που υπάρχουν είναι μη διαθέσιμες στα φτωχότερα τμήματα της κοινωνίας. Ακόμα και στις πλούσιες χώρες, η ένδεια μαζί με τους συνδεδεμένους παράγοντες όπως η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, την ανεργία και τις μειονότητες από την άποψη της φυλής, του έθνους και της γλώσσας μπορεί να δημιουργήσει αξεπέραστους φραγμούς στην περίθαλψη. Το θεραπευτικό χάσμα για τις ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο, ο φτωχότερος πληθυσμός είναι πράγματι ευμεγέθης (World Health Organization, 2001, <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>).

Επιπρόσθετα αναφέρεται ότι ανάμεσα στα διάφορα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, οι πολλαπλοί ρόλοι που οι γυναίκες εκπληρώνουν στην κοινωνία τις βάζει στο μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές από άλλα άτομα μέσα από την κοινότητα. Οι γυναίκες υπομένουν το φορτίο της ευθύνης που συνδέεται με τους ρόλους που έχουν ως σύζυγοι, μητέρες, εκπαιδευτικοί και άλλα, ενώ γίνονται όλο και περισσότερο ένα ουσιαστικό μέρος της εργασιακής δύναμης. Εκτός από τις πιέσεις που αναπτύσσονται λόγω των συχνά συγκρουόμενων ρόλων τους, αντιμετωπίζουν την διάκριση του φύλλου και υπόκεινται συχνά σε σεξουαλική βία μέσα στο σπίτι. Όπως είναι επόμενο οι γυναίκες έχουν εμφανίσει μεγαλύτερες πιθανότητες από τους άνδρες για χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων. Η βία ενάντια στις γυναίκες αποτελεί ένα σημαντικό και δημόσιο πρόβλημα που έχει επιπτώσεις στις γυναίκες όλων των ηλικιών, το πολιτιστικό υπόβαθρο καθώς και στο εισοδηματικό επίπεδο (World Health Organization, 2001,

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Lanarkshire της Σκωτίας (2004) μας δίνει ενδιαφέρουσες πληροφορίες που αφορούν την αυτοκτονικότητα σύμφωνα με την ηλικία και το φύλλο. Κατά τη διάρκεια λοιπόν του 1990, το ποσοστό των ανδρών που αυτοκτονούσαν ήταν τρεις φορές μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών. Η ηλικία στην οποία τα άτομα τείνουν να αυτοκτονήσουν διαφέρει ανάλογα με το φύλλο. Στους άνδρες τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στις ηλικίες των 25-34 χρονών. Το χαμηλότερο ποσοστό στο φύλλο αυτό εμφανίζεται στις ηλικίες 55-64, το οποίο αυξάνεται και πάλι από τα 64 και έπειτα. Στις γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών απαντάται στην ομάδα των 45-54 ετών, το οποίο δεν διαφοροποιείται πέρα από αυτή την ηλικίας. Τα ποσοστά της αυτοκτονίας διαφοροποιούνται σημαντικά στις κοινωνίες του Lanarkshire. Υπάρχει μια μικρή συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της οικονομικής στερήσεως σε μια πόλη και του ποσοστού αυτοκτονιών (Suicide Prevention, 2004, suicide.prevention@lanarkshirehb.scot.nhs.uk).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΝΕΟΥ

4.1. ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Για να μπορέσει να αποδοθεί εκτίμηση της εικόνας του ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφορες ενδείξεις που έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά αλλά και με το λεκτικό περιεχόμενο του. Η τάση ή πρόθεση αυτοκτονίας μπορεί να εμφανιστεί με ποικίλους τρόπους που όμως θα είναι συχνά ασαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς. Για το λόγο αυτό ο κλινικός είναι υποχρεωμένος να ρωτά τον ασθενή για αυτοκτονία οποιαδήποτε στιγμή του περάσει από το μυαλό και πρέπει να ρωτά για αυτήν την σκέψη στον κάθε ασθενή. Ο κλινικός θα πρέπει να δώσει βάρος σε ορισμένους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζουν τα άτομα που ενδέχεται να αυτοκτονήσουν. Οι λεκτικές ενδείξεις ανταποκρίνονται σε άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία οι οποίες είναι εμφανείς αλλά συχνά τα άτομα τις κάνουν υπό τύπου αστείου. Δηλώσεις αυτοκτονίας, με οποιοδήποτε τρόπο και αν ειπωθούν, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά από τον κλινικό, έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας διατυπώνουν έμμεσα την επιθυμία τους να πεθάνουν. Ιδιαίτερο βάρος κρίνεται να δοθεί σε εκφράσεις όπως: δεν αντέχω άλλο, δεν πάει τίποτα σωστά, δεν αντέχω άλλο στη δουλειά μου. Εκφράσεις που δηλώνουν απογοήτευση ή ακόμη και δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι χαρακτηριστική για τα άτομα αυτά ενώ πολλές φορές, επίσης, τα άτομα αυτά εκφράζουν με λεκτικό τρόπο την αφόρητη κατάσταση που βιώνουν και την ανικανότητα σχεδιασμού του μέλλοντος τους. Δηλώσεις τέτοιου περιεχομένου μπορεί να ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές ιδέες. Εξίσου σημαντικές παρουσιάζονται οι συμπεριφορικές ενδείξεις των ατόμων με τάσεις αυτοκτονίας. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την εκδραματίσουν με διάφορους τρόπους, παραδείγματος χάριν ξαφνικές αποφάσεις του ασθενή όπως η πραγμάτωση της διαθήκης του, η επιθυμία να μοιράσει πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα ενοχοποιούν μια πιθανή σκέψη του για αυτοκτονία. Επιπλέον πειραματισμοί με θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα, ατυχήματα και τάση για ατυχήματα είναι συχνές συμπεριφορικές ενδείξεις των ατόμων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας (Μάνος, 1997)

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας θα πρέπει να εστιάζεται στις τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας (αν υπάρχουν) στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στη ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον (Μάνος, Θεσσαλονίκη, 1997). Ειδικότερα:

I) Αυτοκτονικός Ιδεασμός. “ Ο κλινικός, όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω, θα πρέπει να σκέφτεται την πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε καινούργιο ασθενή. Έτσι, θα πρέπει να ρωτήσει για σκέψεις αυτοκτονίας, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν απόπειρες ή δεν έχουν αναφερθεί τάσεις αυτοκτονίας από τον ασθενή. Η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης σκέψεων αυτοκτονίας μπορεί να γίνει διακριτικά και να αποφέρει χρήσιμες πληροφορίες, όταν ο κλινικός αρχίζει με γενικές ερωτήσεις και συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες. Κάθε ερώτηση εστιάζει περισσότερο στη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις, ο κλινικός θα βρει ότι απαντήσεις του ατόμου σε γενικές ερωτήσεις δεν φανερώνουν τάσεις αυτοκτονίας. Τότε, η περαιτέρω εξέταση του ατόμου δεν είναι απαραίτητη. Σε άλλες περιπτώσεις, όμως, το άτομο παρουσιάζεται να αποκαλύπτει βαθμιαία συνεχώς και πιο προσεκτικό σχεδιασμό αυτοκτονίας. Όταν φθάσει ο κλινικός στο θεραπευτικό σχεδιασμό αυτοκτονίας, οι παράγοντες-κλειδιά που πρέπει να διερευνήσει είναι: το πόσο δυνητικά θανατηφόρα είναι η μέθοδος, το πόσο προσιτή είναι η μέθοδος και ποια θα είναι η πιθανότητα διάσωσης . Σημείωση, οι διακριτικές δεν αυξάνουν ούτε την επιθυμία ούτε την ικανότητα του ασθενή να σχεδιάσει την αυτοκτονία. Άμεση άρνηση της ύπαρξης τάσεων ή προθέσεων για αυτοκτονία από μέρος του ασθενή είναι συνήθως αληθινή . Τα άτομα συχνά παραδέχονται ότι σκέφτονται σοβαρά να αυτοκτονήσουν αλλά επιμένουν ότι δεν θα κάνουν ποτέ κακό στον εαυτό τους εξαιτίας των παιδιών τους, των συζύγων τους, της δουλειάς τους, ή άλλων παραγόντων που τους εμποδίζουν να αυτοκτονήσουν. Τέτοιες διαβεβαιώσεις είναι, συνήθως, αξιόπιστες, τουλάχιστον προσωρινά. Μπορεί όμως να είναι και παραπλανητικές, ιδιαίτερα αν οι πράξεις δείχνουν αυτοκαταστροφικές, έστω κι αν αρνούνται τα άτομα πρόθεση αυτοκτονίας. Είναι εύλογο λοιπόν, να κρίνει κανείς τα άτομα αυτά από τις πράξεις τους παρά από τα λόγια τους” (Μάνος, 1997)

II) Απόπειρες αυτοκτονίας. “ Οι ειδικοί που ασχολούνται με την ψυχική υγεία συχνά καλούνται να δουν ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κλινικός θα πρέπει να κρίνει αν υπάρχει κίνδυνος για άλλη απόπειρα στο άμεσο μέλλον. Αυτό σημαίνει προσεκτική εκτίμηση αυτής καθαυτής της απόπειρας του ασθενή, γιατί το πόσο κοντά έφθασε στο θάνατο το άτομο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό στοιχείο για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αργότερα. Κανένα άτομο που

έκανε απόπειρα δεν πρέπει να επιστρέψει στο σπίτι του πριν γίνει ψυχιατρική εκτίμηση” (Μάνος, 1997)

III) Η πιθανότητα διάσωσης από την απόπειρα. “Το άτομο που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς να τη φέρει σε πέρας είναι φανερό ότι διασώθηκε, αλλά είναι χρήσιμο να εξακριβωθεί πόσο πιθανό ήταν να γίνει η διάσωση. Για παράδειγμα, το να πάρει κάποιος υπερβολική δόση στο σπίτι του την ώρα που βρίσκονται και άλλα άτομα γύρω του, είναι πολύ διαφορετικό από το να πάρει την ίδια δόση ενώ είναι μόνος του σε ένα δωμάτιο ξενοδοχείο σε μια ξένη πόλη. Η πιθανότητα διάσωσης δίνει ένα μέτρο του πόσο δυνητικά θανατηφόρα ήταν μια απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς επίσης και στοιχεία για την εκτίμηση του συνεχιζόμενου κινδύνου αυτοκτονίας” (Μάνος, 1997)

IV) Δυνατότητα υποστήριξης από το περιβάλλον. “Ο κλινικός θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά την ιστορία του ασθενή για να αποφασίσει τι παρέμβαση θα κάνει. Η νοσηλεία ενδείκνυται πολλές φορές, αλλά τα άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να αντιμετωπισθούν και σαν εξωτερικοί ασθενείς, αν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον. Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητες θεραπείας. Σημαντικά για το άτομο πρόσωπα που νοιάζονται αλλά δεν πανικοβάλλονται και που αναγνωρίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και την ανάνηψη του ατόμου. Αν αυτά τα άτομα είναι διατεθειμένα να μείνουν με τον ασθενή, μπορούν να συμβάλλουν πάρα πολύ και να τον βοηθήσουν να περάσει την κρίση της αυτοκτονίας. Στην άλλη μεριά του φάσματος, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανέναν κοντά του και που κινδυνεύει πάρα πολύ, γιατί το να αφήσει το χώρο του νοσοκομείου σημαίνει να επιστρέψει σε ένα αφιλόξενο κόσμο” (Μάνος, 1997)

“Συχνά τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, οπότε μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή να ζητήσει βοήθεια από ειδικό. Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους να αυτοκτονήσει. Ο σύζυγος που αδιαφορεί στις απειλές της καταθλιπτικής γυναίκας του για αυτοκτονία ή που αφήνει εμφανές σε μέρος ηρεμιστικά στο σπίτι του, ίσως συνειδητά ή ασυνείδητα επιθυμεί τον θάνατο της γυναίκας του. Αν το ιστορικό δείχνει κάτι τέτοιο,

θα πρέπει ο ασθενής να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασισθεί τι θα γίνει παρακάτω” (Μάνος, 1997)

Άλλα σημαντικά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς. Άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή πρέπει να αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ειδικά όταν σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση να γίνει εξωνοσοκομειακά (Μάνος, 1997)

4.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΙΣΜΑ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Αναφερόμενοι στα λεγόμενα του Σακελλαρόπουλου(2003) θα εξετάσουμε την θεραπευτική σχέση υπό την σκοπιά της ψυχαναλυτικής διαδικασίας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ψυχαναλυτική διαδικασία “δεν λειτουργεί μέσα σε αρκετά αυστηρά πλαίσια μιας συγκεκριμένης τεχνικής. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι η κλασική ψυχανάλυση των νευρωσικών ατόμων. Στον αντίποδα αυτής της τεχνικής βρίσκονται οι ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί που εφαρμόζονται σε ένα ψυχωσικό άρρωστο. Αυτή η τελευταία θεραπευτική σχέση είναι δύσκολη για τον θεραπευτή, διότι αν και λειτουργεί συνεχώς με ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα, ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος να προσαρμόζει διαρκώς την διαδικασία στον συγκεκριμένο άρρωστο του και στην συγκεκριμένη φάση της ψύχωσής του, πολύ περισσότερο από ότι θα το έκανε στην θεραπεία μιας νεύρωσης. Σε αυτά τα προβλήματα διαδικασίας οφείλεται η μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ψυχανάλυσης των ψυχωσικών”. (Racamier 1956). Ο Σακελλαρόπουλος αναφέρει επιπλέον ότι υπάρχει ψυχαναλυτική συναισθηματική μεταβίβαση, γεγονός το οποίο είναι αληθές εφόσον πράγματι στις ψυχώσεις δεν εγκαθίσταται η συνήθης συναισθηματική μεταβίβαση”(Σακελλαρόπουλος, 2003)

Με την πάροδο του χρόνου, σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (2003), “έγινε γνωστό ότι προσφέροντας στον άρρωστο την αίσθηση της αφοσίωσης και της σταθερότητας και με την ταυτόχρονη λειτουργία κατάλληλης τεχνικής, τροποποιείται τουλάχιστον η επιθετική, καχύποπτη, η παραληρηματική διωκτική στάση του ψυχωσικού, απέναντι στο θεραπευτή. Το συναίσθημα, το πλέον επικίνδυνο και το πλέον γενικό στην αντιμεταβιβαστική σχέση με τον ψυχωσικό είναι ο φόβος ή ακριβέστερα η αγωνία(Racamier 1956). Σήμερα όμως με την διερεύνηση των θεραπευτικών σχημάτων των ψυχώσεων, έχει φανεί ότι η αρνητική αντιμεταβίβαση δεν οφείλεται μόνο στο φόβο. Οφείλεται εξίσου και στην δυσκολία, εξαιτίας του αποπνικτικού συναισθήματος που γεννιέται στον θεραπευτή από ενός σημείου και ύστερα εάν και εφόσον η θεραπεία προχωρά ικανοποιητικά, της

ανάγκης του αρρώστου να εγκαταστήσει και να ζήσει μαζί του μια στενή συμβιωτική σχέση, την πρωτογενή δηλαδή εκείνη σχέση του με το αρχικό αντικείμενο. Ο Σακελλαρόπουλος (2003) σημειώνει ότι “η ψυχαναλυτική θεραπεία αφενός και η ψύχωση αφετέρου είναι δύο έννοιες ασυμβίβαστες”. Και τούτο διότι δεν μπορεί να εγκατασταθεί η μεταβίβαση με τον τρόπο που την έβλεπε μέχρι τότε να λειτουργεί στη θεραπεία των νευρώσεων. Με τα σημερινά δεδομένα θα λέγαμε ότι η συμπεριφορά του ψυχωτικού δημιουργεί στο θεραπευτή πρόβλημα ελέγχου της αντιμεταβίβασής του. Άρα ο προβληματισμός τοποθετείται πλέον στο επίπεδο του κατά πόσο μπορεί ο θεραπευτής να αντέξει τη μεταβίβαση του ψυχωτικού. Είναι κατά συνέπεια πολύ περισσότερο πρόβλημα αντιμεταβίβασης και λιγότερο της ύπαρξης ή μη συναισθηματικής μεταβίβασης από μέρους του ψυχωτικού ασθενούς” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Τι συμβαίνει όμως με τους θεραπευτές ψυχώσεων και την ψυχαναλυτική τους ταυτότητα κατά τον Σακελλαρόπουλο. “Σχετικά με τα αντιμεταβιβαστικά προβλήματα που γεννά η ψύχωση, συχνά νέοι, ανεκπαιδευτοί ψυχαναλυτικά θεραπευτές ερωτούν στο αν μπορούν να αντέξουν την διαδικασία των ψυχώσεων αν δεν έχουν προσωπική ανάλυση και αν μπορούν χωρίς θεωρητικά σεμινάρια και εποπτείες να ολοκληρώσουν μια θεραπεία, ψυχαναλυτική, ψυχωτικού ατόμου. Οι παραπάνω ανησυχίες απαντούντα στα εξής τρία σημεία: 1. στην ταυτότητα και το Υπερεγώ του θεραπευτή, 2. στην ανάγκη προσωπικής ανάλυσης και 3. τα παραπάνω, σε συνάρτηση με την εκπαίδευση. Στην ψυχοθεραπεία ψυχώσεων, το Υπερεγώ του θεραπευτή δεν λειτουργεί όπως στις θεραπείες νευρώσεων όπου αυτός αισθάνεται ότι έχει υποχρέωση έχει υποχρέωση να επιτύχει την ίαση της νεύρωσης, άρα το Υπερεγώ του είναι πιο απαιτητικό, πιο αυστηρό. Αντίθετα όταν πρόκειται για ψυχωτικό ασθενή, εάν βελτιωθεί η στάση του αρρώστου, εάν ανεβεί η ποιότητα ζωής του, εάν απαλλαγεί από τα παραγωγικά συμπτώματα του, αν έως ένα σημείο τριαδικοποιηθεί η σχέση του με τα λιβιδινικά αντικείμενά του, τότε ο θεραπευτής μπορεί καταρχάς να είναι ικανοποιημένος (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Συνεχίζοντας, ο Σακελλαρόπουλος (2003) αναφέρει τη σημασία του “ψυχαναλυτικού πρίσματος” στο τομέα της θεραπείας αν και το “ψυχαναλυτικό πρίσμα αφορά μια σωρεία λειτουργιών όπως την ψυχοδυναμική συνέντευξη και την εργασία που γίνεται με τις ομάδες, αφορά την ψυχοθεραπευτική δουλειά με τις οικογένειες, αφορά μέχρι και την διασυνδεδετική ψυχιατρική. Το ψυχαναλυτικό πρίσμα είναι η οπτική γωνία υπό την οποία ο θεραπευτής θα δει, θα ρυθμίσει κατά το δυνατόν τη βαθύτερη ασυνείδητη στάση του, την αντοχή του στις αποστερήσεις και θα

δώσει την όσο το δυνατόν περισσότερο προσαρμοσμένη απάντηση του στην εξωτερική πραγματικότητα. Ειδικότερα, στο θεραπευτικό τομέα η έννοια του ψυχαναλυτικού πρίσματος προϋποθέτει το να πιστεύει ο θεραπευτής σταθερά ότι οι ψυχολογικοί ασυνείδητοι μηχανισμοί είναι πράγματι εκείνοι που έδρασαν και ρουν σε όλες τις περιοχές των συμπτωμάτων του αρρώστου, είναι εκείνοι που αν τροποποιηθούν με τους κατάλληλους ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς θα φέρουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Είναι αυτονόητο ότι μέσα σε αυτό το πλαίσιο η συναισθηματική συμμετοχή του θεραπευτή είναι αναγκαία και λειτουργεί θετικά, ειδικότερα στις ψυχώσεις, όταν οι χώροι των προβληματικών ταυτοποιήσεων και της ενσυναίσθησης αναγνωρίζονται σαν ιδιαίτερα σημαντικοί. Το ψυχαναλυτικό πρίσμα προϋποθέτει μια πίστη, αποτέλεσμα, κατάλληλων εμπειριών στην ύπαρξη και λειτουργία του ασυνείδητου και στη δυνατότητα επικοινωνίας του ασυνείδητου με εκείνο του αρρώστου. Μόνον έτσι μπορεί να αναζητά ο θεραπευτής μια αιτιολογία, ένα κίνητρο στη διαταραχή της συμπεριφοράς και ένα συμβολισμό σε κάθε σύμπτωμα: στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στην τροποποίηση των δικών του χειρισμών” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Υπό την άποψη του Σακελλαρόπουλου (2003), σημαντικό μέρος της ψυχαναλυτικής διαδικασίας κατέχει η “συναισθηματική μεταβίβαση-αντιμεταβίβαση” ειδικά στις θεραπείες των ψυχώσεων. Στον ψυχωτικό άρρωστο η εγκατάσταση της μεταβίβασης προς τον θεραπευτή ή προς την ομάδα ή και την υποομάδα ακόμη είναι η μαζική, ενώ αντίθετα στη νεύρωση είναι προοδευτική. Η μαζική εγκατάσταση της μεταβίβασης αιφνιδιάζει τον θεραπευτή και μπορεί να του αφαιρεί την ελευθερία των κινήσεων και την ευχέρεια του να την χειριστεί εύκολα και να διατηρήσει την αναγκαία απόσταση από το αντικείμενο του. Ο ψυχοθεραπευτής ψυχώσεων στη σχέση του με τον άρρωστο χρειάζεται να μπορεί να χειρίζεται γρήγορα και αποτελεσματικά τους φόβους του. Πρέπει, δηλαδή, ο θεραπευτής να αντέξει τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα της συμβιωτικής, κατά βάση, αυτής σχέσης. Είναι αναγκαίο να αντέξει τις μεγάλες προσδοκίες των θεραπευμένων και την επιθυμία εξάρτησης που ο ασθενής θέλει να επιβάλλει αν και συγχρόνως την φοβάται. Αυτά τα συναισθήματα- τα οποία έχουν άμεση σχέση με μια παντοδύναμη μητέρα με την οποία ο ασθενής ταυτίζει τον θεραπευτή-ένα αρχαϊκό αδιαφοροποίητο ον από άποψη φύλλου- από το οποίο κυρίως ζητάει προστασία” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Επιπλέον ο ψυχοθεραπευτής, “πρέπει να αντέξει τους κινδύνους-πραγματικούς ή φανταστικούς- που αποτελούν υποπροϊόντα της ψύχωσης

καθώς και την αμφιθυμία του αρρώστου. Για τούτο γίνεται προσπάθεια να είναι προοδευτική η σχέση που θα εγκατασταθεί με τον άρρωστο και η θεραπευτική διαδικασία να μην προκαλέσει την ανάδυση συναισθημάτων που θα κάνουν τον άρρωστο να φοβηθεί υπέρμετρα με συνέπειες όπως η επιθετικότητα ή ακόμα και την εγκαταλείψει της θεραπείας. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει επίσης να προσέξει τον τρόπο με τον οποίο θα ενισχύσει ή θα αποκαλύψει, μέσα στις συνεδρίες, τη μεταβίβαση των ψυχωσικών ασθενών. Στην πρώτη φάση της θεραπείας- κατά την διαδικασία της εγκατάστασης της μεταβίβασης- αλλά και αργότερα, θα πρέπει ο θεραπευτής να αναφέρεται με κάποια παρέμβαση ή ερμηνεία, ή άλλοτε με ένα απλό σχόλιο, στα μεταβιβαστικά συναισθήματα του θεραπευόμενου. Απαιτείται μεγάλη υπομονή και αυτοπειθαρχία ώστε να μην ερμηνεύεται πρόωρα- ιδιαίτερα με ψυχωσικούς ασθενείς- μεταβιβαστικό υλικό ακόμα και αν είναι εμφανές το περιεχόμενο του” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Βασιζόμενοι στον Σακελλαρόπουλο, “το ψυχωσικό άγχος αποτελεί έναν από τους παράγοντες που δυσκολεύουν την θεραπευτική διεργασία και αποθαρρύνει τους κλινικούς να γίνουν ψυχοθεραπευτές ψυχώσεων. Πρόκειται για το αρχαϊκό άγχος που εμφανίζει ο σχιζοφρενής κυρίως στην οξεία φάση της νόσου του. Δεν συγκρίνεται ούτε ποιοτικά ούτε και ποσοτικά με το άγχος των νευρωσικών γιατί είναι συνδεδεμένο με τη διάσπαση του Εγώ του ατόμου και έτσι είναι ιδιαίτερα βαθύ, επώδυνο και απροσδιόριστα απειλητικό για τον άνθρωπο που το βιώνει. Η στάση του ψυχαναλυτή στην αντιμετώπιση αυτού του τύπου άγχους χαρακτηρίζεται από το ότι πρέπει να είναι παρών και άμεσος ώστε, όσο είναι δυνατόν να ενοποιηθεί ο άρρωστος του. Πρέπει ο θεραπευτής να δηλώσει λεκτικά αλλά κυρίως εξωλεκτικά ότι μπορεί βοηθήσει και ότι θέλει να βοηθήσει. Η αναγκαιότητα άμεσης και έντονης παρουσίας του ψυχοθεραπευτή κυρίως στις κρίσεις, δίπλα στον ψυχωσικό ασθενή, δείχνει τη διαφορά της στάσης αυτής από την αντιμετώπιση του νευρωσικού άγχους, όπου επιβάλλεται η απόσταση και η ουδετερότητα. Βέβαια, και στην ψύχωση δημιουργείται η ανάγκη ρύθμισης της απόστασης και οριοθέτησης στην οξεία φάση αλλά και σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (2003) η έννοια της “απόστασης από το αντικείμενο” είναι μια έννοια της ψυχοθεραπευτικής διεργασίας η οποία αφορά “τη σχέση του ατόμου με το αντικείμενο του και την απόσταση του από αυτό. Εκεί αναλύονται οι ενδοψυχικοί μηχανισμοί, που αφορούν ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν αργότερα από άλλους θεραπευτές στις θεραπείες των μεθοριακών διαταραχών αλλά και ψυχωσικών διαταραχών εν γένει. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης και

λόγω ύπαρξης του ψυχωσικού άγχους ο ψυχοθεραπευτής ψυχώσεων οφείλει πρωτίστως να ρυθμίσει την απόσταση, σωματική και συναισθηματική, από τον άρρωστο ώστε να τον ηρεμήσει από το έντονο άγχος του. Ο θεραπευτής προσπαθεί να λειτουργεί διαρκώς με θετική αντιμεταβίβαση αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να έρθει σε κάποιου είδους άσκοπη σωματική επαφή με τον ασθενή του και να καταργήσει τις αποστάσεις του, από αυτόν. Εάν ο άπειρος θεραπευτής τον πλησιάσει περισσότερο από ότι πρέπει, ο ασθενής θα απειληθεί κι αν πρόκειται περί διεγερτικού αρρώστου, η κατάσταση του είναι πιθανόν να παρουσιάσει δραματική επιδείνωση. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι ο ρυθμιστής της απόστασης και ο όχι ο θεραπευόμενος. Αυτό κάθε άλλο παρά περιορίζει τον θεραπευτή από το να είναι στοργικός, να ακουμπά τον άρρωστο με απόλυτη άνεση, ψυχικά αλλά και σωματικά (π.χ ένα άγγιγμα στον ώμο) χωρίς να νοιώσει ο ασθενής ότι τον σιχάινεται, τον ακουμπά εγκεφαλικά ή τον φοβάται. Μοιάζει ίσως ευκολότερο από ότι είναι το να ακουμπήσει ο θεραπευτής στον ώμο ένα ψυχωσικό σε κρίση ή να του πιάσει το χέρι με τον κατάλληλο τρόπο. Η πράξη έχει χαρακτήρα αυθορμητισμού και σταθερότητας όταν ο θεραπευτής είναι σε επαφή με αυτό το οποίο κάνει. Άρα κατάλληλη οριοθέτηση της σχέσης του ψυχωσικού με τον θεραπευτή του είναι δύσκολη μεν αλλά απαραίτητη για την αποφυγή έκλυσης έντονου άγχους από την πλευρά του αρρώστου αλλά και αρνητικών αντιμεταβιβαστικών συναισθημάτων από την πλευρά του θεραπευτή” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ο Σακελλαρόπουλος τονίζει ότι “είναι γνωστές οι ψευδο-ερωτικές εκδηλώσεις σχιζοφρενών ασθενών στις θεραπεύτριες τους, πρόβλημα συχνό στις ομάδες ενδονοσοκομειακής κυρίως λειτουργίας. Η ανάγκη αποκωδικοποίησης της σημασίας του συμπτώματος αυτού είναι εν προκειμένω αναγκαία. Λαμβάνοντας υπόψη μια σειρά ψυχοπαθολογικών δεδομένων γίνεται σαφές εκείνο που αναζητάει ο ασθενής σε παρόμοιες περιπτώσεις δεν είναι μια σεξουαλική πράξη, μια ερωτική σχέση, αλλά ζητάει τη σχέση βρέφους με μια μητέρα. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι πρέπει να μείνει θεραπεύτρια εκτεθειμένη στον κίνδυνο- φυσικό και ψυχολογικό- μιας τέτοιας εμπειρίας. Η οριοθέτηση τέτοιων καταστάσεων είναι και πάλι τεράστιας σημασίας. Ο τρόπος που απευθύνεται ο θεραπευτής στον θεραπευόμενο είναι επόμενο να είναι εξαιρετικά ουσιαστικό ζήτημα μέσα στο πλαίσιο των ορίων ασθενή-θεραπευτή. Ένα παράδειγμα στο θέμα των ορίων και της απόστασης στη σχέση ψυχοθεραπευτή-ψυχωσικού σε κατάσταση κρίσης, είναι ο τύπος επικοινωνίας εκτός συνεδρίων: Σε πολλές καταστάσεις μπορεί πράγματι να ειπωθεί στον άρρωστο ότι έχει τη δυνατότητα ότι έχει τη δυνατότητα να τηλεφωνήσει στο θεραπευτή του

οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας. Ανάλογο χειρισμό θα μπορούσε να κάνει ο θεραπευτής προκειμένου να αποφευχθεί πιθανότητα υποτροπής κατά τη διάρκεια των διακοπών. Ακόμη δεν αποκλείεται να τηλεφωνήσει ο ίδιος ο θεραπευτής σε συγκεκριμένη ημέρα και ώρα στον άρρωστο και την οικογένεια του (Lempriere, 1995). Στον μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων ο θεραπευόμενος δεν θα έχει την ανάγκη να τηλεφωνήσει. Του φθάνει να είναι σίγουρος ότι ο θεραπευτής του βρίσκεται παρών στο ψυχιατρικό πεδίο. Ο ψυχωσικός λειτουργεί όπως το βρέφος στον πρώτο χρόνο της ζωής όπου μόλις εξαφανιστεί η μητέρα από τον χώρο του, μόλις εξαφανιστεί από το οπτικό και αισθητηριακό του πεδίο, χάνεται για αυτό (Freud, 1914). Όλα αυτά διαδραματίζονται πολύ περισσότερο εξωλεκτικά παρά λεκτικά και για αυτό πρέπει με ανάλογο τρόπο ο θεραπευτής να περάσει στον ψυχωσικό άρρωστο” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

“Η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες δυσκολίας στη θεραπεία των ψυχώσεων, ειδικότερα ως προς τα συναισθήματα που γεννάει στον θεραπευτή” σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (2003). Οι συχνές αυτοκτονίες των αρρώστων αποτελούν τη συνειδητή ή ασυνείδητη αιτία για την οποία πολλοί θεραπευτές αποφεύγουν την θεραπεία της ψύχωσης. Ο Σακελλαρόπουλος αναφέρει ότι προϋπόθεση για κάποιον θεραπευτή όταν αναλαμβάνει την θεραπεία κάποιου αρρώστου είναι αν αντέχει στη περίπτωση πιθανής αυτοκτονίας του (Nacht, 2003). Επίσης θα πρέπει ο ναρκισσιστικός εαυτός του θεραπευτή να αντέχει το θάνατο του αρρώστου. Οι ιδέες αυτοκτονίας και η γνήσια αυτοκτονική διάθεση συναντώνται σε σχιζοφρενείς ασθενείς όταν η κατάτμηση των εγωτικών λειτουργιών τους έχει δημιουργήσει μια ενδοψυχική πραγματικότητα επιβεβλημένης αυτοκαταστροφής, αλλά και στον καταθλιπτικό ασθενή που οι επιθετικές του διαθέσεις δεν μπορούν να ελεγχθούν από τις άμυνές του μέσα σε ένα πλαίσιο υπερεγωτικής υπερλειτουργίας. Και στις δύο περιπτώσεις το μόνο εργαλείο που έχει ο θεραπευτής για να βοηθήσει τον άρρωστο, είναι η μεταβίβαση πάντα μέσα στα πλαίσια που προαναφέρθηκαν. Το μοναδικό μέσο προσέγγισης και επικοινωνίας του θεραπευτή είναι και πάλι η συναισθηματική μεταβίβαση και συνεπακόλουθη αντιμεταβίβαση: το ότι έχει επενδύσει πάνω του, το ότι είναι αυτός ο μοχλός που έχει για να επιβιώσει ή για να μην επιβιώσει, αν αυτός δεν τον εγκρίνει. Η Κατανόηση της δύναμης του φαντασιωσικού περιεχομένου της συμπεριφοράς του ασθενούς μπορεί να είναι το δυνατότερο και αμεσότερο φάρμακο για αυτόν. Και αυτό είναι χρήσιμο να το έχει υπόψη ο θεραπευτής όταν βρίσκει το εαυτό του να σκέφτεται ότι μπορεί να λυθεί το πρόβλημα με τη μαγική λύση της αυξομείωσης

φαρμάκων. Κάτι τέτοιο θα σήμαινε μια αντιμεταβιβαστική σχέση προδοσίας του αρρώστου” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ποια η θεραπευτική προσέγγιση του θεραπευτή προς τον σχιζοφρενή ασθενή που έχει τάσεις αυτοκτονίας? Η απάντηση είναι η εξής: Σύμφωνα με τον Σακελλαρόπουλο (2003) ο θεραπευτής “θα χρειαστεί να πεί στον άρρωστο ότι καταλαβαίνει πως το άγχος του είναι μεγάλο, ότι υποφέρει πάρα πολύ από αυτό, τόσο ώστε να νομίζει πως η μόνη λύση είναι ο θάνατος. Ότι είναι η λύτρωση ο θάνατος αλλά από αυτή την κατάσταση έχει τη δυνατότητα να βγει και ότι ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει και θα κάνει κάθε προσπάθεια για αυτό. Σε αυτή τη περίπτωση θα ήταν σφάλμα να γίνει αναφορά στα αρνητικά συναισθήματα και στην επιθετικότητα του αρρώστου προς τον θεραπευτή και προς τους άλλους μέσω της αυτοκτονίας γιατί ο σχιζοφρενής άρρωστος είναι παντελώς εκτός πραγματικότητας και δεν μπορεί να αποδεχθεί την επιθετικότητα του εφόσον οι σχάσεις του τον έχουν καταστήσει νοηματικά αδύναμο, αποπροσωποποιημένο και συναισθηματικά χαώδη. Εν προκειμένω, ο θεραπευτής θα δουλέψει κατά κύριο λόγο με τη θετική μεταβίβαση για να βοηθήσει τον θεραπευόμενο, χρησιμοποιώντας όσο το δυνατόν τα δικά του θετικά συναισθήματα προς εκείνον”. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι “ο ψυχωσικός άρρωστος στη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ζητά να ταυτιστεί ταχύτατα το θεραπευτή με το αρχαϊκό ον: αυτή την αρχαϊκή αδιαφοροποίητη από πλευράς φύλου ύπαρξη (Παναγούτσος, 1993). Πρόκειται για επανάληψη ταυτίσεων που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στις πρώτες συναισθηματικές σχέσεις του βρέφους και στις πρώιμες αποστερήσεις που υπέστη, με αποτέλεσμα, στο βαθμό που χαρακτηρίζονται από σαθρότητα και ανεπάρκεια, να συμβάλλουν στην έκλυση, αργότερα, της ψύχωσης. Έτσι ο ψυχωσικός άρρωστος στην θεραπευτική σχέση που γρήγορα εγκαθίσταται, έχει δύο δυνατότητες ταύτισης με την εικόνα που αντιπροσωπεύει ο θεραπευτής. Η μια δυνατότητα είναι να μπει ο ασθενής στη θέση του ανήμπορου βρέφους του πρώτου χρόνου ζωής και η άλλη να ταυτιστεί με την αρχαϊκή μητέρα. Οι ταυτίσεις είναι πολλαπλές και εναλλάσσονται η μία με την άλλη και με τις ενδιάμεσες μορφές τους. Η αρχαϊκή μητέρα παίρνει τον ρόλο του βρέφους ή ο θεραπευτής θα πάρει τη θέση του βρέφους και ο θεραπευόμενος της αρχαϊκής μητέρας. Ενδιάμεσες καταστάσεις που είναι πιο ώριμες, είναι δυνατόν να επισυμβούν όσο η θεραπεία προχωρά” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Ο Σακελλαρόπουλος (2003) τονίζει “ότι αυτός είναι και ο κύριος ρόλος της θεραπευτικής διαδικασίας δηλαδή ο ψυχοθεραπευτής προσφέρεται με την εξωλεκτική κυρίως συμπεριφορά του, ώστε να

μπορέσει ο ψυχωσικός άρρωστος όλο και περισσότερο να κάνει ωριμότερες και περισσότερες εξελιγμένες ταυτίσεις μαζί του”. Έτσι ο ωριμοποιός ρόλος των ταυτίσεων αποτελεί τον κύριο παράγοντα που θα βοηθήσει τον άρρωστο να προχωρήσει σε μια συμπεριφορά που τελικά θα είναι αρκετά κοντά στη συμπεριφορά του νευρωσικού αρρώστου, δηλαδή, θα προχωρήσει σε μια συμπεριφορά η οποία είναι κοντά στην τριαδικοποίηση, ξεκινώντας από την αυστηρά δυαδική σχέση (Παναγιώτσος, 1993). “Η περίπτωση της Λέρου έχει αποτελέσει την τελευταία δεκαετία ένα τυπικό, αν και ακραίο, παράδειγμα του ασυλικού τύπου δυαδικής ή και αμιγούς αυτό-ερωτικής παλινδρόμησης. Μέσα από αυτούς τους ασθενείς μπορούν να επισημανθούν οι ιδιαίτερες δυσκολίες που υπάρχουν στην προσπάθεια ταύτισης του βαριά παλινδρομημένου αρρώστου με τον θεραπευτή (Μανιαδάκης, 1993). Συχνά οι δυσκολίες αυτές είναι δυνατό να μειωθούν όταν η ταύτιση επιχειρηθεί με κάποιο άλλο ψυχωσικό άρρωστο, λιγότερο παλινδρομημένο. Η χρησιμότητα των ψυχοθεραπευτικών ομάδων εν προκειμένω είναι εμφανής. Στην περίπτωση δηλαδή όπου μειώνεται το χάσμα ανάμεσα στην εικόνα της παντοδύναμης μάνας ή του ημίθεου θεραπευτή με τον άρρωστο, η διαδικασία της ταύτισης προχωρεί ομαλότερα” (Σακελλαρόπουλος, 2003)

4.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ

Σύμφωνα με τα λεγόμενα του Anderson (2003), η επιστημονική-επαγγελματική υποστήριξη που θα παρασχεθεί στο άτομο που θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας έχει σαν στόχο να οδηγήσει το άτομο σταδιακά προς την ανεξαρτησία και κρίνεται καλό ο ίδιος ο ασθενής να την αντιλαμβάνεται ως ένα θετικό βήμα που θα τον επαναφέρει στην προηγούμενη φυσιολογική κατάσταση του. Καθίσταται εύλογο, λοιπόν, για τους παραπάνω λόγους, ότι η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου να οφείλει να βασίζεται πάνω στα εξής σημεία: Σε μια συνεργασία-σύμπραξη που να στηρίζεται στην ισοτιμία, στον αμοιβαίο σεβασμό καθώς και σε μια κατάσταση, στην οποία οι ασθενείς και οι θεραπευτές θα έχουν την ικανότητα να ασκούν και να κατανοούν ο ένας τον άλλον. Να λαμβάνουν και οι δύο πάντα υπόψη τους τις απόψεις που εκφράζονται, κυρίως όταν κάτι αφορά στη λήψη κοινών αποφάσεων. Ένα ακόμη σημείο είναι η καλή επικοινωνία που θα πρέπει να αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Η αβεβαιότητα για το μέλλον μπορεί να έχει μπορεί να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα ή ακόμα και να δυσκολέψει τη προσπάθεια εγκαθίδρυσης μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή, στον ασθενή και στην οικογένεια του. Η

ειλικρίνεια είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι το άτομο θα πρέπει να γνωρίζει για θέματα που αφορούν την ασθένεια τους. Η πιο συχνή ανάγκη που εκφράζουν οι ίδιοι οι ασθενείς είναι η ανάγκη τους για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση τους, για την φαρμακευτική αγωγή και της πορεία της θεραπείας τους. Η αποτυχία να παρέχει, ο θεραπευτής, την απαραίτητη ενημέρωση που χρειάζονται τα άτομα προκειμένου να πάρουν τις αποφάσεις τους αποτελεί ένα είδος ελέγχου που έρχεται σε αντίθεση με τα ανθρώπινα δικαιώματα του ατόμου. Επομένως, μια θεραπευτική σχέση, για να θεωρείται επιτυχής, θα πρέπει να χτίζεται σε ένα ελεύθερο περιβάλλον, να στηρίζεται στην ειλικρίνεια και ο καθένας να έχει πρόσβαση στην πληροφορία ώστε να είναι ικανός να συνεισφέρει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Anderson, 2003)

Ο Anderson (2003) εξετάζει την επίδραση της ομάδας των θεραπειών στην εξέλιξη και την πρόοδο του ασθενή. “μάδα των θεραπειών περιλαμβάνει μια σειρά ειδικοτήτων όπως: ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, κ.λ.π. όπως επίσης και μια σειρά μη ειδικών, για παράδειγμα κηπουρούς, οικιακούς βοηθούς, μέλη της οικογένειας, φίλους και γείτονες. Καθένας από όλους αυτούς, επαγγελματίες ή μη, μπορεί να συνδράμει και να βοηθήσει στην προσπάθεια υποστήριξης του ασθενή να επανέλθει σε μια φυσιολογική ζωή. Ο καθένας από αυτούς έχει δεξιότητες, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει για να βοηθήσει την πορεία του ασθενή. Οι ασθενείς για να ανακτήσουν την λειτουργικότητα τους χρειάζεται να κινητοποιηθούν. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να καταστήσει τον ασθενή ικανό να αυτοεξυπηρετείται. Αντίθετα, δεν αποτελεί ρόλο του θεραπευτή η προσπάθεια να γίνονται πράγματα για τον ασθενή χωρίς τη συμμετοχή του ίδιου. Θα πρέπει, επιπλέον, να εφαρμόζεται μια διαδικασία ιεράρχησης και αξιολόγησης των προτεραιοτήτων, ώστε να εξασφαλίζεται η ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή. Το κομμάτι αυτό αφορά κυρίως τους επαγγελματίες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μη ειδικοί δεν μπορούν να συνεισφέρουν. Η αξιολόγηση έχει στόχο να αναγνωρίσει τα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν, ώστε οι ασθενείς να κατορθώσουν να ξαναπάρουν τη ζωή τους στα χέρια τους. Από τη στιγμή που έχουν αναγνωριστεί τα εμπόδια, μπορεί να οργανωθεί ένα σχέδιο-πρόγραμμα, το οποίο θα βοηθήσει στη συστηματική κινητοποίηση τους. Το πρόγραμμα πρέπει να καταρτίζεται σε συνεργασία με τον ασθενή, την οικογένεια και όλους τους θεραπευτές που εμπλέκονται. Η συμφωνία όλων στα βασικά σημεία θα επιτρέψει τη σωστή επικέντρωση των ενεργειών του καθένα” (Anderson, 2003)

Ο Leston (2004) υποστηρίζει ότι “η δύναμη της θεραπευτικής συμμαχίας σχετίζεται στενά με τις εκβάσεις θεραπείας (Safran&Muray 2000). Η ίδια η συμμαχία έχει ταυτοποιήσιμα συστατικά και μπορεί εύκολα να διδαχθεί. Η οικοδόμηση της περιλαμβάνει επίσης χαρακτηριστικά που αποτελούν μέρος της θεραπείας. Δεν πρέπει να υποβαθμίζεται και να θεωρείται όμοια με την κατάσταση placebo ή μη ειδικές επιδράσεις. Οι επιδράσεις της είναι αντίθετα πολύ συγκεκριμένες. Ούτε πρέπει, για να οικοδομηθεί μια αποτελεσματική συμμαχία, να αναμένουμε να εμφανιστεί βαθμιαία, όπως στην κλασική ανάλυση, μια θετική ή μη επιβλαβής μεταβίβαση (transference). Η δημιουργία συμμαχίας είναι η πρώτη αποστολή της κλινικής εργασίας οπότε ο σκοπός δεν είναι σε μεγάλο βαθμό ερευνητικός. Ο Leston Havens (2004) επισημαίνει ότι ο σχηματισμός συμμαχίας πραγματοποιείται εντός ρεαλιστικών χρονικών περιορισμών. Ο πρώτος στόχος για τον κλινικό γιατρό είναι να βρει τον ασθενή και για τον ασθενή να βρει τον κλινικό γιατρό, αφού είναι απαραίτητοι και οι δυο για μια πραγματική σχέση. Δεύτερος στόχος είναι η αντιμετώπιση των διαφορών μεταξύ ασθενούς και κλινικού γιατρού” (Leston, 2004).

Όταν ο Leston (2004) αναφέρει ότι ο κλινικός γιατρός πρέπει να βρει τον ασθενή, εννοεί ότι πρέπει να ταυτοποιήσει και να αναγνωρίσει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς, τη δύσκολη θέση στην οποία βρίσκεται ως άνθρωπος και τις ελπίδες ή την έλλειψη ελπίδων για το μέλλον που φέρνει ο ασθενής στην κλινική συνάντηση. Επίσης, επειδή συμμαχεί κανείς με ένα άτομο χάριν της μεταβολής των καταστάσεων των συναισθημάτων και των δυσχερειών του και χάριν εκπλήρωσης ελπίδων. Πρέπει να ταυτοποιεί και να υποστηρίζει τις πλευρές του ατόμου πέρα, από τον πόνο-για παράδειγμα, το θάρρος, την επιμονή, την εφευρετικότητα ή διάφορα ιδανικά. Ο ασθενής έρχεται στον κλινικό επειδή υποφέρει. Η αναγνώριση αυτού του γεγονότος ανοίγει το δρόμο για τη συμμαχία. Η επανόρθωση των αιτιών του πόνου του, ωστόσο, απαιτεί συμμαχία τόσο με τα δυνατά σημεία όσο και με τις ελπίδες του ασθενούς. Δεν αρκεί ο κλινικός να κατανοήσει τόσο τον πόνο όσο και τα δυνατά σημεία του ασθενούς. Την κατανόηση αυτή πρέπει ο κλινικός να τη γνωστοποιήσει και πάλι στον ασθενή για να ξεκινήσει η συμμαχία. Ο ασθενής έχει ανάγκη να αισθάνεται ότι τον ακούει ο κλινικός και ότι τον βλέπει- δηλαδή, ότι τον συναντά και τον γνωρίζει ένα άλλο άτομο. Αυτό είναι η αρχή του συναισθηματικού δεσμού. Και ο ασθενής έχει ανάγκη να ξέρει τι σκοπεύει να κάνει για τον πόνο του ο πιθανός σύμμαχος- δηλαδή, τα καθήκοντα και τους στόχους του κλινικού. Η κατανόηση από τον ασθενή των καθηκόντων και των στόχων του κλινικού μπορεί να παραλληλιστεί με την αναγνώριση από τον κλινικό

γιατρό των δυνατών σημείων και ελπίδων του ασθενούς. Συχνά δεν είναι απαραίτητο να αναλύονται λεπτομερώς και επακριβώς οι μέθοδοι και οι στόχοι των κλινικών, αλλά να επεξηγούνται ή να ενσωματώνονται στις κλινικές αλλαγές (Leston, 2004).

Συνεχίζοντας ο Leston (2004), τονίζει το γεγονός της οικοδόμησης της συμμαχίας ως μια διαδικασία “ δούναι και λαβείν”. Γενικά ο ασθενής πρώτα δίνει κάποιο μέτρο του πόνου που ο κλινικός γιατρός αναγνωρίζει και ξαναπεριγράφει έτσι ώστε ο ασθενής να νιώθει ότι τον ακούει: ο ασθενής δίνει, ο κλινικός γιατρός παίρνει και μετά ξαναδίνει. Συχνά ο κλινικός γιατρός δεν “καταλαβαίνει σωστά” την πρώτη φορά και χρειάζεται διαδοχικές εν νέου περιγραφές για να βρει τον ασθενή. Πολλές φορές, η ημερήσια διάταξη μετατοπίζεται με σκοπό την ανακάλυψη του κλινικού γιατρού στο τι έχει να προσφέρει. Συχνά, αυτό διαφέρει από μέθοδο σε μέθοδο- ψυχολογική, φαρμακολογική, βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη. Πολλές φορές επίσης, οι ασθενείς προσέρχονται σε συγκεκριμένους κλινικούς γιατρούς για συγκεκριμένες θεραπείες και ξέρουν τουλάχιστον σε γενικές γραμμές τις απαντήσεις τους. Ο κλινικός γιατρός μπορεί να δώσει μια επίσημη περιγραφή των καθηκόντων και των στόχων ή, όπως μόλις περιγράφηκε, να προχωρήσει σε μια επεξήγηση των καθηκόντων και των στόχων με κλινική δράση. Προς εμπάθυνση της συμμαχίας, έχει διαπιστωθεί ότι είναι χρήσιμο (Orlinsky και συν., 1994), για τους κλινικούς γιατρούς να εκμαιεύουν τις απαντήσεις των ασθενών στις περιγραφές των καθηκόντων και των στόχων: “είναι κατανοητές και αποδεκτές?”. Οι ίδιες οι αλληλουχίες λαμβάνουν χώρα με τις περιγραφές των δυνατών σημείων από τους κλινικούς γιατρούς. Είναι άξιο να σημειωθεί ότι οι περιγραφές αυτές γίνονται τόσο σπάνια που οι ασθενείς συχνά μπερδεύονται ή απωθούνται. Το σκεπτικισμό αυτό επιτείνουν οποιεσδήποτε τάσεις αυταπάρησης από πλευράς ασθενούς. Ο σκεπτικισμός αυτός δεν είναι σπάνιος στην ειδικά στην ιατρική πρακτική, όπου τα σημεία εκμαιεύονται σε βάση ρουτίνας. Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί ο σκεπτικισμός αυτός προς όφελος του ασθενούς. Για παράδειγμα: “Ένας 30χρονος άνδρας θρηνούσε για αυτό που αποκαλούσε αργή είσοδο στη ζωή του. Δεν είχε παντρευτεί και ήταν αναποφάσιτος όσο αφορά τη σταδιοδρομία του. Στον κλινικό γιατρό φαινόταν άτομο σκεπτικό και με ανεξάρτητη σκέψη. Ο κλινικός γιατρός απάντησε στην αυτοπεριγραφή του ασθενούς παρατηρώντας ότι ο ασθενής μπορεί να είχε ενεργήσει φρόνιμα που δεν βιαζόταν αντί να κάνει το αναμενόμενο και να το μετανιώσει αργότερα. Ο ασθενής το άκουσε αυτό με σκεπτικισμό, αλλά είχε γίνει η αρχή” (Leston, 2004).

Μια εντονότερη αντίθεση μεταξύ διάγνωσης και δυνατών σημείων

δίνει ένα άλλο παράδειγμα, σύμφωνα με το Leston Havens(2004): “Μια 42χρονη καθηγήτρια μουσική παραπέμφθηκε για θεραπεία όταν αρνήθηκε τη φαρμακοθεραπεία σε ένα νοσοκομείο όπου είχε διαγνωσθεί ως σχιζοσυναισθηματική. Κατά τη συζήτηση της διδασκαλίας, ήταν προφανές ότι είχε το χάρισμα να ξυπνά το ενδιαφέρον των παιδιών για τη μουσική και να τα βοηθά να εκφράζουν αυτό που ένιωθαν για τη μουσική. Το ταλέντο της να γνωστοποιεί αυτό που φαινόταν συναισθηματικά πραγματικό την απομόνωνε, ωστόσο, και δεν έχαιρε αναγνώρισης, ούτε καν στο χώρο εργασίας της όπου τη θεωρούσαν ιδιόρρυθμη. Μόλις αναγνωρίστηκε, ωστόσο, αυτό το χάρισμα μπορούσε πλέον να πανηγυριστεί και η αίσθηση της αποδεκτής ατομικότητας της να ενισχυθεί”. Η ευρέως διαδεδομένη επικέντρωση στη παθολογία, ιδιαίτερα πριν παγιωθεί μια συμμαχία, δεν προκαλεί μόνο πτώση ηθικού, αλλά στερεί και τους κλινικούς γιατρούς από ένα σύμμαχο. Το εντός πλαισίου κείμενο που ακολουθεί παρουσιάζει τη διαδοχική εκτύλιξη μια αποτελεσματικής συμμαχίας (Leston, 2004).

ΒΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΣΥΝΑΝΤΗΘΟΥΝ

Ασθενής

Κλινικός γιατρός

- | | |
|---|---|
| <p>1) Εκθέτει πόσο υποφέρει</p> | <p>2) Το δέχεται</p> |
| <p>4) Αναγνωρίζει και διορθώνει την κατά προσέγγιση περιγραφή</p> | <p>3) Στέλνει πίσω στον ασθενή μια κατά προσέγγιση περιγραφή των συναισθημάτων, των δυσχερειών και των ελπίδων του ασθενούς</p> |
| <p>6) Ο ασθενής συμφωνεί ή διαφωνεί</p> | <p>5) Σημειώνει τα δυνατά σημεία του ασθενούς και τα δηλώνει ως τέτοια</p> |
| <p>7) Αναρωτιέται τι θα κάνει ο κλινικός γιατρός</p> | <p>8) Απαριθμεί τα καθήκοντα και τους στόχους</p> |
| <p>9) Δέχεται ή αμφιβάλλει</p> | |

Πηγή: (Leston ,,2004)

Ο Leston (2004) κρίνει πώς η επίτευξη αυτών των βημάτων δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη, μπορούν μόλις γίνουν κατανοητά, να επιτευχθούν με εκπληκτική ταχύτητα. Όταν ο ασθενής και ο κλινικός γιατρός βρουν ο ένας τον άλλο αποδεκτό, η συμμαχία εδραιώνεται. Ο

Leston υποστηρίζει, επιπλέον, ότι οι κλινικοί δουλεύουν στο σκοτάδι. Και αυτό γιατί, από τη μία πλευρά έχουν ένα άτομο που ίσως αποκαλύπτει με ειλικρίνεια τον εαυτό του. Από την άλλη όμως, υπάρχει πάντα η τεράστια εσωτερική ζωή και η μακρά προϊστορία του ασθενούς, μεγάλο μέρος της οποίας είναι απρόσιτο ακόμα και στον ίδιο τον ασθενή, που εκτείνεται πίσω, στις ρίζες του ασθενούς της οικογένειάς του. Η ανθρώπινη ειλικρίνεια άλλωστε δεν φτάνει πολύ μακριά. Ακόμα και η βαθύτερη εμπλοκή δεν σημαίνει ότι η καρδιά και το μυαλό του κλινικού έχουν ανοίξει εντελώς. Επομένως οι κλινικοί δουλεύουν στο σκοτάδι και συχνά σκοντάφτουν ο ένας στον άλλο. Είναι εκπληκτικά μεγάλος ο αριθμός των ανθρώπων που δεν έτυχαν ποτέ καλής θεραπείας, έτσι οι κλινικοί γιατροί έχουν μπροστά τους όχι μόνο πλούσια ταξίδια εξερεύνησης αλλά και πολλούς ευγνώμονες συντρόφους. Για παράδειγμα, η παρανοειδής ή βασισμένη σε ιδέες μεγαλείου παρουσίαση προκαλεί κλινικές προσπάθειες διόρθωσης ή ελέγχου αυτών των φαινομένων. Ο ασθενής και ο θεραπευτής συγκρούονται και τίθενται αμέσως ο ένας εναντίον του άλλου. Στο άλλο άκρο βρίσκονται εκείνες οι μικρές διαφορές στάσης ή γνώμης που αμφισβητούν το ποιος είναι ο θεραπευτής (Leston, 2004)

Και κάθε διαδοχική πρόταση αντιπροσωπεύει μια πιθανή επίθεση κατά προσδοκιών του θεραπευτή. Οι συγκρούσεις πρέπει να αναμένονται, να αντέχονται και να περιορίζονται στην επίδραση πάνω στους θεραπευτές. Όσα περισσότερα ξέρει από τη ζωή ο θεραπευτής, τόσο καλύτερα προετοιμασμένος θα είναι αλλά δεν θα μπει ποτέ τέρμα στις εκπλήξεις που τον περιμένουν. Όταν θεωρούνται αναμενόμενες οι συγκρούσεις ίσως μπορούν να περιοριστούν. Αν παρατηρήσει ο θεραπευτής τι προκάλεσε την σύγκρουση τότε υπάρχει ένα σημείο προς επιβεβαίωση: μπορούν να υποστηρίξουν το δικαίωμα του ασθενούς να έχει αυτό με το οποίο έγινε η σύγκρουση. Ο πειρασμός θα είναι να παθολογοποιήσει ο θεραπευτής ή ακόμα και να χλευάσει αυτό με το οποίο συγκρούστηκε, ιδιαίτερα με τις παρανοειδείς και βάσιμες στις ιδέες μεγαλείου παρουσιάσεις, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη συμμαχία. Οι ασθενείς με καταθλιπτική ή αγχώδη εικόνα είναι ευκολότερα δεκτοί. Παράδειγμα: “Μια ασθενής, που ήταν καταθλιπτική, αρνιόταν ότι είχε αυτοκτονικότητα. Ο κλινικός γιατρός υποπτεύθηκε ότι η άρνηση της πήγαζε από το φόβο της νοσηλείας που του είχε αποκαλύψει νωρίτερα. Η επιβεβαίωση του φόβου θα μπορούσε απλώς να τον επαυξήσει. Ο θεραπευτής υποπτευόταν επίσης ότι η ασθενής ήθελε να διατηρήσει την επιλογή να αυτοκτονήσει ως μέσο απόδρασης από τις πραγματικότητες, και κυρίως τις απώλειες, που ένιωθε ότι ήταν αφόρητες για αυτήν. Αν συνέβαινε όντως αυτό, αυτό που έπρεπε να περιοριστεί ήταν

επίδραση αυτών των απωλειών. Έχοντας αυτό κατά νου, ανασκόπησε ο θεραπευτής της τις απώλειες της και την εύλογη επίδραση τους, εκφράζοντας τις δυσκολίες που πρέπει να είχε βιώσει. Μόλις κατάλαβε ότι ήξερε ο θεραπευτής τι είχε βιώσει και το εξαιρετικό βάρος τους, ένιωσε ότι δεν ήταν μόνη και ανακουφίστηκε. Η ίδια αργότερα ανέφερε τη νοσηλεία ως πιθανή λύση αν δεν διαρκούσε η ανακούφιση” (Leston, 2004)

Ο Leston (2004) αναφέρεται σε ένα ακόμη βήμα που μπορεί να κάνει ο θεραπευτής και το ονομάζει “επέκταση της επιβεβαίωσης”. Για να κάνει αυτό, απαιτείται να κατανοηθούν μερικές από τις υποκειμενικές στάσεις του ασθενούς οι οποίες, τουλάχιστον εξηγούν το λόγο για τον οποίο συγκρούστηκε ο θεραπευτής με τον ασθενή. Για παράδειγμα τα παρανοειδή άτομα συχνά έχουν πολύ ισχυρές προσδοκίες για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να συμπεριφέρονται οι άλλοι και εκπλήσσονται και συχνά γίνονται έξαλλα όταν οι ελπίδες αυτές δεν υλοποιούνται. Έτσι, μπορούν να ενωθούν οι θεραπευτές μαζί με τους ασθενείς αναγνωρίζοντας τις προσδοκίες και τη δυσπιστία. Η ψυχωσική συμπεριφορά είναι συνάρτηση όχι μόνο συνδρομικών φαινομένων αλλά και της υποκείμενης δομής του χαρακτήρα. Σκοπός της επέκτασης της επιβεβαίωσης είναι να μεταφέρει τη συμφωνία σε νέο έδαφος, να φέρει την απόγνωση στην ελπίδα για το μέλλον και να φέρει την παρανοειδή θέση στην κατανόηση του γιατί οι ιδέες δίωξης μπορούν να θεωρηθούν ανθρώπινες εσφαλμένες εκτιμήσεις. “Το δυσκολότερο εγχείρημα στην κλινική εργασία είναι όχι μόνο να βρίσκουμε την αποδεκτή κατανόηση, αλλά και να τη μεταβιβάζουμε κατά τρόπο αποδεκτό” (Leston, 2004).

ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩ

Ασθενής	Κλινικός γιατρός
1. Παρουσιάζει το σημείο σύγκρουσης	2. Το αντέχει και το περιορίζει
3. Η σχέση δεν καταστρέφεται	4. Επιβεβαίωση: τοποθέτηση του σημείου διαφοράς κατά τρόπο αποδεκτό (δηλαδή, δίνοντας στα άτομα με παρανοειδείς ιδέες ή ιδέες μεγαλείου το δικαίωμα ναιώθουν θυμωμένα ή υπερήφανα)
5. Διαμόρφωση του θυμού ή της υπερηφάνειας	6. Επέκταση της επιβεβαίωσης: ανεύρεση ενός υποκείμενου λόγου για την οργή (fury) ή τις ιδέες μεγαλείου έτσι που ένα χαρακτηριστικό του χαρακτήρα να είναι κατανοητό και να μοιράζεται (για παράδειγμα, αναγνωρίζοντας την αυξημένη αίσθηση δικαιοσύνης και την απογοήτευση στις παρανοειδείς περιπτώσεις ή την ανάγκη για μεγάλα ιδεώδη στις ιδέες μεγαλείου)

Πηγή: (Leston , 2004)

Ολοκληρώνοντας, ο Leston (2004) επισημαίνει ότι η συμμαχία χαρακτηρίζεται ως επίδραση υποβολής ή επίδρασης θετικής μεταβίβασης. Η συνέπεια είναι ότι δεν μπορεί να υπαχθεί στην αντικειμενική εργασία. Συνήθως μάλιστα συμβαίνει το αντίθετο. Ο προφανέστερος λόγος είναι ότι, αν οι δυο πλευρές δεν έχουν αμοιβαία εμπιστοσύνη μπορεί να παρεμποδίζεται η ειλικρινής συζήτηση. Φυσικά μια αποπλανητική συμμαχία παραμορφώνει την επικοινωνία και κάθε επικέντρωση στα δυνατά σημεία του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί προσπάθεια αποπλάνησης, ιδιαίτερα εφόσον οι θετικές δηλώσεις για τον ασθενή, τουλάχιστον με βάση πολλές αναφορές περιπτώσεων, σπάνια εκστομίζονται και μπορεί να λέγονται υποκριτικά. Αν λεχθούν, πρέπει να είναι ειλικρινείς. Μπορεί επίσης να λεχθεί, ωστόσο, ότι ο αρνητικός τόνος που τόσο συχνά καλλιεργείται από τη σημερινή, σε μεγάλο βαθμό παθολογική έμφαση στη θεραπεία παραμορφώνει επίσης. Οπωσδήποτε το επιθυμητό είναι να βρεθεί μια μέση

οδός μεταξύ των δύο. Μια αποτελεσματική συμμαχία μπορεί να εξελιχθεί σε βαθιά σύνδεση, με την οποία δεν εννοείται μόνο ειλικρίνεια, αλλά την ανάκτηση αναμνήσεων, ονείρων, επώδυνων σημείων και πηγών ντροπής- μια στάση ανοικτή τόσο στους άλλους όσο και στις ίδιες τις αναμνήσεις και τα συναισθήματα του θεραπευτή. Μια βασική δοκιμή του βάθους αυτής της σύνδεσης είναι η εμπειρία της έκπληξης. Ένας ασθενής ανέφερε “Δεν το πιστεύω ότι το είπα ποτέ αυτό σε κάποιον”, ενώ ένας άλλος είπε, “Δεν το πιστεύω ότι σας το είπα αυτό”. Η συμμαχία είναι επίσης απαραίτητη αν θέλει ο θεραπευτής να διατηρηθεί η στιγμή της εναισθησίας. Κατά πάσα πιθανότητα, οι περισσότερες από αυτές τις στιγμές περνούν επειδή δεν είναι προφανής η σημασία τους ή επειδή παρασέρνονται από τη συνηθισμένη συμπεριφορά και σκέψεις. Η εμπειρία μιας νέας ιδέας που συμμαχίζονται και οι δύο οι πλευρές, τη συλλογίζονται και την εξετάζουν διεξοδικά, είναι αυτή που φέρνει πραγματική αλλαγή. Οι δύο πλευρές τη ζουν μαζί. Τέλος, θα αναφερθούμε σε κάτι συγκεκριμένο που γράφει ο Leson Havens “Σήμερα πολλές φαρμακοθεραπείες ενεργούν σε όλες τις διαγνωστικές ομάδες. Οι επιδράσεις της συμμαχίας επίσης είναι υπεράνω συγκεκριμένων μεθόδων ψυχοθεραπείας. Και οι μεν και οι δε μπορεί να επηρεάζουν σοβαρές ψυχοπαθολογικές διεργασίες”(Leston, 2004)

4.4. Η ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ -ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ-

Η Τάσση (1995) μας εισάγει την σπουδαιότητα που λαμβάνει η τεχνική της προετοιμασίας για τον αποχωρισμό του θεραπευτή στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης με τον θεραπευμένο. Η Τάσση αναφέρεται αρχικά σε μια ειδική κατάσταση στην ψυχοθεραπεία, “ η οποία αποτελεί ένα είδος πρόβας για τον οριστικό αποχωρισμό: πρόκειται για τις διακοπές του θεραπευτή που αποτελούν προσωρινή διακοπή της ψυχοθεραπείας και κινητοποιούν άγχος αποχωρισμού. Ο ασθενής (θεραπευμένος) πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων πότε θα λείψει ο θεραπευτής του. Και το πότε θα του ανακοινωθεί εξαρτάται από τη συχνότητα των συνεδρίων, τη συναισθηματική ωριμότητα του ασθενούς και την ψυχοπαθολογία του. Σίγουρα δεν βοηθά να γίνει η ανακοίνωση την τελευταία στιγμή ούτε όμως και πολύ καιρό πριν γιατί αυτό μπορεί να παρατείνει άσκοπα το άγχος του ασθενούς και μπορεί, στην πραγματικότητα, να αντανakλά αρνητικά αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα από την πλευρά του θεραπευτή (επιθετικότητα προς τον ασθενή ή ανυπομονησία να φύγει). Και πάντα πρέπει να δίνεται μια εξήγηση για την αναγκαιότητα της προσωρινής αυτής διακοπής και να τονίζεται πως κάποιος άλλος θεραπευτής θα είναι

διαθέσιμος σε περίπτωση ανάγκης” (Τάσση, 1995)

Συνεχίζοντας, η Τάσση, αναφέρει ότι “ακόμα κι όταν έχει γίνει άριστη προετοιμασία, οι περισσότεροι ασθενείς θα αντιδράσουν στην απουσία του θεραπευτή με κάποιο βαθμό άγχος και θυμό. Όταν ο θεραπευτής επιστρέψει, μερικοί ασθενείς μπορεί να έρθουν πολύ νωρίτερα στο πρώτο ραντεβού τους (π.χ ψυχωσική ασθενής που ήρθε 2 ημέρες νωρίτερα) ή να παραλείψουν να έρθουν μέσα από μια ασυνείδητη αντιπαλότητα με τον θεραπευτή τους. Μερικοί μπορεί να πουν πόσο επιδεινώθηκαν τα συμπτώματά τους (ενόσω ο θεραπευτής τους αναπαυόταν ή διασκέδαζε) ή να αναφέρουν εφιαλτικά όνειρα όπου, π.χ σκληροί γονείς εγκαταλείπουν κ.λ.π. Το καλύτερο που έχει να κάνει ο θεραπευτής σε αυτές τις περιπτώσεις είναι: να ακούσει υπομονετικά. Να μην αρχίσει να αμύνεται και να απολογείται. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα αρνητικά του συναισθήματα. Αργότερα, θα μπορούσε να σχολιάσει πως αν είναι κάτι που οφείλει να διδάξει ο θεραπευτής σε έναν (ψυχωσικό) ασθενή, είναι η ικανότητα να βλέπει την πραγματικότητα του κόσμου γύρω του- και κομμάτι της πραγματικότητας είναι και ότι ο θεραπευτής μερικές φορές απουσιάζει, ότι ο θεραπευτής δεν είναι παντοδύναμος” (Τάσση, 1995)

Όπως και διαπιστώνεται με τα παραπάνω, η εξέλιξη του τέλους μια ψυχοθεραπείας δεν είναι πάντα ομαλή, με βάση την Τάσση. “Ακόμα και τις αισιόδοξες περιπτώσεις η τελική φάση είναι συχνά δύσκολη, διότι τα προβλήματα της μεταβίβασης αλλά και της αντιμεταβίβασης αυξάνουν. Σχεδόν χωρίς εξαίρεση παρατηρούνται δείγματα παλινδρόμησης του ασθενούς. Συμπτώματα που από καιρό είχαν υποχωρήσει επανεμφανίζονται. Γενικότερα θα λέγαμε ότι ο ασθενής έχει την τάση, ασυνείδητα βέβαια, να επαναλαμβάνει τον κύκλο που ακολούθησε η θεραπεία του μέχρι την στιγμή εκείνη. Είναι σαν ο ασθενής να λέει στον θεραπευτή του ότι δεν μπορεί να τον αφήσει τώρα, ότι είναι άρρωστος όπως όταν πρωτοήρθε. Επί της τεχνικής του θεραπευτή, ισχύουν αυτά που αναφέρθηκαν και για τις διακοπές (Τάσση, 1995). Δηλαδή:

1) Έγκαιρη ανακοίνωση της αποχώρησης του θεραπευτή, ώστε να έχει ο ασθενής τον απαραίτητο χρόνο να επεξεργαστεί το άγχος αποχωρισμού παρόντος του θεραπευτή. Ο χρόνος της ανακοίνωσης- όπως αναφέρθηκε και για τις διακοπές- εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μερικοί πιστεύουν ότι κάποιος θεραπευτής γνωρίζει πότε θα φύγει όπως π.χ στην περίπτωση ειδικευόμενου ψυχίατρου, οφείλει να το πει από την αρχή στον ασθενή. Άλλοι διαφωνούν υποστηρίζοντας ότι αυτό εμποδίζει τη συναισθηματική επένδυση του ασθενούς στον θεραπευτή, αλλά κι αυτό δεν είναι απόλυτο. Πάντως, ένας θεραπευτής μπορεί να υπενθυμίζει από καιρού

εις καιρού στον ασθενή ότι και αν ακόμα ο ίδιος χρειαστεί κάποια στιγμή να φύγει, η υποστήριξη της ομάδας θα παραμείνει (ενισχύοντας έτσι την μεταβίβαση του ασθενούς όχι τόσο στο πρόσωπο του αλλά στον φορέα) (Τάσσης, 1995)

II) Όταν έρθει η ώρα, η ανακοίνωση να γίνει με στοργή αλλά και σταθερότητα και αποφασιστικότητα από τον θεραπευτή. Ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει πως ο ασθενής μπορεί να εκλάβει την αποχώρηση σαν απόρριψη (λόγω χαμηλής του αυτοεκτίμησης) και να βιώσει άγχος ή πανικό μπροστά στην προοπτική μια εγκατάλειψης από ένα αντικείμενο εξάρτησης. Ο θεραπευτής σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να υπογραμμίσει την πρόοδο που συντελέστηκε στην θεραπεία, κυρίως χάρη στη θέληση και καλή συνεργασία του ασθενούς, καθώς και σε αυτά που έμαθε για τον εαυτό του και την αρρώστια του (Τάσσης, 1995)

III) Ο θεραπευτής πρέπει να ερμηνεύσει ξανά και ξανά το άγχος αποχωρισμού και την ψυχοδυναμική σημασία της επανεμφάνισης των αρχικών συμπτωμάτων (Τάσσης, 1995)

V) Σταδιακή μείωση της συχνότητας των συνεδριών και μείωση του ενεργητικού ρόλου του θεραπευτή βοηθά στη διαδικασία του αποχωρισμού (Στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρική στην Θράκη, η ύπαρξη δυο θεραπευτών για κάθε ψυχωσικό ασθενή είναι εκ των ουκ άνευ) (Τάσση, 1995)

VI) Αν ο θεραπευτής πιστεύει ότι ο ασθενής θα ωφεληθεί από περαιτέρω ψυχοθεραπεία και το επιθυμεί και ο ίδιος ο ασθενής, τότε μπορεί να τον αναλάβει” (Τάσση, 1995)

4.5. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ (*BURN OUT*)

Τι συμβαίνει όταν ο θεραπευτής παθαίνει επαγγελματική εξάντληση; Ο Moore (2003) αναφέρει ότι ένα συχνότερα προβλήματα της δουλειάς με ανθρώπους που δοκιμάζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αυτά της εξουθένωσης (*burn out*) των θεραπευτών. Η εργασία είναι απαιτητική, υπάρχουν κίνδυνοι αυτοκτονίας ή βίας και οι ασθενείς πολύ σπάνια “πηγαίνουν καλύτερα”. Το προσωπικό πολλές φορές αισθάνεται ότι υπάρχει ελάχιστη βελτίωση στους ασθενείς και είναι λογικό να νιώθουν το αίσθημα της απογοήτευσης. Ο Moore(2003) κάνει ορισμένες εκτιμήσεις: “Ανθρωποι με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να αλλάξουν, να αναπτυχθούν και να δώσουν νόημα στη ζωή τους. Το κάθε μέλος του προσωπικού πρέπει να αξιολογεί την αλλαγή στα απλά πράγματα,

για παράδειγμα το γεγονός ότι ένας ασθενής έχει φθάσει στο επίπεδο να μπορεί να αγοράσει τα τσιγάρα του μόνος του αποτελεί βελτίωση, ακόμη και αν δεν είναι σε θέση να δουλέψει (Moore, 2003)

Ο Moore (2002) επισυνάπτει την αντιμετώπιση του Burn out σε τρία σημεία: I) Συναντήσεις του προσωπικού, οι οποίες έχουν ως στόχο να εκφραστούν συναισθήματα και να μοιραστούν τυχόν ανησυχίες. II) Κλινική εποπτεία. Η δυνατότητα του προσωπικού να μιλήσει για τον ασθενή με έναν πεπειραμένο επαγγελματία. III) Η δυνατότητα του προσωπικού να αισθάνεται χρήσιμο. Να γίνει προσπάθεια ανάπτυξης ενός περιβάλλοντος, στον οποίο ο ένας ανταμείβει τον άλλο, π.χ “Εργάζεστε σωστά με εκείνο τον ασθενή”. Το μεγαλύτερο ερευνητικό πρόγραμμα, αναφορικά με την εξουθένωση των νοσηλευτών, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι υπήρχε μια σημαντική έλλειψη ισορροπίας μεταξύ επιπλήξεων και των επιβραβεύσεων. Κρίνεται σημαντικό να επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός “μη ενοχοποιητικού περιβάλλοντος”, ώστε το προσωπικό να μπορεί να αναλάβει την ευθύνη και του επιτρέπεται να κάνει λάθη. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι **εάν το προσωπικό ή το άτομο εξουθενωθεί δεν θα είναι ικανό να εργαστεί και θα πρέπει να διακόψει για κάποιο χρονικό διάστημα ή να αλλάξει μονάδα** (Moore, 2003)

4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος επαγγελματίας ψυχικής υγείας συνοδεύει ιστορικά την κοινωνικοποίηση της ψυχιατρικής μέριμνας (τη στροφή προς την κοινότητα,) τη διεύρυνση του αντικειμένου της Ψυχιατρικής και την αναγκαιότητα μιας πολυμερούς αντιμετώπισης της ψυχιατρικής διαταραχής, πέρα από το παραδοσιακό δίπολο κλινικός ψυχίατρος-ασθενής. Η ζύμωση αυτή έχει αρχίσει από μακρού, κυρίως όμως στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 πήρε μεθοδευμένο χαρακτήρα και εδραιώθηκε. Μια ψυχιατρική ομάδα, στο συνηθέστερο σχήμα της, αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργοθεραπευτή και το νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Ειδικών στόχων ομάδες ενδέχεται να συμπεριλαμβάνουν και άλλες ειδικότητες π.χ. λογοθεραπευτή, ψυχοπαιδαγωγό, επισκέπτη υγείας κ.α. (Μακρίδης, Ψυχιατρική, 2002)

Με αφετηρία την ανάληψη μιας περίπτωσης από την ψυχιατρική ομάδα, κατά κανόνα δραστηριοποιείται πρώτος ο κοινωνικός λειτουργός, που συντάσσοντας το «κοινωνικό ιστορικό», διαγράφει το κοινωνικό, πολιτισμικό και οικογενειακό πλαίσιο μέσα στο οποίο δημιουργήθηκε και συντηρείται το πρόβλημα. Ακολουθεί το διαγνωστικό και

ψυχομετρικό έργο (εκτίμηση νοημοσύνης, δόμησης της προσωπικότητας, υπόδειξη πιθανής συμμετοχής οργανικών παραγόντων ή έκπτωσης των ψυχικών λειτουργιών κ.ά.), που αναλαμβάνουν ο ψυχίατρος και ο ψυχολόγος. Καθώς οργανώνεται η ψυχιατρική παρέμβαση, ο νοσηλευτής και ο εργοθεραπευτής συμβάλλουν αποφασιστικά στη δημιουργία ενός κλίματος «συμμαχίας» με τον άρρωστο, αλλά και στην απαρτίωση των πληροφοριών εκείνων που θα διαμορφώσουν τελικά το θεραπευτικό σχέδιο. Η συμβολή αυτή είναι καιρική και για το λόγο ότι, στην ενδονοσοκομειακή κυρίως νοσηλεία αλλά και στις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ο νοσηλευτής και ο εργοθεραπευτής έχουν την πιο στενή σχέση με τον άρρωστο και συγχρωτίζονται μαζί του κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)

Όλα τα μέλη της ψυχιατρικής ομάδας θεραπεύουν, ερευνούν, διδάσκουν και διδάσκονται από την εμπειρία, αλλά ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι εκείνος που εκτιμά κυρίως την καθημερινή συμπεριφορά του αρρώστου σε κατάσταση ύφεσης των συμπτωμάτων του ή σε κατάσταση «κρίσης». Και ο εργοθεραπευτής είναι μάλλον αρμόδιος να εκτιμήσει το επίπεδο της παρούσας λειτουργικότητας του αρρώστου, καταγράφοντας τις επιδόσεις του στη εργοθεραπεία ή στο προστατευόμενο εργαστήριο (προεπαγγελματική και επαγγελματική εκπαίδευση). Και ο κοινωνικός λειτουργός συνδέοντας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα την ψυχιατρική ομάδα με την οικογένεια και το κοινοτικό περιβάλλον, είναι εκείνος που ελέγχει και ενθαρρύνει τη «θεραπευτική συνέχεια», τη συμμόρφωση δηλαδή στην αναγκαιότητα συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής μέχρις ότου ελαχιστοποιηθούν τα συμπτώματα και εξαλειφθεί κατά το δυνατόν ο κίνδυνος υποτροπής της διαταραχής (Μακρίδης, Ψυχιατρική, 2002)

Η θεραπευτική αποδοτικότητα του καταμερισμού της ψυχιατρικής φροντίδας σε περισσότερους από έναν επαγγελματικούς κλάδους, όπου ο καθένας ξεχωριστά ασκεί το ρόλο του και εναρμονίζεται ταυτόχρονα με την ομάδα, θεωρείται επιστημονικά δεδομένη και επιβεβαιώνεται καθημερινά από την κλινική εμπειρία και την έρευνα. Αλλά πολλές εργασίες δείχνουν ότι αυτή η αποδοτικότητα συνδέεται σημαντικά με επιμέρους παράγοντες όπως είναι (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002):

- ❖ Η στάση του ψυχιάτρου απέναντι στον επιστημονικό «νεωτερισμό», απέναντι δηλαδή σε αυτό που ενδέχεται να το εισπράξει ως κριτική, αμφισβήτηση και συρρίκνωση του ρόλου του (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)
- ❖ Η οργάνωση της προσωπικότητας των μελών της ομάδας (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)
- ❖ Η φυσική ικανότητα διανθρώπινης επικοινωνίας και συναισθηματικής επαφής (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)
- ❖ Η ανοικτή έκφραση (λεκτικοποίηση) μέσα στην ομάδα των εντάσεων που προκύπτουν από τις πιθανές θεραπευτικές απογοητεύσεις και την επιθυμία κάθε κλάδου για «αναγνώριση» (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)
- ❖ Η αίσθηση της ομαδικότητας και η ρεαλιστική αντίληψη των επαγγελματικών ορίων (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)
- ❖ Η αναφορά της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας σε ένα «εποπτεύον» πρόσωπο εκτός της ομάδας. Ο ρόλος του είναι να απορροφά τους κραδασμούς στη συνοχή της ομάδας και να ενισχύει θετικά τη λειτουργία της (αναγνώριση του έργου που επιτελείται, επιδοκιμασία, υποδείξεις, ηθική αμοιβή) (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)

Από την άποψη της καλλιέργειας επαγγελματιών ψυχικής υγείας που στελεχώνουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα, η χώρα μας, παρά το γεγονός ότι έχει υιοθετήσει τη λειτουργική δομή της ψυχιατρικής ομάδας, έχει να κάνει ακόμη πολλά βήματα, σύμφωνα με την άποψη του Μακρίδη (2002). Χαρακτηριστικό είναι ότι οι ειδικότητες του κοινωνικού λειτουργού και του εργοθεραπευτή δεν έχουν εξασφαλίσει ακόμη το status ανώτατης (τριτοβάθμιας) πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Στο χώρο της Νοσηλευτικής, με τη λειτουργία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο κλάδος απέκτησε και πτυχιούχους πανεπιστημιακού επιπέδου, οι οποίοι μπορούν να ειδικευτούν στην ψυχική υγεία (μεταπτυχιακά προγράμματα, διδακτορικό δίπλωμα) (Μακρίδης Μ., Ψυχιατρική, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και ανάλυση των στάσεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τον αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση νοσηλείας του. Η εικόνα που εμφανίζει η συγκεκριμένη μελέτη για τον αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση της νοσηλείας του δίδεται μέσα από τις απόψεις που εκφράστηκαν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας γύρω από το πρόβλημα της αυτοκτονικότητας στη νεανική ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα μας ενδιέφερε να μελετήσουμε:

- Τις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας γύρω από το φαινόμενο της αυτοκτονικότητας και τον τρόπο νοσηλείας των αυτοκτονικών νέων .
- Τα εκφραζόμενα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με αυτοκτονικούς νέους.
- Τις μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε αυτοκτονικούς νέους.
- Την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα θεραπευτικών χειρισμών των αυτοκτονικών.

Για την διεξαγωγή της μελέτης μας βασιστήκαμε στις παρακάτω θεωρητικές υποθέσεις:

- Το φαινόμενο της αυτοκτονίας είναι ένα πολυπαραγοντικό και σύνθετο πρόβλημα του οποίου η αιτιολογία είναι ποικίλη. (Durkheim, 1999)
- Μια αυτοκτονική πράξη μπορεί να ενοχοποιεί μια ψυχοπαθολογική διάσταση του ατόμου που τη διαπράττει. (Μάνος, 1997)
- Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα αυτοκτονίας στο νεανικό πληθυσμό κρίνεται απαραίτητη καθώς οι λόγοι που οδηγούν τους νέους σε μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών διαμορφώνονται σύμφωνα με τις καταστάσεις που βιώνει ο νεανικός πληθυσμός σε κάθε εποχή. (Σακελλαρόπουλος, 2003)

- Κατά τη διάρκεια θεραπευτικής συνεδρίας με αυτοκτονικό νέο είναι εύλογο ότι δημιουργούνται συναισθήματα, είτε αρνητικά είτε θετικά ανάλογα με τη θεραπευτική πορεία του αυτοκτονικού, στο θεραπευτή αλλά και στον θεραπευόμενο αυτοκτονικό νέο. (Σακελλαρόπουλος, 2003)
- Οι πιο ενδεδειγμένες θεραπευτικοί μέθοδοι αντιμετώπισης αυτοκτονικού περιστατικού είναι η παροχή ψυχολογικής στήριξης στον αυτοκτονικό νέο αλλά και στην οικογένεια του καθώς και η συμβουλευτική στήριξη και του νέου και της οικογένειάς του, η ψυχαναλυτική θεραπεία, η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή θεραπεία, η εργοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έγινε λόγω:

I) Έλλειψη συστηματικών μελετών για τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με την αυτοκτονικότητα στους νέους σήμερα.

II) Περιορισμένο υλικό.

5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης είναι η διερευνητική μέθοδος. **Διερευνητικές – Περιγραφικές** είναι οι επιστημονικές έρευνες που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ο χαμηλός βαθμός – η απουσία- περιοριστικών ελέγχων και ρυθμιστικών παρεμβάσεων εκ μέρους του ερευνητή. Οι έρευνες αυτές διενεργούνται με στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων, με μεθοδολογικό τρόπο ευέλικτο – αναγνωριστικό (από όπου και ο όρος «**διερευνητικές**») και περιορίζονται, κατά κύριο λόγο, στην παρατήρηση και καταγραφή των διαφόρων εκφάνσεων του φαινομένου- και όχι- στην ερμηνεία του, καθορίζοντας αιτιώδεις σχέσεις που το διέπουν, και στη γενίκευση των ευρημάτων σε ευρύτερα ομοειδή σύνολα – (από όπου και ο όρος «**περιγραφικές**») (Παρασκευόπουλος, 1993).

Οι διερευνητικές – περιγραφικές έρευνες χάρη στη μεθοδολογική ευελιξία, που επιτρέπουν και στη φυσικότητα των συνθηκών στις οποίες διεξάγονται, είναι κατάλληλες και χρησιμοποιούνται, κυρίως, στις παρακάτω περιπτώσεις ερευνητικών προβλημάτων (Παρασκευόπουλος, 1993):

I) Στις έρευνες που γίνονται πρώτες – στην αρχή σε μια καινούργια γνωστική περιοχή, για την οποία οι διαθέσιμες πληροφορίες είναι ελάχιστες (Παρασκευόπουλος, 1993)

II) Στις έρευνες που έμφαση δίνεται στη φυσική ροή των γεγονότων, όπως αυτά συμβαίνουν μέσα στο φυσικό περιβάλλον (Παρασκευόπουλος, 1993)

III) Στις έρευνες που δίνεται έμφαση στην όσο το δυνατόν πληρέστερη απεικόνιση της παρούσας-υπάρχουσας κατάστασης σύνθετων μορφών συμπεριφοράς (Παρασκευόπουλος, 1993)

IV) Στις έρευνες που σκοπό τους έχουν να ελέγξουν την εγκυρότητα της γενίκευσης – την εξωτερική εγκυρότητα – των ευρημάτων άλλων (ιδίως, πειραματικών-εργαστηριακών) ερευνών σε πραγματικές-φυσικές καταστάσεις (Παρασκευόπουλος, 1993).

Στις διερευνητικές – περιγραφική στρατηγική καταφεύγουν πολλοί «νεοσύλλεκτοι» ερευνητές, όπως είναι οι προπτυχιακοί και οι μεταπτυχιακοί φοιτητές, για την εκπόνηση, στα πλαίσια των σπουδών τους, διπλωματικής μελέτης. Ιδού μερικά τυπικά ερευνητικά προβλήματα που για την επίλυσή τους υιοθετήθηκε η διερευνητική-περιγραφική στρατηγική και που απετέλεσαν θέματα επιτυχημένων φοιτητικών ερευνητικών εργασιών όπως τα ορθογραφικά λάθη που κάνουν τα παιδιά του γυμνασίου, παιδικά βιβλία αναγνωστικές προτιμήσεις των παιδιών, η στάση των μαθητών-γονέων και εκπαιδευτικών απέναντι στην εισαγωγή στα σχολεία της σεξουαλικής αγωγής (Παρασκευόπουλος, 1993)

Οι διερευνητικές-περιγραφικές έρευνες διενεργούνται στο φυσικό περιβάλλον των υποκειμένων, με μεθοδολογικό τρόπο ευέλικτο, και αποβλέπουν, κυρίως, στη συστηματική παρατήρηση και στην πληρέστερη απεικόνιση-περιγραφή του φαινομένου (και όχι στην ερμηνεία του, καθορίζοντας αιτιώδεις σχέσεις, και στη γενίκευση των ευρημάτων σε ευρύτερα ομοειδή σύνολα). Τα ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά προσδίδουν στη διερευνητική-περιγραφική στρατηγική, έναντι των άλλων, σαφή πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, με αποτέλεσμα η μέθοδος αυτή να αποτελεί, ορισμένο είδος ερευνητικών προβλημάτων, την καλύτερη, πολλές φορές και τη μοναδική, λύση. Τα ερευνητικά αυτά προβλήματα είναι ερευνητικές προσπάθειες που, κυρίως (Παρασκευόπουλος, 1993):

I) Γίνονται πρώτες σε μια καινούργια γνωστική περιοχή (Παρασκευόπουλος, 1993).

II) Η έμφαση δίνεται στη φυσική ροή των γεγονότων (Παρασκευόπουλος, 1993).

III) Επιδιώκεται η απεικόνιση της παρούσας κατάστασης σύνθετων μορφών συμπεριφοράς (Παρασκευόπουλος, 1993).

IV) Γίνεται έλεγχος της εξωτερικής εγκυρότητας πειραματικών-εργαστηριακών ευρημάτων.

Κύριο μέλημα στις διερευνητικές-περιγραφικές έρευνες είναι η αναλυτική περιγραφή. Για αυτό, η στατιστική επεξεργασία και η παρουσίαση των δεδομένων γίνονται με τις πιο απλές μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής. Η ανάλυση αυτή στις κατανομές συχνότητας: όλων των μονομεταβλητών, των κυρίων διμεταβλητών και κάποιων τριμεταβλητών. Χρησιμοποιούνται πολλοί ολιγοδιάστατοι πίνακες, απλά σχεδιαγράμματα, πολύς εκθετικός λόγος, παρουσίαση δειγματικών ατομικών περιπτώσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Με βάση τη διερευνητική μέθοδο, η παρούσα έρευνα διήρκησε δύο μήνες συνολικά (Φλεβάρης – Απρίλιος 2005). Για την ομαλή διεξαγωγή της και την καλύτερη συγκέντρωση των πληροφοριών χωρίστηκε σε δύο φάσεις: Α΄ Φάση (προκαταρκτική φάση της έρευνας), Β΄ Φάση Συλλογή πληροφοριών – ποσοτική ανάλυση των πληροφοριών με βάση το Στατιστικό Πακέτο των Κοινωνικών Επιστημών S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences). Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε, εξαιτίας των δυσκολιών που προκύπτουν από τους παράγοντες των δαπανών και του χρόνου επειδή ο πληθυσμός είναι μεγάλος και πλατιά διασκορπισμένος

Συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της Α΄ Φάσης έγιναν οι τηλεφωνικές επικοινωνίες και οι επισκέψεις προς τις υπηρεσίες από όπου επιλέξαμε το δείγμα μας. Το δείγμα επιλέχθηκε από τρεις νομούς και συγκεκριμένα από το Νομό Θεσσαλονίκης, το Νομό Χαλκιδικής και το Νομό Αχαΐας. Συγκεκριμένα στο Νομό Θεσσαλονίκης επιλέχθηκαν (4) τέσσερις υπηρεσίες ψυχικής περίθαλψης: (2) δύο Γενικά νοσοκομεία, (1) ένα Ψυχιατρείο, (1) Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Στο Νομό Χαλκιδικής επιλέχθηκε (1) μία υπηρεσία ψυχικής περίθαλψης: (1) ένα Γενικό νοσοκομείο. Από το Νομό Αχαΐας: (1) υπηρεσία ψυχικής περίθαλψης. Το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 75 επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκ των οποίων οι 31 ήταν άνδρες και οι 44 γυναίκες.

Οι επισκέψεις στα Κέντρα Ψυχικής Περίθαλψης που επιλέχθηκαν για την έρευνα έγιναν κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού. Οι επισκέψεις σε κάθε υπηρεσία ξεχωριστά ήταν δύο: στην πρώτη επίσκεψη δόθηκαν τα ερωτηματολόγια στους επαγγελματίες και η δεύτερη ώστε να συγκεντρωθούν τα ερωτηματολόγια. Παρά την προγραμματισμένη διαδικασία προέκυψαν και καθυστερήσεις στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πράγμα που σημαίνει ότι χρειάστηκε αναδιαμόρφωση του χρονοδιαγράμματος της έρευνας. Στο Νομό Αχαΐας η παράδοση και παραλαβή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω κούριερ. Ο συντονισμός της έρευνας σε τρεις Νομούς της Ελλάδας απαιτούσε καλό

χρονοδιάγραμμα και άμεση αναπροσαρμογή του χρονοδιαγράμματος σε τυχόν απρόοπτα. Η στάση των επαγγελματιών απέναντι στο θέμα της έρευνας ήταν ανέλπιστά θετική ενώ ταυτόχρονα μέσα από τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε η δυνατότητα προσωπικής γνωριμίας και ανταλλαγής απόψεων για το πρόβλημα της αυτοκτονικότητας στους νέους με επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μεγάλη εμπειρία στο χώρο της ψυχικής υγείας καθώς και επαγγελματίες με συγγραφικό και ερευνητικό έργο στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Κατά τη διάρκεια της Β΄ Φάσης δόθηκαν τα ερωτηματολόγια τα οποία αποτέλεσαν το εργαλείο της ερευνάς μας και μετά από ένα μήνα έγινε η συλλογή αυτών. Κατόπιν έγινε η ποσοτική ανάλυση μέσω του Στατιστικού Πακέτου των Κοινωνικών Επιστημών S.P.S.S. Η ποσοτική έρευνα παρέχει εγκυρότητα και αντιπροσωπευτικότητα, είναι γρήγορη, εύκολη και με μικρό κόστος. Οι ποσοτικές μελέτες αναζητούν αντικείμενα, γεγονότα και αιτίες σε κοινωνικά φαινόμενα.

5.2.2. ΥΛΙΚΟ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ

5.2.2.1 ΥΛΙΚΟ

Ο πληθυσμός της έρευνας είναι το σύνολο εκείνο των ανθρώπων ή αντικειμένων στους οποίους πραγματοποιείται η έρευνα. Σε αυτό το σύνολο αφορούν συμπεράσματα της έρευνας. Ο πληθυσμός δεν συμμετέχει ολόκληρος στην έρευνα. Η επιλογή του δείγματος στην παρούσα έρευνα βασίστηκε στη μέθοδο της σταδιακής δειγματοληψίας. Στη σταδιακή δειγματοληψία το δείγμα επιλέγεται σταδιακά, δηλαδή, λαμβάνονται δείγματα από δείγματα. Η σταδιακή δειγματοληψία αποτελεί προέκταση της δειγματοληψίας κατά δεσμίδες κατά την οποία γίνεται επιλογή κατά τύχη κάποιων ομάδων σε συγκεκριμένη περιοχή.

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας ήταν όλοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Το δείγμα μας αποτελούνταν από (75) εβδομήντα πέντε επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι επιλέχθηκαν με βάση την τυχαία δειγματοληψία από το σύνολο έξι (6) υπηρεσιών, τριών (3) διαφορετικών νομών της χώρας μας.

Η συλλογή του δείγματος των (75) εβδομήντα πέντε επαγγελματιών ψυχικής υγείας έγινε με βάση την απλή τυχαία δειγματοληψία για τους παρακάτω λόγους:

- I) Η επιλογή όσο το δυνατόν περισσότερων δομών και υπηρεσιών ψυχικής περίθαλψης προκειμένου να συλλεχθεί ο

μεγαλύτερος δυνατός αριθμός του δείγματος γιατί η έρευνα ήταν ποσοτική.

II) Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών του δείγματος και το μικρότερο χρονικό κόστος της έρευνας.

III) Οποιαδήποτε δομή υπηρεσιών και να επιλέγαμε δεν θα διακινδυνεύουμε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας, καθώς σε όλες τις ψυχικές υπηρεσίες υπήρχαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν περιστατικά αυτοκτονικών νέων.

IV) Η πολλαπλότητα των αποτελεσμάτων καθώς θα γινόταν οι συγκρίσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετικές δομές υπηρεσιών ψυχικής περίθαλψης.

Το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν εβδομήντα πέντε (75) επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκ των οποίων οι τριάντα ένα (31) ήταν άνδρες και οι σαράντα τέσσερις (44) γυναίκες. Ο αριθμός των διαφορετικών ειδικοτήτων που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο ήταν ο εξής: τριάντα πέντε (35) ήταν ψυχίατροι, εννέα (9) ψυχολόγοι, έντεκα (11) κοινωνικοί λειτουργοί, δύο (2) νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, δεκατέσσερις (14) νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης και τέσσερις (4) νοσηλευτές διαιτούς εκπαίδευσης. Όσο αφορά την ηλικία του δείγματος επτά στον αριθμό του ερευνούμενου πληθυσμού ήταν από 18 – 25 ετών, 28 επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας από 26 – 35 ετών, 36 – 40 ετών δήλωσαν 23 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, επτά επαγγελματίες ψυχικής υγείας του συνολικού δείγματος ήταν ηλικίας 46 – 50 και μόλις 10 επαγγελματίες ψυχικής υγείας του συνολικού δείγματος ήταν ηλικίας από 50 και άνω. Επιπρόσθετα γύρω από την επιμέρους μόρφωση του ερευνούμενου πληθυσμού μόλις οκτώ (8) επαγγελματίες κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο όπως επίσης αντίστοιχα (8) επαγγελματίες κατέχουν διδακτορικό τίτλο. Επιπλέον το δείγμα παρουσιάζεται με αρκετή εργασιακή εμπειρία σε ψυχιατρικές δομές.

5.2.2.2. ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της μελέτης μας ήταν το ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε αυτή η τεχνική επειδή είναι ταχύς ο

τρόπος για δύο λόγους: τόσο στη συλλογή όσο και στην επεξεργασία των δεδομένων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τη διερευνητική μέθοδο, κρίνεται από αξιοπιστία επειδή είναι ανώνυμο και επομένως ενθαρρύνει περισσότερο την ειλικρίνεια από την πλευρά του ερωτώμενου. Είναι αλήθεια ότι με το ερωτηματολόγιο είναι δυνατόν, σε σχετικά λίγο χρόνο και με σχετικά μικρό κόστος, να συγκεντρώσουμε εμπειρικά δεδομένα από ευρύτατες ομάδες για πολλά θέματα (Παρασκευόπουλος, 1993). Επιπλέον, η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από ένα μεγάλο αριθμό ατόμων για το ίδιο θέμα, η συγκρισιμότητά τους, η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται καθιστούν το ερωτηματολόγιο το κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων μετατρέπονται σε δείκτες των υπό έρευνα κοινωνικών φαινομένων, με σκοπό την στατιστική τους επεξεργασία και την κατάδειξη εμπειρικών γενικεύσεων (Κυριαζή, 2001).

Στη παρούσα έρευνα το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιλάμβανε ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών όπως φύλλο, ηλικία κ.τ.λ. και ερωτήσεις σχετικές με το θέμα που διαπραγματεύεται η μελέτη του συγκεκριμένου θέματος που είναι οι στάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας στον αυτοκτονικό νέο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στο ερωτηματολόγιο περιλήφθηκαν ερωτήσεις άμεσης και έμμεσης μορφής. Η επιλογή της σειράς των ερωτήσεων έγινε με τρόπο ώστε η μεταβίβαση από την μια ερώτηση στην άλλη να γίνεται με τρόπο λογικό και φυσικό. Στις ερωτήσεις κλειστού τύπου, η απάντηση είναι εκ των προτέρων δομημένη. Συνήθως ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει με ένα **ΝΑΙ** ή ένα **ΟΧΙ**. Επιπλέον ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει (σημειώνει ένα X) την απάντηση του από μια σειρά, περισσότερων των δύο, προτεινόμενων εναλλακτικών απαντήσεων ή καλείται να απαντήσει με μια σύντομη φράση, η οποία δίνει μια συγκεκριμένη πληροφορία (Παρασκευόπουλος, 1993).

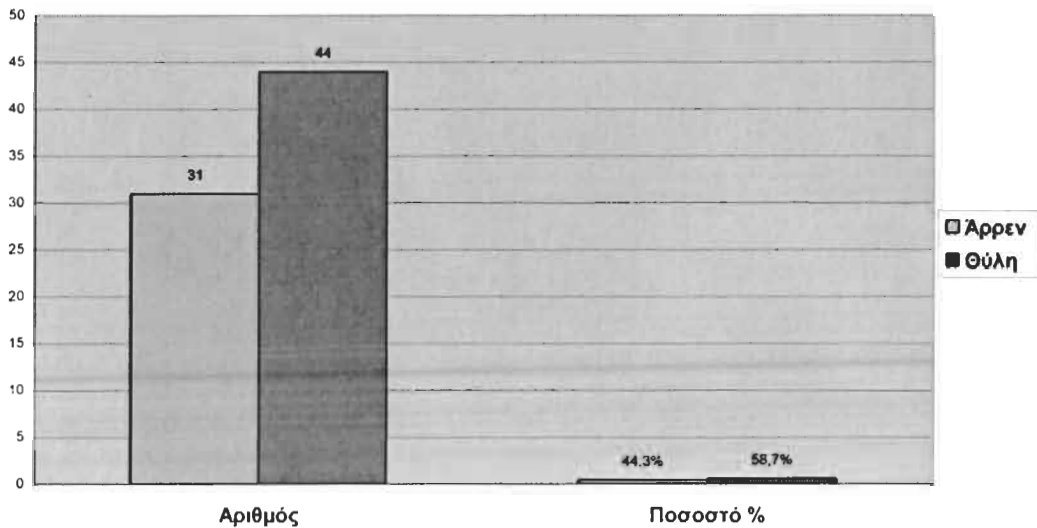
5.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.3.1 Ανάλυση και αποτελέσματα της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έλαβε χώρα σε τρεις νομούς και συγκεκριμένα στο Νομό Θεσσαλονίκης, στο Νομό Χαλκιδικής και στο Νομό Αχαΐας. Το δείγμα το αποτέλεσαν 75 στον αριθμό επαγγελματίες ψυχικής υγείας (31 άνδρες – 44 γυναίκες). Πρόκειται για μια έρευνα που εστιάστηκε στις στάσεις, γνώμες και απόψεις, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι σε αυτοκτονικό νέο κατά τη φάση νοσηλείας του.

Γράφημα 1

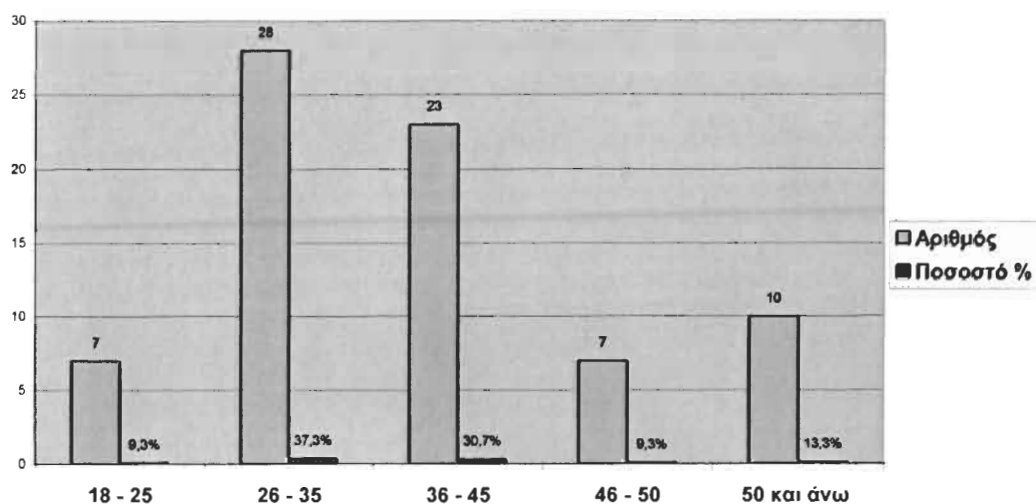
Ερώτηση 1. ΦΥΛΟ



Στο Γράφημα 1 παρατηρούμε ότι το 58,7% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι γυναίκες ενώ το 44,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι άνδρες. Συνεπώς το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες.

Γράφημα 2

Ερώτηση 2. ΗΛΙΚΙΑ

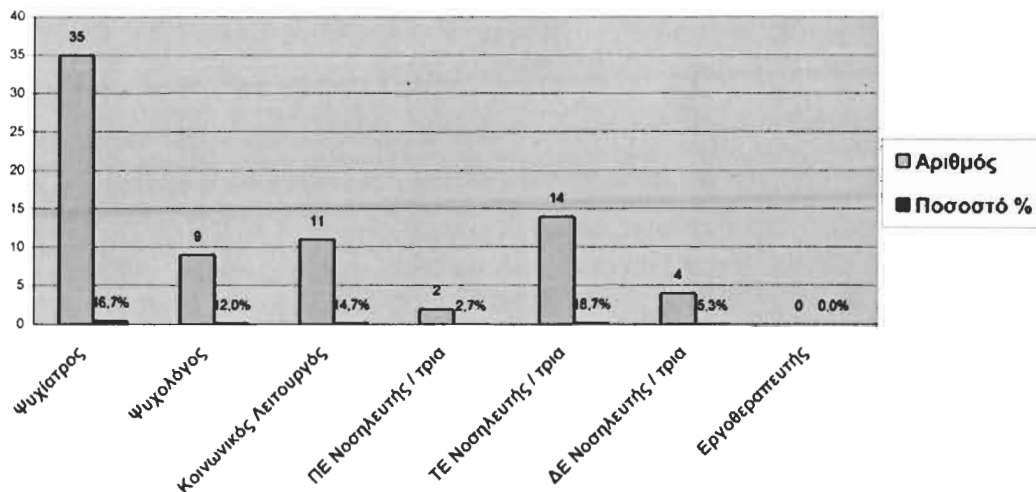


Στο γράφημα 2 παρατηρούμε ότι το 9,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ηλικίας από 18 – 25 ετών, το 37,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ηλικίας από 26 – 35 ετών, το 30,7% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ηλικίας από 36 – 45 ετών, το 9,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ηλικίας από 46 – 50 ετών ενώ το 13,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ηλικίας από 50 ετών και άνω.

Διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας από 26 – 35 ετών.

Γράφημα 3

Ερώτηση 3. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

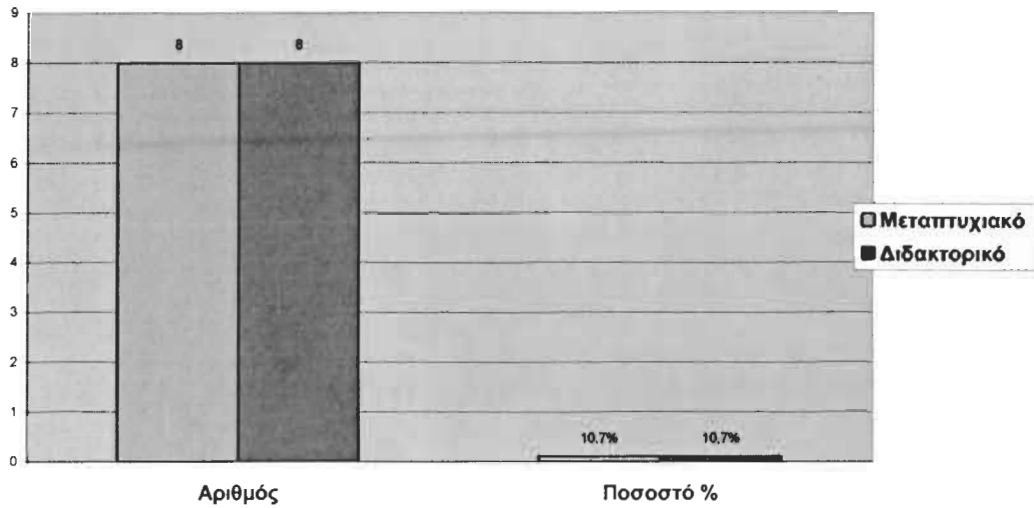


Στο Γράφημα 3 παρουσιάζεται η ειδικότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, το 46,7% του ερευνούμενου πληθυσμού κατέχουν την ειδικότητα του ψυχιάτρου, το 12% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι ψυχολόγοι, το 14,7% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι κοινωνικοί λειτουργοί, το 2,7% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι νοσηλεύτες / τριες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, , το 18,7% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι νοσηλεύτες / τριες τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 5,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είναι νοσηλεύτες / τριες διетуός εκπαίδευσης. Τέλος, δεν βρέθηκε στον ερευνούμενο πληθυσμό η ειδικότητα των εργοθεραπευτών.

Συνεπώς, διαπιστώνεται, ότι η ειδικότητα των ψυχιάτρων με ποσοστό 46,7% επικρατεί έναντι των άλλων ειδικοτήτων στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων

Γράφημα 4

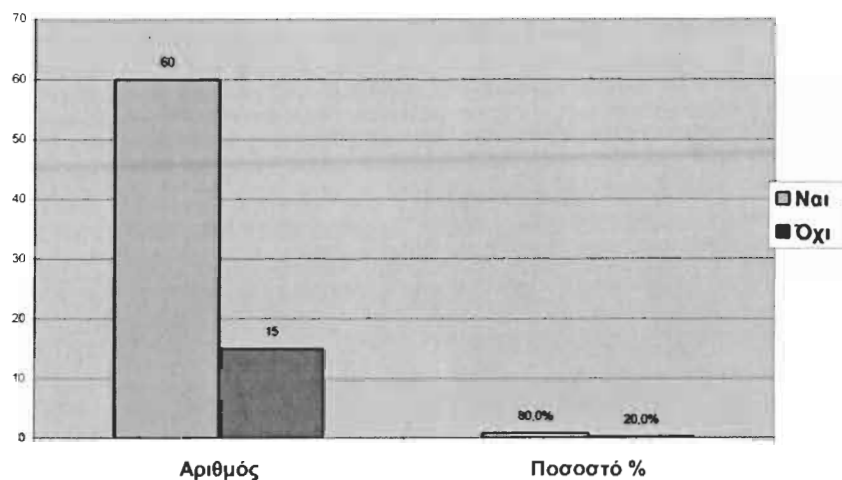
Ερώτηση 4. ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ



Το Γράφημα 4 παρουσιάζει την επιμέρους ακαδημαϊκή εκπαίδευση των επαγγελματιών. Το 10,7% του ερευνούμενου πληθυσμού κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο ενώ με το ίδιο ακριβώς ποσοστό εμφανίζεται η κατοχή διδακτορικού τίτλου του ερευνούμενου πληθυσμού.

-Γράφημα 5α

Ερώτηση 5α. Έχετε επαγγελματική εμπειρία σε ψυχιατρικές δομές στο παρελθόν;

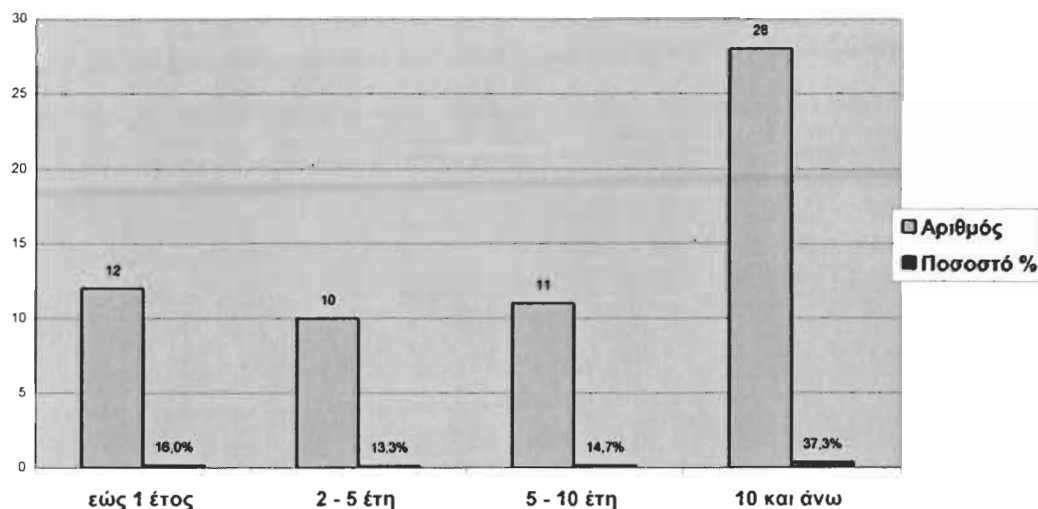


Στο Γράφημα 5^α παρατηρείται η επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών σε ψυχιατρικές δομές κατά το παρελθόν. Το 80% των επαγγελματιών που έλαβαν μέρος στην έρευνα παρουσιάζεται με εμπειρία στο ψυχιατρικό χώρο ενώ μόλις το 20% των επαγγελματιών δεν έχει κάποια εμπειρία στο παρελθόν σε ψυχιατρικές δομές.

Σύμφωνα με τα ποσοστά αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι η πλειοψηφία του ερευνούμενου πληθυσμού χαρακτηρίζεται από μια εμπειρία πάνω σε ψυχιατρικά περιστατικά.

Γράφημα 5β

Ερώτηση 5β. Αν ΝΑΙ πόσα χρόνια έχετε επαγγελματική εμπειρία:

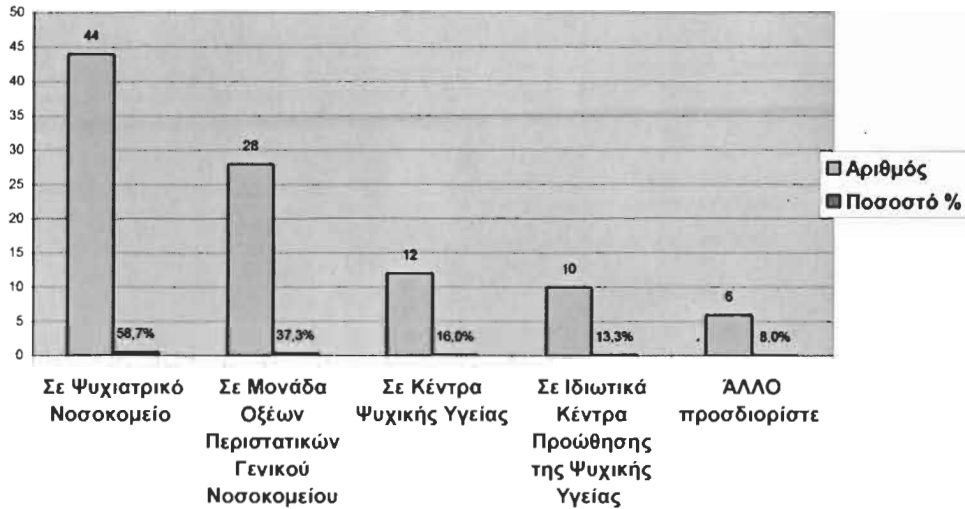


Το Γράφημα 5β παρουσιάζεται ως προέκταση της προηγούμενης ερώτησης αφού μας δείχνει ακριβώς τα έτη της επαγγελματικής εμπειρίας σε ψυχιατρικές δομές. Το 16% του ερευνούμενου πληθυσμού εμφανίζεται με εμπειρία έως 1 έτους, το 13,3% του ερευνούμενου πληθυσμού έχει επαγγελματική εμπειρία από 2 – 5 έτη, το 14,7% του ερευνούμενου πληθυσμού φαίνεται με εμπειρία από 5 – 10 έτη και το 37,3% του ερευνούμενου πληθυσμού έχει εμπειρία από 10 έτη και άνω.

Εάν συγκρίνουμε το Γράφημα 5^α με το Γράφημα 5β, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες, το 80%, που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν επαγγελματική εμπειρία σε ψυχιατρικές δομές στο παρελθόν και αυτή επαγγελματική εμπειρία εκφράζεται από 10 έτη και άνω με το υψηλότερο ποσοστό (37,3%) του ερευνούμενου πληθυσμού. Συνεπώς οι επαγγελματίες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι επαγγελματίες με μακράν εμπειρία σε ψυχιατρικά περιστατικά.

Γράφημα 5γ

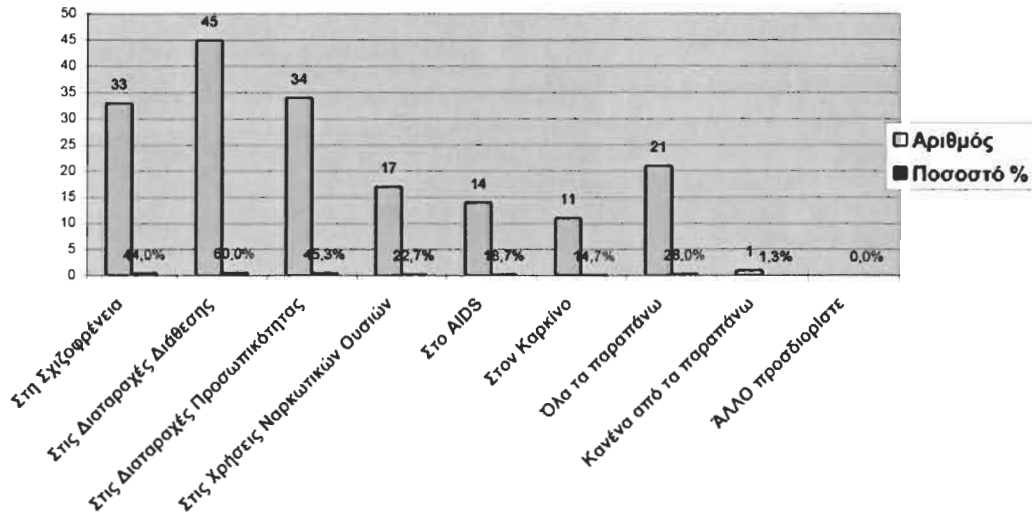
Ερώτηση 5γ. Σε ποια / ποιες από τις παρακάτω δομές / υπηρεσίες έχετε εργαστεί στο παρελθόν;



Γράφημα 5γ. Οι δομές / υπηρεσίες που έχουν εργαστεί στο παρελθόν οι επαγγελματίες είναι οι ακόλουθες με τα αντίστοιχα ποσοστά τους: το 58,7% του ερευνούμενου πληθυσμού εργαστεί στο παρελθόν σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, το 37,3% του ερευνούμενου πληθυσμού είχε επαγγελματική εμπειρία σε Μονάδα Οξέων Περιστατικών Γενικού Νοσοκομείου, το 16% του ερευνούμενου πληθυσμού έχει εργαστεί σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας ενώ το 13,3% έχει αποκτήσει επαγγελματική εμπειρία σε διάφορα Ιδιωτικά Κέντρα Προώθησης της Ψυχικής Υγείας. Με ποσοστό 8% ένα μέρος του ερευνούμενου πληθυσμού απάντησε κάτι άλλο στη συγκεκριμένη ερώτηση. Συγκεκριμένα το ποσοστό το 8% απάντησε ότι έχει αποκτήσει επαγγελματική εμπειρία σε Ψυχιατρικό Ξενώνα Αποκατάστασης, σε Κέντρο Ψυχογηριατρικής, σε Νοσοκομείο Ημέρας, σε Σταθμό Απεξάρτησης, σε τμήμα Απεξάρτησης Ναρκωτικών Ουσιών, στο ΙΚΑ, σε Γενικό Νοσοκομείο.

Γράφημα 6

Ερώτηση 6. Σε ποια / ποιες από τις παρακάτω διαταραχές πιστεύετε ότι εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμούς στους νέους;

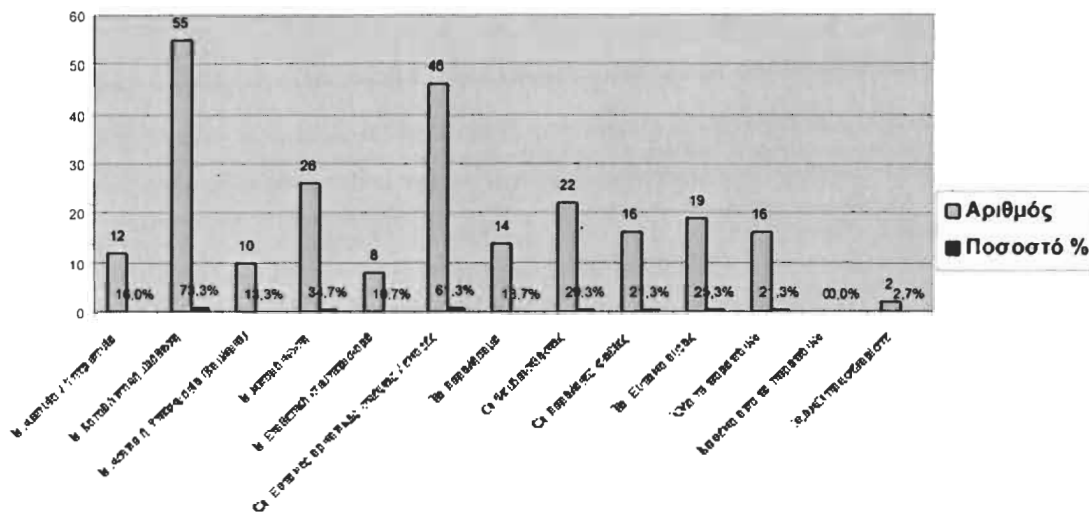


Στο Γράφημα 6 παρατηρούμε την άποψη των επαγγελματιών πάνω στην ψυχοπαθολογική διάσταση του αυτοκτονικού και συγκεκριμένα στις διαταραχές που πιστεύουν ότι εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού στους νέους. Το 44% των επαγγελματιών πιστεύει πως το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού εντοπίζεται στην σχιζοφρένεια, το 60% των επαγγελματιών θεωρεί ότι εντοπίζεται στις Διαταραχές Διάθεσης, το 45,3% πιστεύει ότι στις Διαταραχές Προσωπικότητας εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού, το 22,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός εντοπίζεται στις Χρήσεις Ναρκωτικών Ουσιών, το 18,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού εντοπίζεται στο AIDS ενώ το 14,7% των επαγγελματιών θεωρεί ότι το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού εντοπίζεται στον καρκίνο. Το 28% των επαγγελματιών πιστεύει πως ο αυτοκτονικός ιδεασμός εντοπίζεται σε όλες τις παραπάνω διαταραχές ενώ το βρέθηκε ότι 1,3% των επαγγελματιών θεωρεί ότι το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού δεν εντοπίζεται σε καμία από τις παραπάνω διαταραχές.

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι μεγάλο μέρος των επαγγελματιών θεωρεί ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός εντοπίζεται στις Διαταραχές Διάθεσης.

Γράφημα 7

Ερώτηση 7. Ποιο / ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι προειδοποιούν μια απόπειρα αυτοκτονίας;



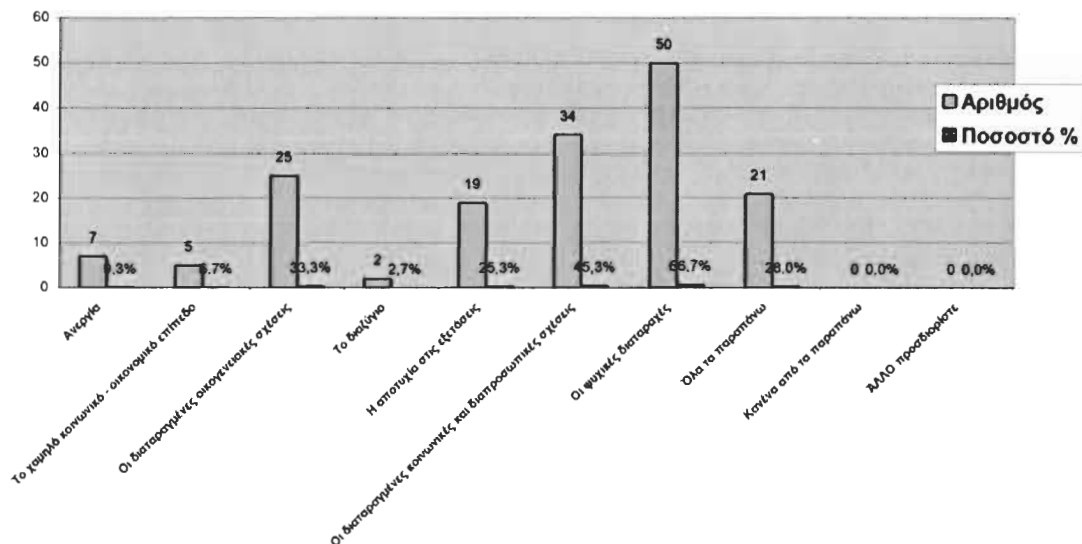
Στο Γράφημα 7 δίδονται ποικιλόμορφα τα ποσοστά και οι αριθμοί της ερώτησης που αναφέρεται για τα συμπτώματα που προειδοποιούν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Το 16% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η αϋπνία ή υπερυπνία αποτελούν προειδοποιητικά συμπτώματα μιας απόπειρας αυτοκτονίας, το 73,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την λήψη μιας αυτοκαταστροφικής απόφασης όποτε και να λαμβάνεται υπόψη ως προειδοποιητικό σύμπτωμα για μια τέτοια πράξη, το 13,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η ασιτία ή υπερφαγία μπορούν να θεωρηθούν ως ανησυχητικά συμπτώματα για μια απόπειρα αυτοκτονίας, η απομόνωση θεωρείται από το 34,7% των επαγγελματιών ως προειδοποιητικό σύμπτωμα ενώ μόλις το 10,7% πιστεύει ότι η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να ληφθεί ως προειδοποιητικό σύμπτωμα μιας απόπειρας αυτοκτονίας. Οι έντονες αρνητικές σκέψεις ή ένοχες μπορούν να οδηγήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας σύμφωνα με το 61,3% που δίνουν ως ποσοστό οι επαγγελματίες, το 18,7% των επαγγελματιών πιστεύει πως το παραλήρημα μπορεί να ενοχοποιηθεί ως προειδοποιητικό σύμπτωμα για μια απόπειρα αυτοκτονίας, με ποσοστό 29,3% οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι οι ψευδαισθήσεις μπορούν να οδηγήσουν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, οι παράλογες φοβίες και το έντονο άγχος με αντίστοιχα ποσοστά 21,3% και 25,3% θεωρούνται από τους επαγγελματίες ως συμπτώματα που προειδοποιούν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Το 21,3% των επαγγελματιών

πιστεύει πως όλα τα παραπάνω κρίνονται ως προειδοποιητικά συμπτώματα ενώ το 2,7% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Πιο συγκεκριμένα κάποιοι επαγγελματίες πιστεύουν πως το αίσθημα απελπισίας που μπορεί να νιώθει ένας άνθρωπος καθώς η έντονη ενασχόληση του με το θάνατο αποτελούν προειδοποιητικά συμπτώματα απόπειρας αυτοκτονίας.

Συγκρίνοντας το Γράφημα 6 με το Γράφημα 7 παρατηρούμε ότι οι επαγγελματίες μας δίνουν μια εικόνα του προφίλ του αυτοκτονικού νέου διαπιστώνοντας ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να λαμβάνεται ως σύμπτωμα σε νέους με διάγνωση Διαταραχής Διάθεσης ενώ η καταθλιπτική διάθεση που μπορεί να βιώνει ένας νέος να λαμβάνεται ως προειδοποιητικό σύμπτωμα από τους ίδιους τους επαγγελματίες.

Γράφημα 8

Ερώτηση 8. Ποιο / ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι είναι τα αίτια που οδηγούν ένα νέο στην αυτοκτονία

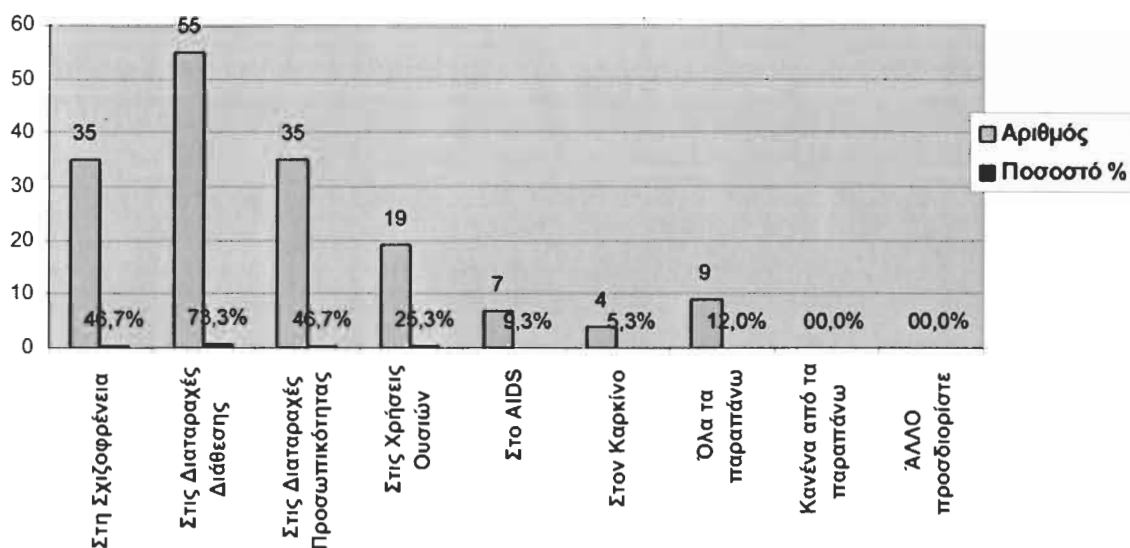


Το γράφημα 8 παρουσιάζει τα πιθανά αίτια που οδηγούν έναν νέο στην αυτοκτονία. Σύμφωνα πάντα με την άποψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας η ανεργία ως αίτιο αυτοκτονικότητας στους νέους εμφανίζεται με ποσοστό 9,3%, το 6,7% των επαγγελματιών θεωρεί ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο μπορεί να συντελέσει ως αίτιο αυτοκτονίας για έναν νέο. Οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις ανέρχονται στο 33,3% ενώ το διαζύγιο ως αίτιο αυτοκτονίας για τον νέο αγγίζει μόλις το 2,7%. Παρατηρούμε ότι το 25,3% αναφέρεται στην αποτυχία των εξετάσεων που μπορεί να βιώσει ο νέος ως μια μεγαλειώδη αποτυχία για τη δεδομένη στιγμή της ζωής του και για αυτό το λόγο να στραφεί σε μια αυτοκαταστροφική πράξη. Οι διαταραγμένες κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις ως αίτιο αυτοκτονίας εμφανίζονται με ποσοστό 45,3% ενώ οι ψυχικές διαταραχές ως αίτιο αυτοκτονικότητας στους νέους κατέχει το 66,7%. Το 28% των επαγγελματιών θεωρεί ότι όλα τα παραπάνω συνδράμουν ως αίτια στη πράξη αυτοκτονίας του νέου.

Διαπιστώνεται ότι οι ψυχικές διαταραχές προβάλλονται με το μεγαλύτερο ποσοστό ως το κύριο αίτιο που μπορεί να οδηγήσει έναν νέο στην αυτοκτονία.

Γράφημα 9

Ερώτηση 9. Σε ποια / ποιες από τις παρακάτω διαταραχές πιστεύετε ότι εμφανίζεται περισσότερο το πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας στους νέους;

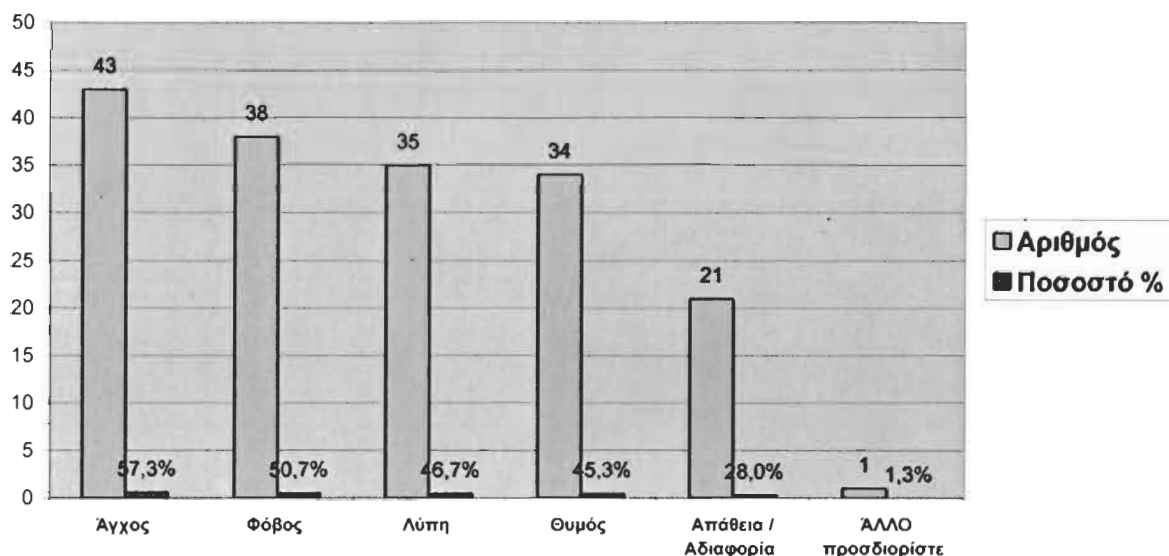


Στο Γράφημα 9 παρατηρούμε τις διαταραχές που εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας στους νέους. Το 46,7% των επαγγελματιών αναφέρεται στη Σχιζοφρένεια, το 73,3% στις Διαταραχές Διάθεσης, το 46,7% στις Διαταραχές Προσωπικότητας, το 25,3% στις Χρήσεις Ναρκωτικών Ουσιών, το 9,3% στο AIDS, το 5,3% στον Καρκίνο. Το 12% των επαγγελματιών θεωρεί ότι όλα τα παραπάνω εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας στους νέους.

Συγκρίνοντας το Γράφημα 9 με το Γράφημα 6 παρατηρούμε ταύτιση των απόψεων των επαγγελματιών που αφορά τις διαταραχές που εμφανίζονται ως σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού στους νέους και στις διαταραχές που εμφανίζονται με την μεγαλύτερη συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας στους νέους. Και στις δύο περιπτώσεις οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι οι Διαταραχές Διάθεσης είναι η κατηγορία εκείνη των Διαταραχών που εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και με την μεγαλύτερη συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας.

Γράφημα 10

Ερώτηση 10. Ποιο / ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι προκαλούνται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός αυτοκτονικού νέου;

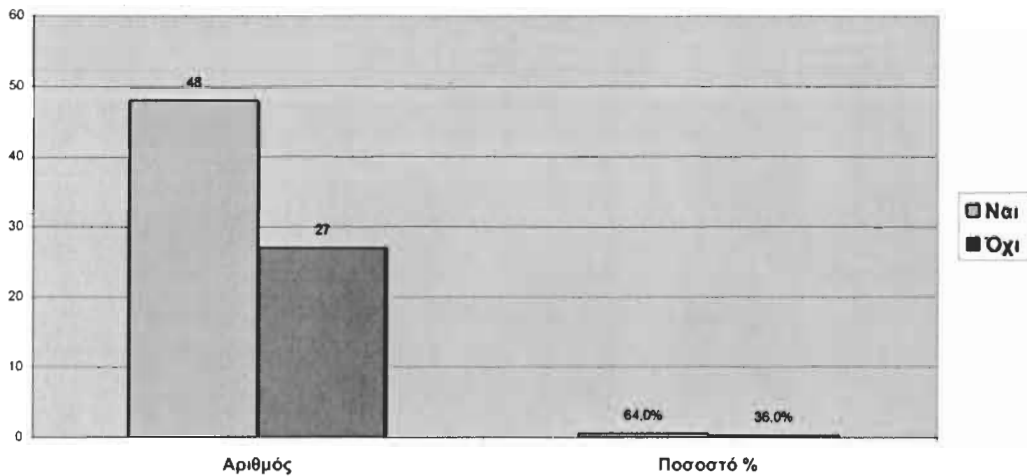


Το Γράφημα 10 δείχνει την συναισθηματική κατάσταση την οποία βιώνει ο αυτοκτονικός νέος κατά τη νοσηλεία του. Παρατηρούμε ότι το 57,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος αισθάνεται άγχος κατά την νοσηλεία του, το 50,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος αισθάνεται φόβο κατά τη νοσηλεία του, το 46,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος αισθάνεται λύπη, το 45,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του διακατέχεται από αίσθημα θυμού, το 28% πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος προβάλλει αισθήματα απάθειας και αδιαφορίας κατά τη νοσηλεία του. Το 1,3% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα κάποιο μέρος των ερωτηθέντων επαγγελματιών πιστεύουν ότι ο αυτοκτονικός νέος αισθάνεται οποιοδήποτε συναίσθημα κατά την νοσηλεία του.

Διαπιστώνεται ότι το συναίσθημα που κυριαρχεί τον αυτοκτονικό νέο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του είναι άγχος.

Γράφημα 11α

Ερώτηση 11α. Έχετε αντιμετωπίσει θεραπευτικά έναν αυτοκτονικό νέο μέσα από θεραπευτική συνεδρία;

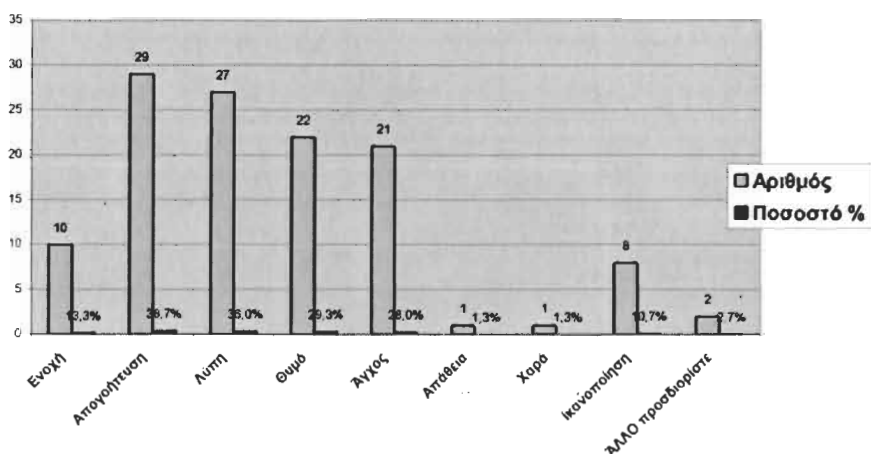


Στο Γράφημα 11α παρατηρούμε ότι το 64% των ερωτηθέντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας έχει αντιμετωπίσει θεραπευτικά μέσα από θεραπευτική συνεδρία έναν αυτοκτονικό νέο ενώ το 36% των ερωτηθέντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν έχει αντιμετωπίσει θεραπευτικά μέσα από θεραπευτική συνεδρία έναν αυτοκτονικό νέο.

Διαπιστώνεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν αντιμετωπίσει θεραπευτικά αυτοκτονικό νέο μπορούν να δώσουν μια καθαρή αντίληψη του προβλήματος μέσα από την θεραπευτική τους εμπειρία με αυτοκτονικό νέο.

Γράφημα 11β

Ερώτηση 11β. Έχετε αντιμετωπίσει θεραπευτικά έναν αυτοκτονικό νέο μέσα από θεραπευτική συνεδρία;

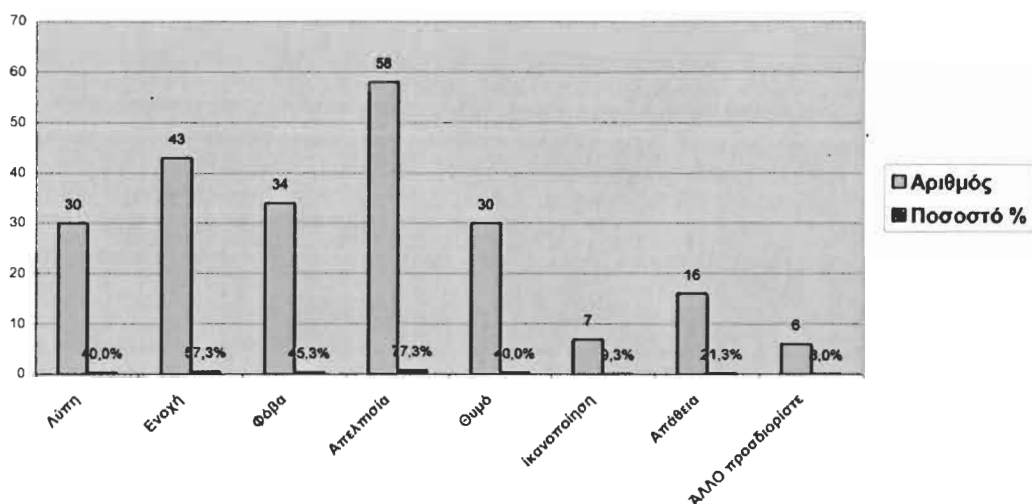


Στο Γράφημα 11β παρατηρούμε ότι το 13,3% των επαγγελματιών νιώθει ενοχή κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας με έναν αυτοκτονικό νέο, το 38,7% των επαγγελματιών νιώθει απογοήτευση όταν σε θεραπευτική συνεδρία περιστατικό αυτοκτονικού νέου, το 36% των επαγγελματιών νιώθει λύπη, το 29,3% των επαγγελματιών νιώθει θυμό, το 28% των επαγγελματιών νιώθει άγχος στην επαφή του με αυτοκτονικό νέο μέσα σε θεραπευτική συνεδρία, το 1,3% των επαγγελματιών νιώθει χαρά, το 10,7% των επαγγελματιών νιώθει ικανοποίηση το 2,7% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα απάντησε ότι νιώθει φόβο-αδιέξοδο, ίσως ανημποριά ανάλογα πως αιτιολογείται η θεραπευτική συνεδρία, αίσθημα ευθύνης κατά την θεραπευτική επαφή του με αυτοκτονικό νέο.

Διαπιστώνεται ότι κατά τη διάρκεια θεραπευτικής συνεδρίας με αυτοκτονικό νέο, στη πλειοψηφία τους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας νιώθουν απογοήτευση.

Γράφημα 11γ

Ερώτηση 11γ. Ποιο / ποια από τα παρακάτω συναισθήματα πιστεύετε ότι εκφράζει ο αυτοκτονικός νέος κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών:

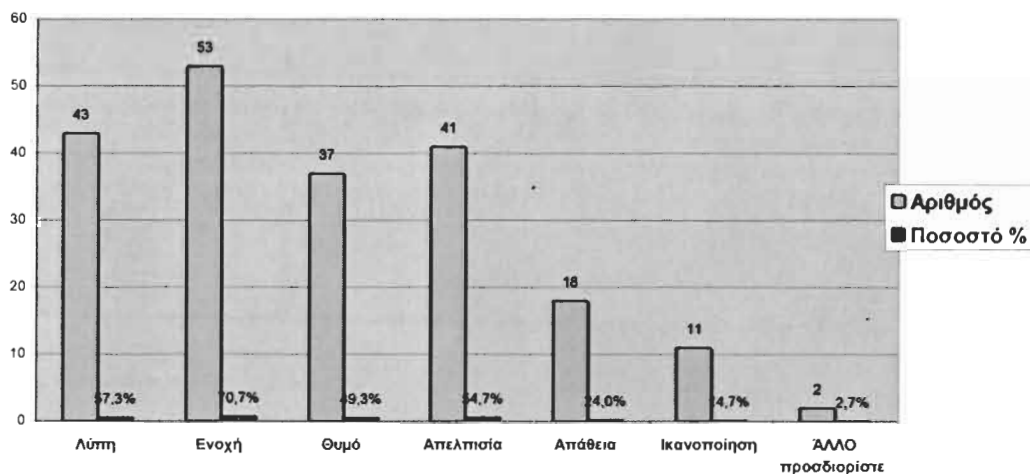


Στο Γράφημα 11γ παρατηρούμε τα συναισθήματα που εκφράζει ο αυτοκτονικός νέος κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτηθέντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το 40% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει αίσθημα λύπης, το 57,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει αίσθημα ενοχής, το 45,3% των επαγγελματιών αίσθημα φόβου, το 77,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει αίσθημα θυμού, το 9,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός εκφράζει αίσθημα ικανοποίησης ενώ το 21,3% πιστεύει ότι ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει αίσθημα απάθειας. Το 8% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα απάντησε ότι ο αυτοκτονικός νιώθει ανηδονία, απογοήτευση, αίσθημα αδιεξόδου, εκφράζει κραυγή βοήθειας κατά τη διάρκεια θεραπευτικής συνεδρίας.

Αν συγκρίνουμε το Γράφημα 11γ με το Γράφημα 11β διαπιστώνεται η συναισθηματική κατάσταση του θεραπευτή κατά την επαφή του με περιστατικό αυτοκτονικού νέου καθώς και η συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ο αυτοκτονικός νέος προβάλλοντας την προς τον θεραπευτή του. Αυτό που αισθάνεται ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας με αυτοκτονικό νέο είναι αίσθημα απογοήτευσης ενώ ο αυτοκτονικός νέος εμφανίζει αίσθημα απελπισίας κατά τη θεραπευτική του συνεδρία.

Γράφημα 12

Ερώτηση 12. Ποια πιστεύετε ότι είναι η συναισθηματική κατάσταση ενός αυτοκτονικού νέου, μετά την κρίση, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις).

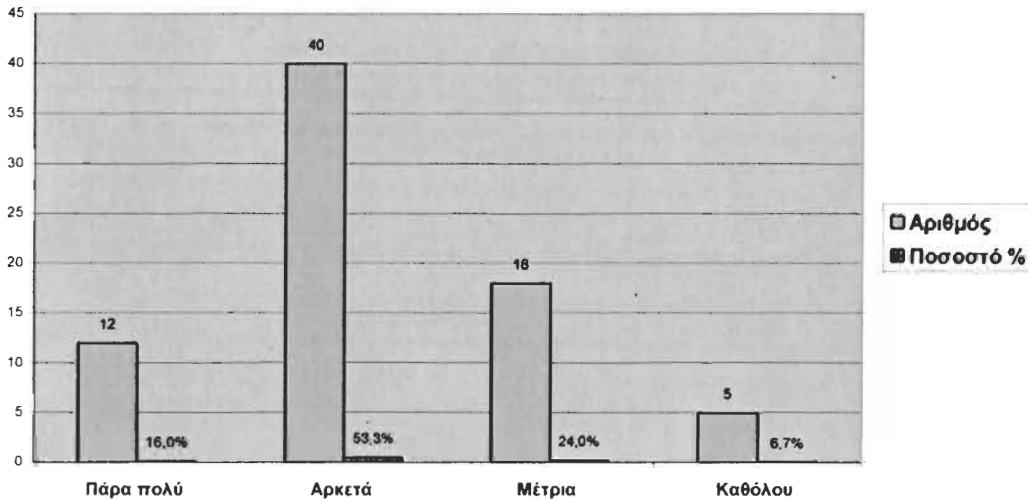


Στο Γράφημα 12 παρουσιάζεται η συναισθηματική κατάσταση ενός αυτοκτονικού νέου, μετά τη κρίση, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Το 57,3% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει λύπη, το 70,7% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει ενοχή, το 49,3% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει θυμό, το 54,7% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει απελπισία, το 24% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει απάθεια, το 14,7% των επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει ικανοποίηση ενώ το 2,7% απάντησε κάτι άλλο. Πιο συγκεκριμένα ένα μέρος των ερωτηθέντων επαγγελματιών θεωρεί πως ο αυτοκτονικός νέος εκφράζει σύγχυση ή ανακούφιση καθώς έχει εκτονωθεί η ένταση.

Παρατηρώντας το Γράφημα 12 με το Γράφημα 10 μπορούμε να συγκρίνουμε την συναισθηματική κατάσταση του αυτοκτονικού νέου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του καθώς και τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει, μετά την κρίση, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι ο αυτοκτονικός νέος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εκφράζει άγχος το οποίο άγχος καθώς περνά από τη φάση της κρίσης μετατρέπεται σε αίσθημα ενοχής.

Γράφημα 13

Ερώτηση 13. Κατά πόσο πιστεύετε ότι τα συναισθήματα σας επηρεάζουν την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας στη φάση νοσηλείας του αυτοκτονικού νέου;

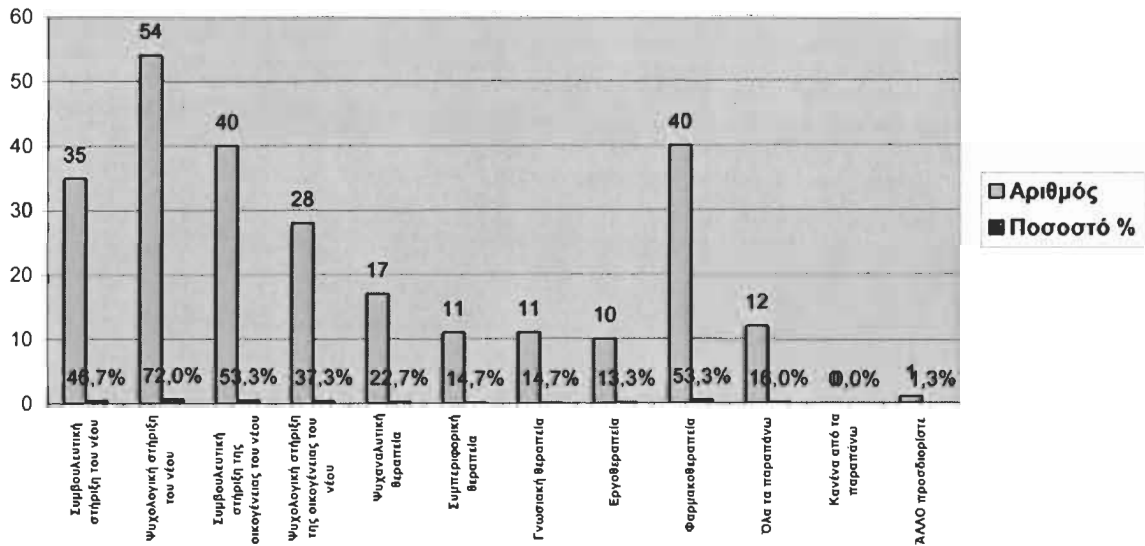


Γράφημα 13. Κατά τη διάρκεια επαφής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με περιστατικό αυτοκτονικού νέου γεννιούνται συναισθήματα και από τις δύο πλευρές όπως διαπιστώθηκε και στα παραπάνω γραφήματα. Το Γράφημα 13 δείχνει κατά πόσο τα συναισθήματα του θεραπευτή επηρεάζουν τη πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας καθώς ο αυτοκτονικός νέος παραμένει νοσηλεύομενος. Το 16% των επαγγελματιών πιστεύει ότι τα συναισθήματα τους επηρεάζουν πάρα πολύ τη θεραπευτική διαδικασία, το 53,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι τα συναισθήματα τους επηρεάζουν αρκετά τη θεραπευτική διαδικασία, το 24% των επαγγελματιών πιστεύει ότι συναισθήματα τους επηρεάζουν μέτρια τη θεραπευτική διαδικασία ενώ το 6,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι δεν επηρεάζεται καθόλου η θεραπευτική διαδικασία από τα συναισθήματά τους.

Διαπιστώνεται έτσι ότι το 53,3% των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θεωρούν ότι σε ένα βαθμό επηρεάζεται αρκετά η θεραπευτική διαδικασία από τα συναισθήματα τους.

Γράφημα 14

Ερώτηση 14. Ποιά / ποιές απο τις παρακάτω μεθόδους χρησιμοποιείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου;

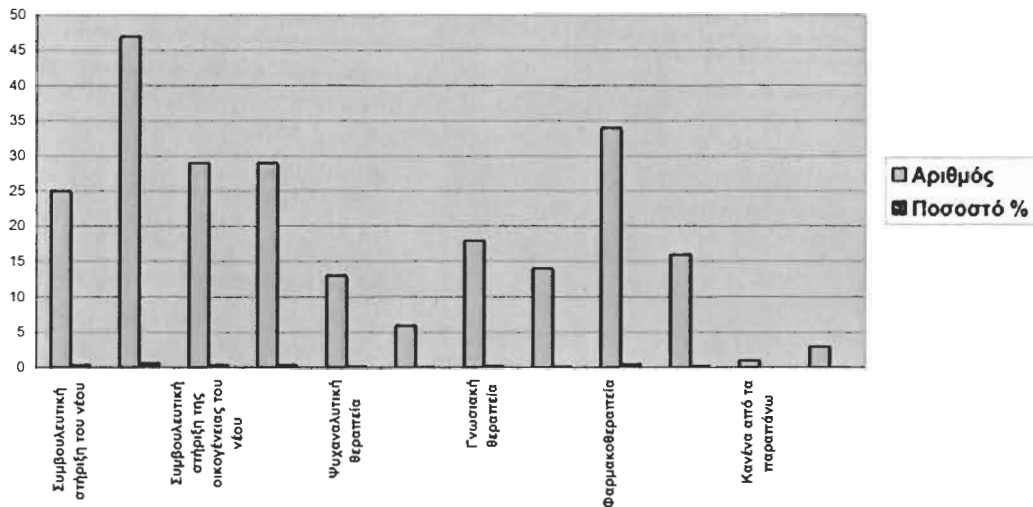


Στο Γράφημα 14 παρατηρούμε τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούν οι ερωτηθέντες επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε περιστατικό αυτοκτονικού νέου. Η συμβουλευτική στήριξη του νέου ως θεραπευτική μέθοδος λαμβάνει από τους επαγγελματίες ποσοστό 46,7%. Το 72% των επαγγελματιών χρησιμοποιούν ως θεραπευτική μέθοδο την ψυχολογική στήριξη του νέου. Το 53,3% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως θεραπευτική μέθοδο τη συμβουλευτική στήριξη της οικογένειας του νέου. Το 37,3% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως θεραπευτική μέθοδο τη ψυχολογική στήριξη της οικογένειας του νέου. Το 22,7% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως θεραπευτική μέθοδο την ψυχαναλυτική θεραπεία, το 14,7% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως θεραπευτική μέθοδο τη συμπεριφορική θεραπεία ενώ με το ίδιο ποσοστό παρουσιάζεται και γνωσιακή θεραπεία. Το 13,3% των επαγγελματιών χρησιμοποιούν ως θεραπευτική μέθοδο τη εργοθεραπεία και το 53,3% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως θεραπευτική μέθοδο την φαρμακοθεραπεία. Το 16% των επαγγελματιών χρησιμοποιεί όλες τις παραπάνω μεθόδους ενώ το 1,3% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα ένα πολύ μικρό μέρος των επαγγελματιών χρησιμοποιεί ως μέθοδο τη χαρακτηράνάλυση – οργανοθεραπεία (τεχνική του Βίλχεμ Ράιχ) καθώς και τη συστημική

οικογενειακή θεραπεία. Μέσα από την εικόνα που δίνει το γράφημα διαπιστώνεται ότι η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού είναι η παροχή ψυχολογικής του στήριξης.

Γράφημα 15

Ερώτηση 15. Ποια / ποιες από τις παρακάτω μεθόδους θεωρείται ότι είναι η πιο κατάλληλη για την αντιμετώπιση του προβλήματος του αυτοκτονικού νέου;



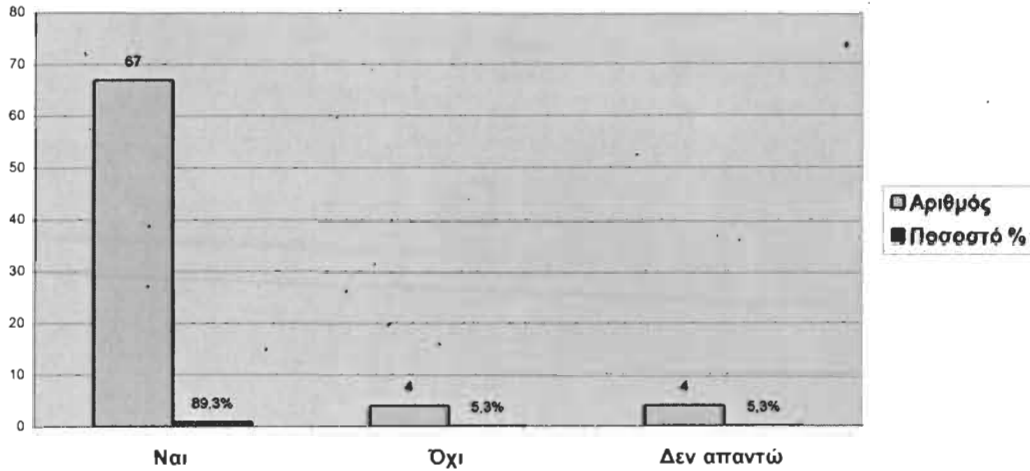
Στο Γράφημα 15 παρουσιάζεται η άποψη των ερωτηθέντων επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο ερώτημα που τους τέθηκε για το ποια θεωρούν ότι είναι η κατάλληλη μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος της αυτοκτονικότητας του νέου. Το 33,3% των επαγγελματιών πιστεύει πως η συμβουλευτική στήριξη του νέου είναι η κατάλληλη μέθοδος, το 62,7% των επαγγελματιών πιστεύει πως η ψυχολογική στήριξη του νέου είναι η κατάλληλη μέθοδος αντιμετώπισης αυτοκτονικού νέου, το 38,7% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο τη συμβουλευτική στήριξη της οικογένειας του νέου επίσης το 38,7% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο την ψυχολογική στήριξη της οικογένειας του νέου. Το 17,3% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο τη ψυχαναλυτική θεραπεία, το 8% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη θεραπεία τη συμπεριφορική θεραπεία, το 24% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο τη γνωσιακή θεραπεία, το 18,7% θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο την εργοθεραπεία ενώ το 45,3% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο την Φαρμακοθεραπεία. Το 21,3% των επαγγελματιών θεωρεί πως όλες οι παραπάνω μέθοδοι κρίνονται κατάλληλες ενώ το 4% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα ένα μικρό μέρος των ερωτηθέντων επαγγελματιών πιστεύει ότι κατάλληλη μέθοδος είναι η χαρακτηριανάλυση – οργανοθεραπεία (τεχνική του Βίλχεμ Ράιχ), η συστηματική οικογενειακή θεραπεία, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και τέλος

ανάλογα με τη περίπτωση και το θεραπευτικό σχεδιασμό να χρησιμοποιείται η κατάλληλη μέθοδος.

Συγκρίνοντας το Γράφημα 15 με το Γράφημα 14 διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση των απαντήσεων μεταξύ του ποια μέθοδος χρησιμοποιείται κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση και ποια κρίνεται η κατάλληλη μέθοδος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου. Τα ποσοστά παρουσιάζονται ποικιλόμορφα και στα δύο Γραφήματα όμως και από τα δύο προκύπτει το εξής συμπέρασμα ότι η Ψυχολογική Στήριξη του νέου χρησιμοποιείται από τους ερωτηθέντες επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως θεραπευτική μέθοδος ενώ ταυτόχρονα προκύπτει ότι κρίνεται και η πιο κατάλληλη μέθοδος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου.

Γράφημα 16^α

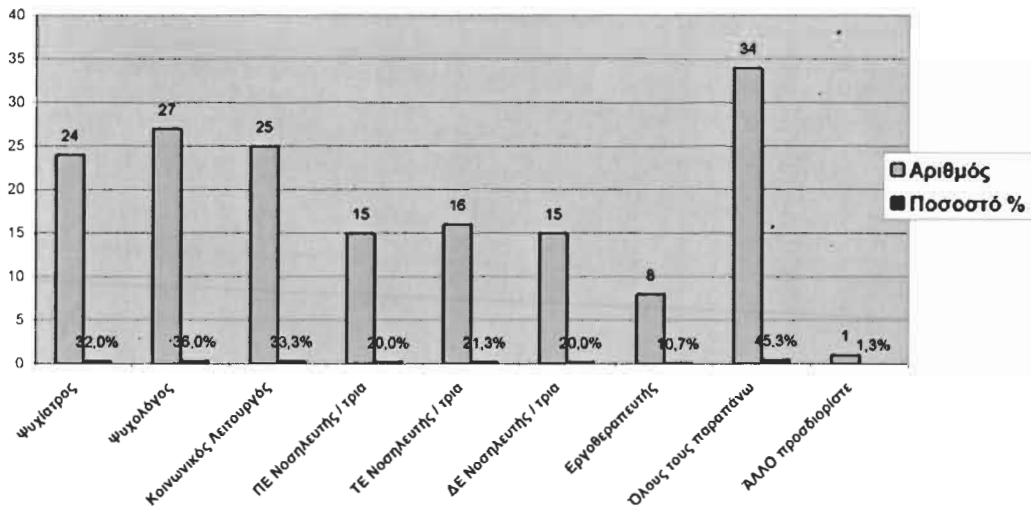
Ερώτηση 16α. Συνεργάζεστε με τους υπόλοιπους θεραπευτές της υπηρεσίας προκειμένου να αντιμετωπίσετε αποτελεσματικά το πρόβλημα του αυτοκτονικού νέου;



Γράφημα 16^α. Στην ερώτηση αν συνεργάζονται με τους υπόλοιπους θεραπευτές της υπηρεσίας το 89,3% των ερωτηθέντων απάντησε πως συνεργάζονται με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα ενώ το 5,3% δεν συνεργάζεται με τους υπόλοιπους θεραπευτές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού. Επίσης, το 5,3% των ερωτηθέντων δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Γράφημα 16β

Ερώτηση 16β. Αν ΝΑΙ με ποιόν / ποιους από τους παρακάτω επαγγελματίες ψυχικής υγείας της υπηρεσίας συνεργάζεστε:

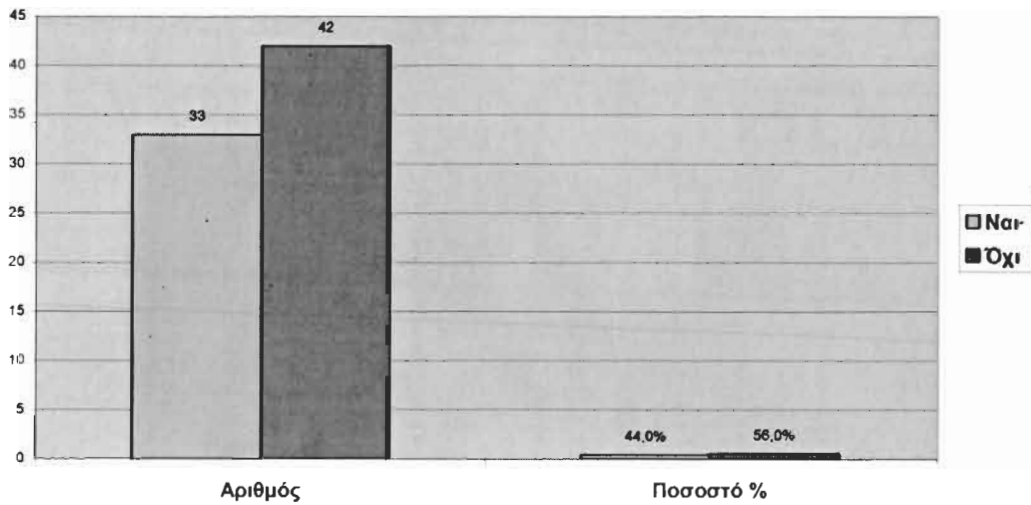


Γράφημα 16β. Το 32% των ερωτηθέντων απάντησε πως η ειδικότητα με την οποία συνεργάζεται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού είναι η ειδικότητα του ψυχίατρου. Το 36% συνεργάζεται με τον ψυχολόγο, το 33,3% με τον κοινωνικό λειτουργό, το 20% με νοσηλεύτη Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, το 21,3% συνεργάζεται με νοσηλεύτη Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, το 20% με νοσηλεύτη διετούς εκπαίδευσης, το 10,7% με την ειδικότητα των εργοθεραπευτών ενώ το 1,3% απάντησε κάτι άλλο και συγκεκριμένα απάντησε ότι η συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της υπηρεσίας εξαρτάται από τη νόσο του αυτοκτονικού περιστατικού.

Συγκρίνοντας το Γράφημα 16^α με το Γράφημα 16β ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συνεργάζεται με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υπηρεσίας και συνήθως με τον ψυχολόγο της υπηρεσίας.

Γράφημα 17α

Ερώτηση 17α. Έχετε ποτέ εμπειρία μιας νέας απόπειρας του αυτοκτονικού νέου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του;

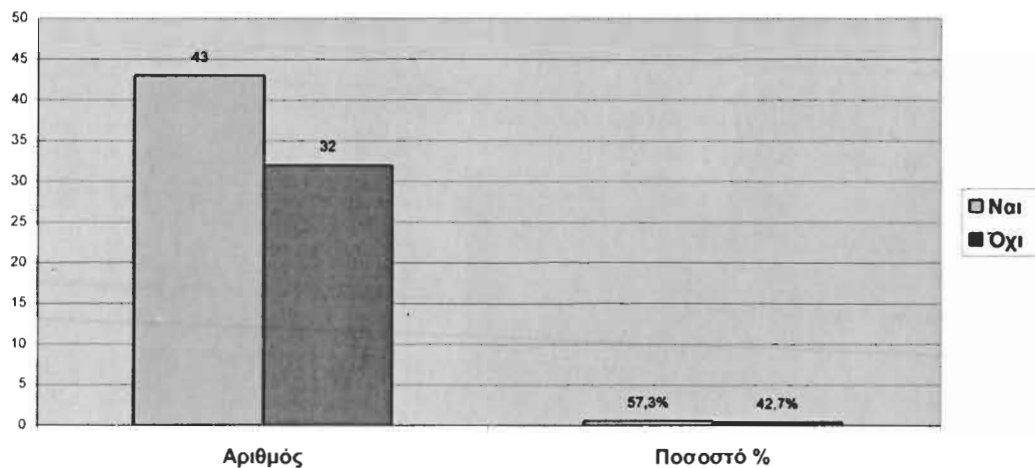


Γράφημα 17^α. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αυτοκτονικού νέου το 44% των ερωτηθέντων είχαν την εμπειρία μιας νέας απόπειρας του αυτοκτονικού νέου ενώ το 55% των ερωτηθέντων δεν είχαν εμπειρία μιας νέας απόπειρας του αυτοκτονικού νέου.

Στο Γράφημα 13 είδαμε κατά πόσο τα συναισθήματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας επηρεάζουν τη πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας στη φάση νοσηλείας του αυτοκτονικού νέου. Αυτό που προέκυψε ήταν πως τα συναισθήματα επηρεάζουν αρκετά κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Παρατηρώντας το Γράφημα 17^α διαπιστώνεται ότι η συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν οδήγησε σε αρνητική έκβαση την θεραπευτική διαδικασία του αυτοκτονικού νέου αλλά αντίθετα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επαγγελματιών δηλώνουν πως δεν είχαν εμπειρία μιας νέας απόπειρας αυτοκτονίας.

Γράφημα 18α

Ερώτηση 18α. Πιστεύετε ότι όταν ένας νοσηλευόμενος αυτοκτονικός νέος κάνει νέα απόπειρα αυτοκτονίας στο χώρο νοσηλείας του, πρέπει να αλλάζουν οι θεραπευτικοί μέθοδοι που μέχρι τότε χρησιμοποιήθηκαν;

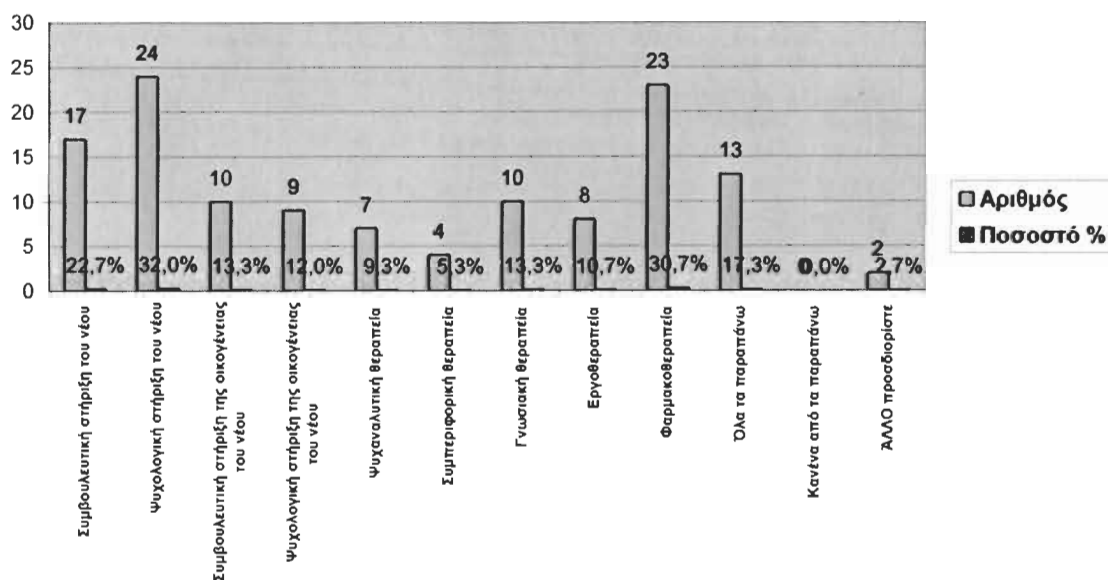


Σύμφωνα με το Γράφημα 57,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πρέπει να αλλάζουν οι θεραπευτικοί μέθοδοι που μέχρι τότε χρησιμοποιήθηκαν στην αντιμετώπιση περιστατικού αυτοκτονικού νέου ενώ το 42,7% δήλωσε πως δεν βρίσκουν σκόπιμο μια αλλαγή στη θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου από αυτή που ήδη εφαρμόζουν.

Διαπιστώνεται ότι οι ερωτηθέντες επαγγελματίες είναι διατεθειμένοι να αλλάζουν τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούν στην εικόνα νέας απόπειρας αυτοκτονίας του νέου στο χώρο της νοσηλείας του.

Γράφημα 18β

Ερώτηση 18β. Αν ΝΑΙ ποια / ποιες από τις παρακάτω μεθόδους πιστεύετε ότι θα ήταν η πιο κατάλληλη για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου;



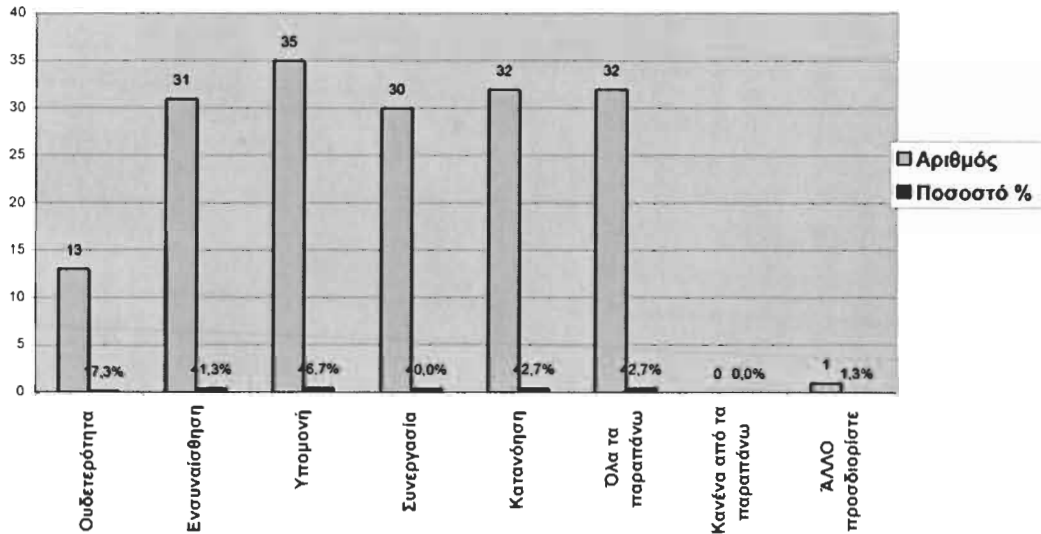
Στο Γράφημα 18β παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων που είχαν την εμπειρία μιας νέας απόπειρας αυτοκτονίας του νέου στο χώρο νοσηλείας του και έκριναν αλλαγή στις μεθόδους που ήδη χρησιμοποιούνται στον αυτοκτονικό. Το 22,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη μέθοδος για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου είναι η Συμβουλευτική Στήριξη που θα πρέπει να παρέχουν στο νέο, το 32% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη μέθοδος για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου κρίνεται η Ψυχολογική Στήριξη, το 13,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη μέθοδος για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου είναι η παροχή Συμβουλευτικής Στήριξης της Οικογένειας του νέου, το 12% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη μέθοδος για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου είναι η Ψυχολογική Στήριξη που θα πρέπει να παρασχεθεί στην οικογένεια του νέου, το 9,3% των επαγγελματιών κρίνει ως κατάλληλη μέθοδο για την αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου την Ψυχαναλυτική Θεραπεία, το 5,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση αυτοκτονικού νέου τη Συμπεριφορική Θεραπεία, το 13,3% των επαγγελματιών πιστεύει

ότι η κατάλληλη μέθοδος για την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου κρίνεται η Γνωσιακή θεραπεία, το 10,7% των επαγγελματιών κρίνουν ως κατάλληλη μέθοδο την Εργοθεραπεία ενώ το 30,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η κατάλληλη μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτοκτονικού νέου είναι η Φαρμακοθεραπεία. Το 17,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι όλες οι παραπάνω αναφερθείσες μεθόδους συντελούν στην αποτελεσματική θεραπεία του αυτοκτονικού νέου ενώ το 2,7% των επαγγελματιών θεωρεί ότι επιλογή κατάλληλης μεθόδου για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου εξαρτάται από τη μέχρι τότε θεραπευτική προσέγγιση και επίσης συνιστάται, πιθανότατα, εντατικοποίηση των μεθόδων θεραπείας του αυτοκτονικού νέου.

Αν συγκρίνουμε το Γράφημα 18β με το Γράφημα 18^α παρατηρείται η εξής αντίφαση. Το 62,7% των επαγγελματιών θεωρεί ως κατάλληλη μέθοδο για την αντιμετώπιση του προβλήματος του αυτοκτονικού νέου τη παροχή Ψυχολογικής του Στήριξης ενώ σε περίπτωση νέας απόπειρας αυτοκτονίας του νέου οι ερωτηθέντες επαγγελματίες θεωρούν ότι πρέπει να αλλάζουν οι θεραπευτικοί μέθοδοι που μέχρι τότε χρησιμοποιήθηκαν. Εδώ είναι που συναντάται η αντίφαση διότι από το Γράφημα 18β προκύπτει ότι τελικά οι επαγγελματίες δεν αλλάζουν τις θεραπευτικές μεθόδους για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος του αυτοκτονικού νέου αφού ως αποτελεσματική μέθοδο προβάλλεται για άλλη μια φορά η παροχή Ψυχολογικής Στήριξης του νέου.

Γράφημα 19

Ερώτηση 19. Ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι θα πρέπει να χαρακτηρίζει έναν θεραπευτή που αντιμετωπίζει θεραπευτικά έναν αυτοκτονικό νέο;

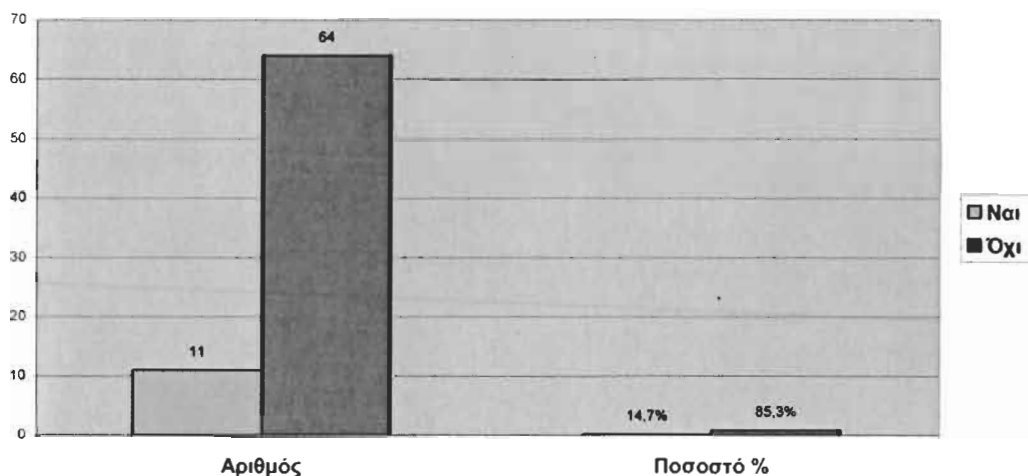


Γράφημα 19. Το 17,3% των ερωτηθέντων επαγγελματιών πιστεύει ότι ο θεραπευτής που αντιμετωπίζει θεραπευτικά έναν αυτοκτονικό νέο θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ουδετερότητα. Το 41,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, το 46,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από υπομονή αντιμετωπίζοντας περιστατικό αυτοκτονικού νέου. Το 40% των επαγγελματιών πιστεύει ότι η συνεργασία είναι ένα στοιχείο που θα πρέπει να χαρακτηρίζει έναν θεραπευτή που αντιμετωπίζει αυτοκτονικό περιστατικό. Κατανόηση θα πρέπει να διακρίνει τον θεραπευτή στην επαφή του με αυτοκτονικό νέο σύμφωνα με το 42,7% των επαγγελματιών. Επίσης, το 42,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να διακρίνεται από όλα τα παραπάνω ενώ το 1,3% των επαγγελματιών απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα, θεωρεί ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει περάσει από τη διαδικασία της Ψυχοθεραπευτικής Εκπαίδευσης καθώς και από προσωπική θεραπεία ώστε να αντιμετωπίζει θεραπευτικά περιστατικό αυτοκτονικού νέου.

Διαπιστώνεται ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να διακατέχεται από υπομονή στη θεραπευτική επαφή του με αυτοκτονικό νέο.

Γράφημα 20^α

Ερώτηση 20α. Πιστεύετε ότι έχετε λάβει τις κατάλληλες γνώσεις και εμπειρία ώστε να αντιμετωπίσετε περιστατικά αυτοκτονικών νέων κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών;



Γράφημα 20^α. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (85,3%) όπως παρουσιάζεται στο Γράφημα, θεωρούν ότι δεν είναι επαρκείς οι γνώσεις και η εμπειρία ώστε να αντιμετωπίσουν περιστατικό αυτοκτονικού νέου κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους. Μόλις το 14,7% των ερωτηθέντων επαγγελματιών θεωρεί ότι έχει λάβει τις κατάλληλες γνώσεις και εμπειρία ώστε να αντιμετωπίσει περιστατικό αυτοκτονικού νέου κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους.

Γράφημα 20β

Ερώτηση 20β. Αν ΟΧΙ σε ποιον / ποίους από τους παρακάτω τομείς πιστεύετε ότι θα πρέπει να λάβετε περισσότερη γνώση;

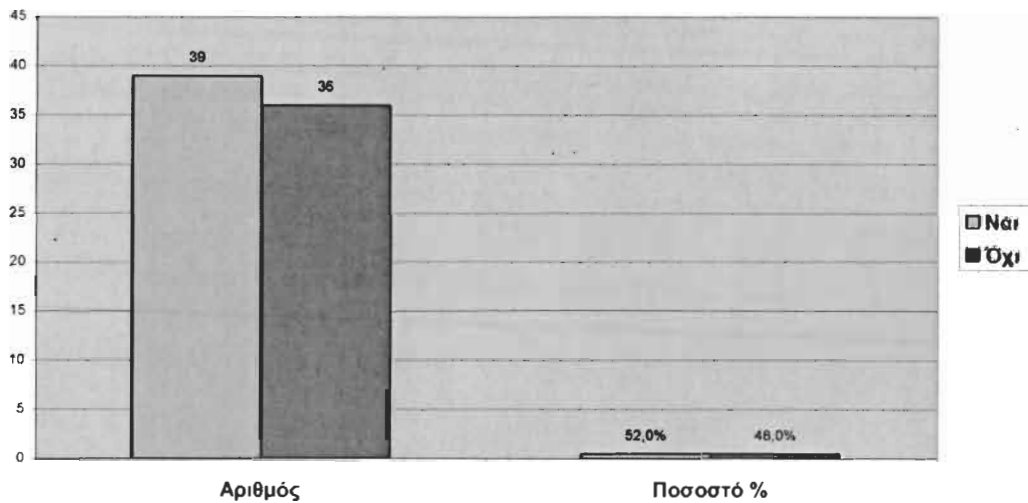


Γράφημα 20β. Το 85,3% των ερωτηθέντων επαγγελματιών θεωρεί ότι δεν έχει λάβει τις κατάλληλες γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση περιστατικών αυτοκτονικών νέων κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους. Το 2,7% των επαγγελματιών πιστεύει ότι πρέπει να λάβει περισσότερη γνώση στις θεωρητικές / ακαδημαϊκές γνώσεις. Το 17,3% των επαγγελματιών πιστεύει ότι πρέπει να λάβει περισσότερη γνώση στη πρακτική εμπειρία ενώ το 68% των επαγγελματιών θεωρεί απαραίτητη τη λήψη γνώσης και στα δύο, δηλαδή, και στις θεωρητικές / ακαδημαϊκές γνώσεις και στη πρακτική εμπειρία.

Γίνεται αντιληπτό ότι το σύνολο των ερωτηθέντων επαγγελματιών θεωρεί ότι δεν έχει λάβει τις κατάλληλες γνώσεις και εμπειρία κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών και πιστεύει ότι πρέπει να επιμορφωθεί περισσότερο σε γνωστικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο.

Γράφημα 21

Ερώτηση 21. Παρακολουθείτε σεμινάρια / συνέδρια που αφορούν το γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας;

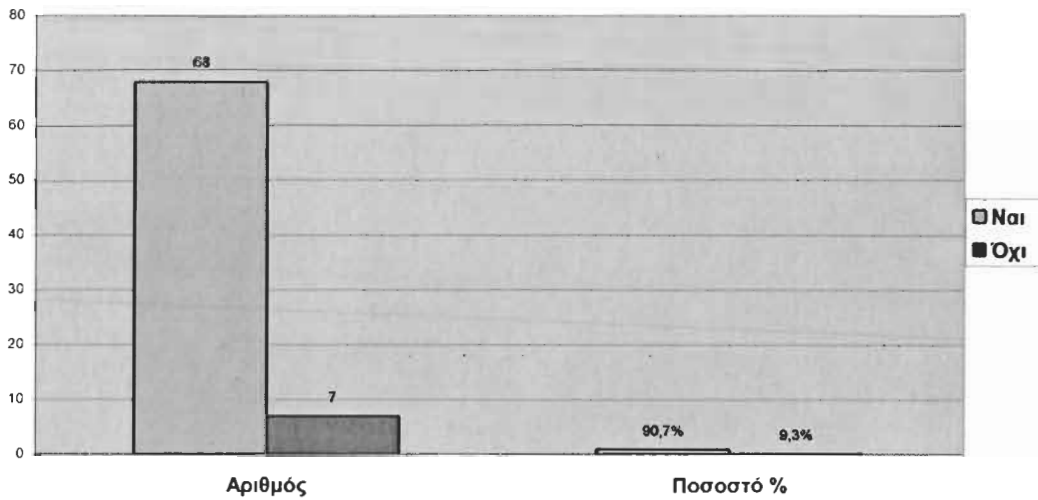


Το 52% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι παρακολουθεί / συνέδρια που αφορούν το γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας ενώ το 48% των ερωτηθέντων δηλώνει πως δεν παρακολουθεί σεμινάρια / συνέδρια που αφορούν το γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες δείχνουν ενδιαφέρον σύρω από το γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας παρακολουθώντας σεμινάρια ή συνέδρια που αφορούν την αυτοκτονία.

Γράφημα 22^α

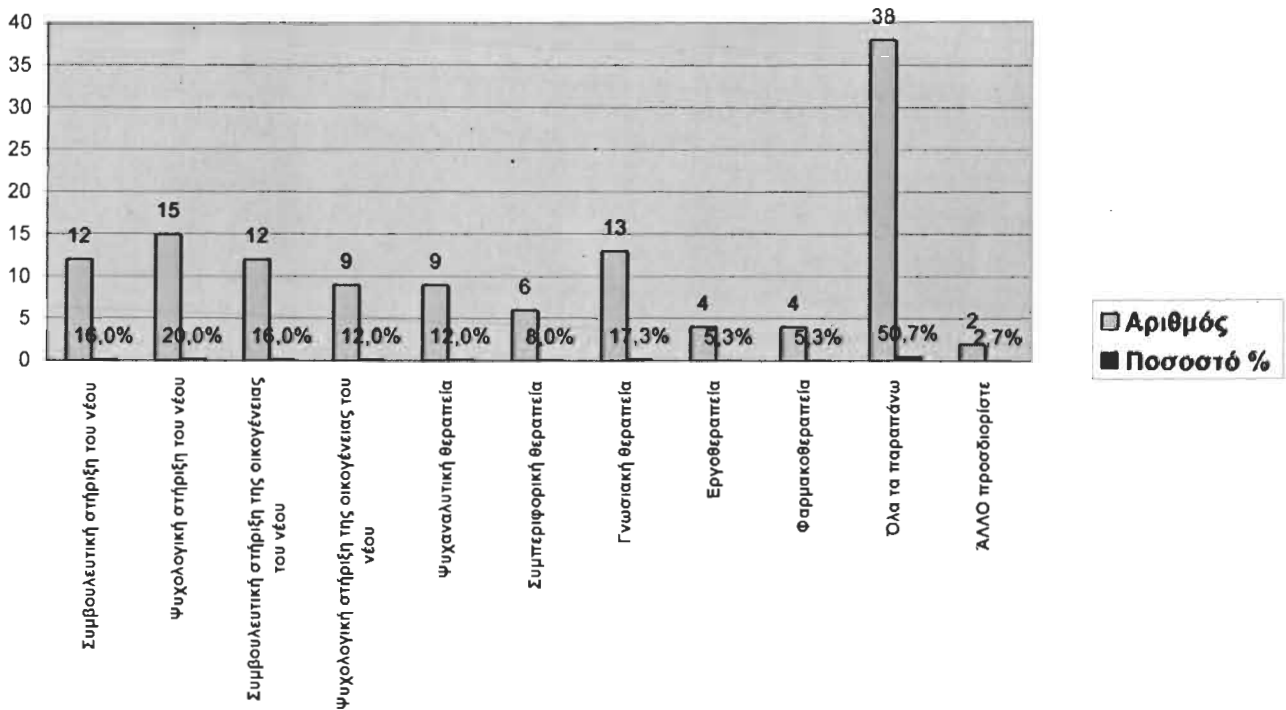
Ερώτηση 22α. Πιστεύετε ότι χρειάζεστε περισσότερη επιμόρφωση σε θέματα που αφορούν την αυτοκτονία;



Το 90,7% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση σε θέματα που αφορούν την αυτοκτονία ενώ μόλις το 9,3% πιστεύει ότι δεν χρειάζεται κάποια επιμόρφωση σε θέματα αυτοκτονίας.

Γράφημα 22β

Ερώτηση 22β. Αν ΝΑΙ σε ποιο / ποιες από τις παρακάτω μεθόδους πιστεύετε ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση;



Το 16% των επαγγελματιών θεωρεί ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση γύρω από την συμβουλευτική στήριξη του νέου. Το 20% των επαγγελματιών θεωρεί ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση πάνω στο κομμάτι της ψυχολογικής στήριξης του νέου. Το 16% χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση γύρω από τη συμβουλευτική στήριξη της οικογένειας του νέου, το 12% των επαγγελματιών κρίνει ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση γύρω από την συμβουλευτική στήριξη της οικογένειας του νέου. Το 12% πάνω στη ψυχαναλυτική θεραπεία, το 8% γύρω από τη συμπεριφορική θεραπεία, το 17,3% πάνω στη γνωσιακή θεραπεία, το 5,3% στην εργοθεραπεία και το 5,3% στην φαρμακοθεραπεία. Το 50,3% πιστεύει ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση σε όλους τους παραπάνω τομείς ενώ το 2,7% απάντησε κάτι άλλο. Συγκεκριμένα πιστεύει ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση στη Συστημική οικογενειακή θεραπεία και στην Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

5.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τα ποσοτικά αποτελέσματα της έρευνας θα γίνει μια περιγραφική αναφορά των διαπιστωμένων αποτελεσμάτων. Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας, ο ερευνούμενος πληθυσμός παρουσιάζεται (75) στον αριθμό, 31 άνδρες-44 γυναίκες. Το σύνολο του ερωτώμενου πληθυσμού ήταν ηλικίας από 36-45 ετών ενώ το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν ψυχίατροι. Ένα μικρό μέρος του ερευνούμενου πληθυσμού παρουσιάζεται με κατοχή μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου. Η εργασιακή εμπειρία των επαγγελματιών παρουσιάζεται πολυετή στο χώρο της ψυχικής υγείας σε δομές όπως το Ψυχιατρείο, τη Μονάδα Οξέων Περιστατικών Γενικού Νοσοκομείου, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ιδιωτικά Κέντρα Προώθησης της Ψυχικής Υγείας κ.α.λ.

Η άποψη των επαγγελματιών για την ψυχοπαθολογική διάσταση του αυτοκτονικού και συγκεκριμένα για τις διαταραχές που πιστεύουν ότι εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού, παρουσιάζεται ως εξής: Το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών θεωρεί ότι το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού εντοπίζεται στις Διαταραχές Διάθεσης έναντι της Σχιζοφρένειας, της Διαταραχής Προσωπικότητας, στις Χρήσεις Ναρκωτικών Ουσιών, το AIDS, ο Καρκίνος κ.α.λ. ενώ το σύμπτωμα που μπορεί να προειδοποιεί μια απόπειρα αυτοκτονίας είναι η καταθλιπτική διάθεση που μπορεί να βιώνει ένας νέος.

Πίσω από μια αυτοκτονική πράξη κρύβεται και κάποια αιτία ή αιτίες. Ο αιτιόγονος παράγοντας μιας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ενός νέου, σύμφωνα με την άποψη των επαγγελματιών, είναι η διάγνωση κάποια ψυχικής διαταραχής. Πιο συνοπτικά οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι οι Διαταραχές Διάθεσης είναι η κατηγορία εκείνη των διαταραχών που εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και με την μεγαλύτερη συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας.

Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει τη συναισθηματική κατάσταση του αυτοκτονικού αλλά και του θεραπευτή. Η συναισθηματική κατάσταση του αυτοκτονικού νέου κρίνεται σε δύο φάσεις: κατά την κρίση – μετά την κρίση. Στην κρίση ο αυτοκτονικός εμφανίζεται με αίσθημα άγχους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ενώ καθώς ξεπερνά το στάδιο της κρίσης εμφανίζεται με αίσθημα ενοχής. Από την πλευρά του θεραπευτή, το κύριο συναίσθημα που δημιουργείται σε αυτόν κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας με αυτοκτονικό νέο είναι το συναίσθημα της απογοήτευσης. Η

συναισθηματική κατάσταση του αυτοκτονικού δίνεται μέσα από την εμπειρία των επαγγελματιών και καθότι πολυετή δίνεται έτσι μια ολοκληρωμένη και σαφή άποψη δοσμένη από την εμπειρία σε ψυχιατρικά περιστατικά και δομές.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού η πλειοψηφία των επαγγελματιών θεωρεί πως η παροχή Ψυχολογικής Στήριξης σε αυτοκτονικό νέο αποτελεί όχι μόνο την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο σε σύγκριση με τη Συμβουλευτική Στήριξη του ίδιου και της οικογένειας του, τη Ψυχαναλυτική Θεραπεία, τη Γνωσιακή Θεραπεία και τη Φαρμακοθεραπεία αλλά ταυτόχρονα και τη πιο αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης αυτόκτονικού περιστατικού. Βέβαια, όπως διαπιστώνεται, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι σε ένα βαθμό επηρεάζεται αρκετά η θεραπευτική διαδικασία από τα συναισθήματα τους χωρίς αυτό να επιφέρει σε λάθος των θεραπευτικών χειρισμών και συνεπώς κακή έκβαση του αυτοκτονικού νέου. Για τον καλύτερο χειρισμό, οι επαγγελματίες, συνεργάζονται με τους υπόλοιπους θεραπευτές της υπηρεσίας με στόχο την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του αυτοκτονικού νέου.

Σύμφωνα με τη παρούσα έρευνα ένα μέρος των επαγγελματιών εμφανίζεται να έχει ζήσει μια νέα απόπειρα αυτοκτονίας του νέου στο χώρο της νοσηλείας του ενώ η πλειοψηφία των επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους εμπειρίας δεν είχαν ζήσει την κατάσταση μιας νέας απόπειρας του αυτοκτονικού στο χώρο νοσηλείας του. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η μπορεί η συναισθηματική κατάσταση του θεραπευτή να επηρεάζει αρκετά τη θεραπευτική διαδικασία αλλά αυτό το αρκετά διαπιστώνεται ότι δεν ενοχοποιεί τυχόν κακή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας του νέου και αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες δήλωσαν πως δεν είχαν νέα απόπειρα αυτοκτονίας του νέου στο χώρο της νοσηλείας του. Επιπρόσθετα για την κατάλληλη αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού οι επαγγελματίες θεωρούν ότι η υπομονή που πρέπει να υποδείξει ο θεραπευτής στην θεραπευτική επαφή με αυτοκτονικό νέο είναι το κύριο στοιχείο που πρέπει να τον χαρακτηρίζει.

Οι γνώσεις και η εμπειρία των επαγγελματιών εμφανίζεται ελλιπής πάνω στο πρόβλημα της αυτοκτονίας. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών θεωρεί ότι δεν είναι επαρκείς οι γνώσεις και η εμπειρία ώστε να αντιμετωπίσουν περιστατικό αυτοκτονικού νέου κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών. Η ανεπαρκής γνώση και εμπειρία εκφράζεται από το σύνολο των επαγγελματιών σε δύο τομείς: και στις θεωρητικές / ακαδημαϊκές γνώσεις αλλά και στη πρακτική εμπειρία. Οι επαγγελματίες θεωρούν πως πρέπει να λαμβάνουν περισσότερες γνώσεις και εμπειρία σε

προπτυχιακό επίπεδο ώστε να μπορούν αργότερα να αντιμετωπίσουν αυτοκτονικό περιστατικό έχοντας την κατάλληλη γνώση και εμπειρία. Η ανάγκη των επαγγελματιών για περισσότερη επιμόρφωση στο γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών παρακολουθεί σεμινάρια / συνέδρια που αφορούν την αυτοκτονία.

Ειδικότερα οι επαγγελματίες πιστεύουν ότι χρειάζονται περισσότερη επιμόρφωση σε θέματα που αφορούν την αυτοκτονία. Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των επαγγελματιών θεωρεί ότι χρειάζεται περισσότερη επιμόρφωση σε συγκεκριμένες μεθόδους αντιμετώπισης αυτοκτονικού περιστατικού. Το σύνολο των μεθόδων που αναφέρεται: στην Ψυχολογικής Στήριξη του νέου και της οικογένειας του καθώς και της Συμβουλευτικής Στήριξης του ίδιου και της οικογένειας του από το θεραπευτή, τη Ψυχαναλυτική Θεραπεία που μπορεί να εφαρμόσει ο θεραπευτής, την Γνωσιακή ή την Εργοθεραπεία που μπορεί να επιλέξει ο θεραπευτής μαζί με την Φαρμακευτική Θεραπεία αποτελούν για το σύνολο των επαγγελματιών μέθοδοι κατάλληλοι για την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού περιστατικού και για αυτό το λόγο έχει την ανάγκη για περισσότερη επιμόρφωση στις παραπάνω μεθόδους.

5.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι:

Ι) Αναφορικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαπιστώθηκε σημαντικό ενδιαφέρον πάνω στο γενικό πρόβλημα της αυτοκτονικότητας στο νεανικό πληθυσμό. Αυτό προκύπτει και από το γεγονός ότι το σύνολο των επαγγελματιών παρουσιάζεται με πολυετή εργασιακή εμπειρία σε ψυχιατρικές δομές. Μέσα από την πολυετή τους εμπειρία ήρθαν σε άμεση επαφή με το πρόβλημα της αυτοκτονικότητας. Εξετάζοντας, ειδικότερα, το πρόβλημα της αυτοκτονίας στο νεανικό πληθυσμό προκύπτει αρχικά ως εικόνα της αυτοκτονικότητας του νέου η σύνδεσή του με την ψυχοπαθολογική ταυτότητα του προβλήματος. Μεγάλο μέρος των επαγγελματιών πιστεύει ότι η διάγνωση ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας στους νέους αντανakλά άμεσα σε αυτή τη συμπεριφορά, δηλαδή της αυτοκαταστροφής. Συγκεκριμένα οι περισσότεροι επαγγελματίες ενοχοποιούν την κατηγορία των Διαταραχών Διάθεσης και αυτό προκύπτει και από το γεγονός ότι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η αυτοκτονία.

Η ψυχοπαθολογική διάσταση του αυτοκτονικού νέου οδηγεί σε

συμπεράσματα για το αυτοκτονικό του προφίλ. Η σκιαγράφηση του αυτοκτονικού προφίλ έχει αναζητηθεί μέσα από τη διερεύνηση ενός καταλόγου παραγόντων υψηλής επικινδυνότητας. Το σύνολο των ερωτηθέντων επαγγελματιών πιστεύει πως ανάμεσα στους διάφορους παράγοντες όπως η ανεργία, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το διαζύγιο, η αποτυχία στις εξετάσεις και οι διαταραγμένες κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνωρίζουν τις ψυχικές διαταραχές το κύριο αίτιο που μπορεί να οδηγήσει ένα νέο άτομο σε αυτοκαταστροφική πράξη. Συνοψίζοντας, οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν τις ψυχικές διαταραχές ως την αιτιολογία φύση για την πρόκληση αυτοκτονικής πράξης και ταυτόχρονα ξεχωρίζουν τις Διαταραχές Διάθεσης ως την κύρια κατηγορία που εντοπίζεται το σύμπτωμα του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και με την μεγαλύτερη συχνότητα στο πρόβλημα της απόπειρας αυτοκτονίας.

II) Αναφορικά με τα συναισθήματα που βιώνει ο νοσηλευόμενος αυτοκτονικός νέος φαίνεται ότι το συναίσθημα που κυριαρχεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του είναι άγχος. Η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες δυσκολίας στη θεραπεία των ψυχώσεων, ειδικότερα ως προς τα συναισθήματα που γεννιούνται στον θεραπευτή. Η δημιουργία συναισθημάτων δεν είναι μονόπλευρη όταν αναφερόμαστε σε θεραπευτική σχέση. Αυτό διαπιστώνεται και μέσα από τις ερωτήσεις που προσπαθούν να αναδείξουν τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει ο αυτοκτονικός νέος όντας νοσηλευόμενος, υπό την άποψη των επαγγελματιών. Διαπιστώνεται πως η συναισθηματική κατάσταση διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, όπως θα δούμε παρακάτω. Κάπου εδώ εμφανίζονται τα συναισθήματα του θεραπευτή προς τον αυτοκτονικό νέο. Οι συχνές αυτοκτονίες των αρρώστων αποτελούν τη συνειδητή ή ασυνείδητη αιτία για την οποία πολλοί θεραπευτές αποφεύγουν τη θεραπεία της ψύχωσης. Προϋπόθεση για κάποιον θεραπευτή όταν αναλαμβάνει τη θεραπεία κάποιου αρρώστου είναι να αντέχει στη περίπτωση πιθανής αυτοκτονίας του.

Γίνεται προφανές ότι ο ρόλος του θεραπευτή στην επιβίωση του αυτοκτονικού κρίνεται εξαιρετικής σημασίας καθώς ένας κακός θεραπευτικός χειρισμός μπορεί και να σημαίνει την οριστική απόφαση του αυτοκτονικού με τον θάνατο. Στην παρούσα έρευνα το σύνολο των επαγγελματιών κατά την επαφή τους με αυτοκτονικό νέο σε θεραπευτική συνεδρία νιώθουν απογοήτευση. Ενδιαφέρον αποτελεί η διαπίστωση για την συναισθηματική κατάσταση του αυτοκτονικού νέου που παρουσιάζεται διαφοροποιημένη πριν και μετά την κρίση. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες ο αυτοκτονικός νέος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του εκφράζει άγχος το

οποίο άγχος μετατρέπεται σε αίσθημα ενοχής μετά την κρίση. Επιπρόσθετα και αναφορικά με τα συναισθήματα των επαγγελματιών η πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας επηρεάζεται αρκετά από συναισθήματα που βιώνουν οι επαγγελματίες κατά τη θεραπευτική διαδικασία με αυτοκτονικό νέο στη φάση της νοσηλείας του, χωρίς αυτό να διαπιστώνει μια κακή έκβαση της θεραπευτικής πορείας του αυτοκτονικού νέου. Είναι απαραίτητο ο θεραπευτής να ανταποκριθεί και να κατανοήσει το άγχος του αυτοκτονικού και να το χειριστεί με τρόπο ώστε να απαλλάξει τον αυτοκτονικό από την σκέψη του θανάτου ως λυτρωτική λύση.

III) Αναφορικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης αυτοκτονικού περιστατικού διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα. Η επιστημονική-επαγγελματική υποστήριξη που θα παρασχεθεί στο άτομο που θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχει σαν στόχο να οδηγήσει το άτομο σταδιακά προς την ανεξαρτησία του . Για αυτό το λόγο και η θεραπευτική μέθοδος που θα ακολουθήσει ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση του κάθε περιστατικού ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώνεται ότι η πιο συχνή μέθοδος που χρησιμοποιείται για την θεραπευτική αντιμετώπιση αυτοκτονικού νέου αλλά και αυτή που κρίνεται ως κατάλληλη για την αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού από τους επαγγελματίες είναι η παροχή ψυχολογικής στήριξης. Επιπλέον διαπιστώνεται ότι για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού οι επαγγελματίες συνεργάζονται και με τις υπόλοιπες ειδικότητες της υπηρεσίας για τον καλύτερο θεραπευτικό σχεδιασμό. Η διεπιστημονική συνεργασία κρίνεται απαραίτητη για τον λόγο ότι όταν υπάρχει αυτοκτονικό περιστατικό σε μια υπηρεσία θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτή την υπηρεσία να το γνωρίζουν ώστε να μπορέσουν να αποτρέψουν ή να προστατέψουν μια τυχόν νέα απόπειρα αυτοκτονίας. Η συλλογικότητα σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία αφού η κάθε ειδικότητα μπορεί να συμβάλλει ξεχωριστά στην καλή θεραπευτική πορεία του αυτοκτονικού νέου.

Στο γεγονός μια νέας απόπειρας αυτοκτονίας διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών πιστεύει ότι θα πρέπει να αλλάζουν οι θεραπευτικοί χειρισμοί αλλά ταυτόχρονα θεωρούν ως κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον αυτοκτονικό νέο. Μια νέα απόπειρα είναι λογικό να δημιουργήσει διάφορα συναισθήματα στον θεραπευτή. Αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι ο θεραπευτής θα πρέπει να χαρακτηρίζεται κυρίως από υπομονή καθώς αντιμετωπίζει περιστατικό αυτοκτονικού νέου. Έχοντας υπομονή ο θεραπευτής θα μπορέσει να «αντέξει» τις αλλαγές που μπορεί να επιδιώξει ο αυτοκτονικός κατά τη θεραπευτική πορεία του διότι συνήθως ο

αυτοκτονικός αντιστέκεται στη θεραπευτική διαδικασία και προτιμά να τερματίσει τη ζωή του. Η αντίσταση του αυτοκτονικού στη θεραπευτική διαδικασία εκφράζεται και με τις συχνές απόπειρες αυτοκτονίας που πραγματοποιεί στο χώρο της νοσηλείας του.

Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι τα συχνότερα προβλήματα της δουλειάς με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αυτά της εξουθένωσης των θεραπειών. Η εργασία είναι απαιτητική καθώς υπάρχουν κίνδυνοι αυτοκτονίας ή βίας. Μια επαγγελματική εξουθένωση του θεραπευτή στην επαφή του με αυτοκτονικό νέο δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Είναι όμως επικίνδυνο όταν ο θεραπευτής επέλθει σε τέτοια κατάσταση να μην μπορεί να βοηθήσει τον αυτοκτονικό να αποδεσμευτεί από την ιδέα του θανάτου αλλά μπορεί λόγω της εξουθένωσης του να τον οδηγήσει να δεσμευτεί αυτή του την ιδέα. Για αυτό και κρίνονται απαραίτητες οι συναντήσεις του προσωπικού σε μια ψυχιατρική υπηρεσία ώστε να μπορέσουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους και να μοιραστούν τυχόν ανησυχίες αποδεσμεύοντας το βαρύ κλίμα που προκαλεί η συνεχής επαφή με ψυχιατρικά περιστατικά. Αυτό βοηθάει τον κάθε θεραπευτή να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο της επαγγελματικής εξουθένωσης που μπορεί να νιώσει στη συνεχή θεραπευτική του επαφή με αυτοκτονικό περιστατικό.

IV) Αναφορικά με τις γνώσεις των επαγγελματιών διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών δεν έχει λάβει επαρκείς γνώσεις κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών. Η έλλειψη ανεπαρκούς γνώσης εκφράζεται και στις θεωρητικές/ ακαδημαϊκές γνώσεις αλλά και στην πρακτική εμπειρία. Είναι γεγονός πως η εξειδίκευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κρίνεται επιτακτική. Ο χώρος της ψυχικής υγείας είναι ένας χώρος δύσκολος και απαιτητικός και για αυτό το λόγο ακριβώς θα πρέπει να περιβάλλεται από εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο να είναι «εξοπλισμένο» με γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών περιστατικών αλλά και απόλυτα καταρτισμένο σε αυτό που ονομάζεται «επείγουσα ψυχιατρική» όπως είναι το πρόβλημα της αυτοκτονίας κατά τη νοσηλεία.

Αν και από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται το ενδιαφέρον των επαγγελματιών για το γνωστικό αντικείμενο της αυτοκτονίας μέσα από παρακολουθήσεις συνεδρίων / σεμιναρίων κρίνεται ταυτόχρονα απαραίτητο από τους ίδιους η περισσότερη επιμόρφωση κυρίως όσο αφορά τη παροχή ψυχολογικής στήριξης στο νέο.

5.6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Θα πρέπει να υπάρξει πρόληψη στη διάγνωση ψυχικών διαταραχών από την παιδική ηλικία αφού όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ως κύριο αίτιο της αυτοκτονικότητας στους νέους τη ψυχική νόσο.

Η πρόληψη της διάγνωσης ψυχικής νόσου θα πρέπει να επιτυγχάνεται για το λόγο ότι αρκετές ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται στη νεανική ηλικία έχοντας όμως ως έναρξη τη παιδική ηλικία.

- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι από τη συμπεριφορά που εκδηλώνει ένας αυτοκτονικός ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Κρίνεται σκόπιμο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αναγνωρίζουν το αίσθημα άγχους που κυριεύει τον αυτοκτονικό κατά τη νοσηλεία του.

- Κρίνεται απαραίτητη η επιμέρους επιμόρφωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και σε γνωστικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο στο φαινόμενο της αυτοκτονικότητας και πιο συγκεκριμένα στο κομμάτι της θεραπευτικής επαφής των επαγγελματιών με τον αυτοκτονικό.

- Σύμφωνα με τη κρισιμότητα της κατάστασης του αυτοκτονικού ασθενή θα πρέπει να γίνονται οι ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις με τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς και με τη συμβολή όλων των ειδικοτήτων για την άμεση και αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση αυτοκτονικού περιστατικού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΒΙΒΛΙΑ

- Γκίκας Σ., «Λεξικό Εννοιών Γενικής Παιδείας», Εκδ.Σαββάλας, Αθήνα,1994, σελ. 32, 142,
- Γκορίνης Α., « Υποτροπή και Επικινδυνότητα: Αυτοκαταστροφική και ετεροκαταστροφική συμπεριφορά – Ειδικοί χειρισμοί θεραπευτικής ομάδας», *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη* Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σελ.282-28
- Ιεροδιακόνου, Φωτιάδης, Δημητρίου, «Ψυχιατρική», Εκδ. Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 1988, σελ. 60-61,458-459.
- Κοσμόπουλος Α., «Ψυχολογία και Οδηγητική της Παιδικής και Νεανικής Ηλικίας», Εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα, 1994, σελ. 225-335.
- Μάνος Ν, «Βασικά στοιχεία ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ», Εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ.132,138-139,141-143,188-189,190-192,196,202,208-211,216-217,220,226-227,230-233,401,403-405,517,520,703,731,734-735.
- Μάνος Ν., « Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων», Εκδ. University Studio, Press, Θεσσαλονίκη 1985, σελ.24,36,47,59,68,74,93,101,120,137,142,
- Μπαλογιάννης Σ, « Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική», Εκδ., Π. Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη 1986, σελ.439-444.
- Παρασκευόπουλος Ι., "Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας", Εκδ. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 1993, σελ.132
- Πιπερόπουλος Γ., «Ένας ψυχολόγος κοντά σου», Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σελ.208-210, 211-212.
- Σακελλαρόπουλος Π., « Ψύχωση, ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί και ψυχαναλυτικό πρίσμα», *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σελ.215-218,219-222,245-226,227-230.
- Τάσση Μ, «Ο αποχωρισμός στην ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία: Όταν αποχωρεί ο θεραπευτής», *Εταιρεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας*, Αλεξανδρούπολη, 1995, σελ.25-26.

- Τεγόπουλος-Φυτράκης, « Ελληνικό Λεξικό», Εκδ. Αρμονία, Αθήνα 1993, σελ.43-44.
- Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες «Ψυχιατρική», Εκδ. ΒΗΤΑ medical art, σελ. 145-150.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ – ΑΡΘΡΑ

- Κολαίτης Γ., «Η συνέχιση της Παιδικής Ψυχοπαθολογίας στην Ενήλικη Ζωή», *Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας: Ψυχιατρική*, Τόμος 5, Τεύχος 1β, σελ. 17, 1994.
- Μάτσα Κ., «Ατομικά Δικαιώματα των Ψυχασθενών και ΜΜΕ. Ανάγκη ενός κοινωνικού κινήματος χειραφέτησης», *Τετράδια Ψυχιατρικής: Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*, Νο70, Τεύχος Απρίλιος-Μάιος- Ιούνιος, σελ.:20-30, 2000.
- Μουσσάς Γ.Ι, Νταντούτη Γ., Μπότσης Α., Λύκουρας Ε., «Δείκτες παρορμητικότητας, αυτοκτονικότητας και βίαιης συμπεριφοράς σε νοσηλευόμενους χρόνιους αλκοολικούς. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλλων», *Ψυχιατρική: Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας*, Τόμ.10, Τευχ.3, Ιούλιος-Αύγουστος, 228,231-232,1999.
- Νικολαΐδης Γ., Τριποδιανάκης Γ., Χριστονάκης Α., «Το καθαρτήριο αποτέλεσμα της απόπειρας αυτοκτονίας. Μελέτη δύο περιπτώσεων», *Ψυχιατρική: Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας*, Τόμ.10, Τευχ.1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 1999.
- Παιδούση Χ., « Η κοινωνική ευθύνη των ΜΜΕ σε θέματα ψυχικής υγείας», *Προσέγγιση*, Αριθμός Τεύχους 30, σελ.35-36, 27-30,170-172, 2003.

INTERNET

- Μαλλιώρη Μ., « Ψυχοπαθολογία και αυτοκτονική συμπεριφορά (Χαιρετισμός-Αθήνα), δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet:<http://www.malliori.gr/speeches.asp?categ=10&display=38048&pageno=0>,2003)
- Ακτίνες «Αυτοκτονίες», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet:<http://www.iak.gr/Greek/Autoktonies.htm>,1999)

ΞΕΝΗ

ΒΙΒΛΙΑ

- Anderson D., «Βασικοί κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Η ομάδα των «Ασθενών» Δικαιώματα – Ανάγκες – Επιστημονική, Επαγγελματική υποστήριξη – Σχέση θεραπευτή, θεραπευόμενου», Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003.
- Durkheim E., « Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας», 1^η Έκδοση, Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα, 1961.
- Howard K., & Sharp J., Η επιστημονική μελέτη: Οδηγός σχεδιασμού και διαχείρισης Πανεπιστημιακών Ερευνητικών Εργασιών, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2001.
- Lawson A., «Πώς να καταπολεμήσετε το άγχος χωρίς φάρμακα», Εκδ. Νότος, Αθήνα, 1992, σελ 132-136,140-143.
- Moore G., «Σχόλια σε θέματα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης: Κόπωση – εξουθένωση (burn out) – άντληση ικανοποιήσεων των θεραπευτών: Υποστήριξη – Εποπτεία – Βοήθεια του προσωπικού ώστε να αισθάνονται χρήσιμοι», Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003
- Tucker N., "Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία", Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σελ. 273-278.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ – ΑΡΘΡΑ

- Goldney Robert D., «The Media and the Suicide: A Cautionary View», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No.4, σελ. 173-175, 2001.
- Hawton Keith & Williams Kathryn, «The Connection Between Media and Suicidal Behavior Warrants Serious Attention», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No.4, σελ. 137-138, 2001.
- Leston Havens, «Το Καλύτερα Φυλαγμένο Μυστικό: Πώς να δημιουργήσει κανείς μια αποτελεσματική Συμμαχία», *Harvard Review of Psychiatry*, Greek Edition, Vol. 12, No 1, σελ. 80-86, 2004.
- Pirkis Jane & Blood Warwick «Suicide and the Media, Part III: Theoretical Issues», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No. 4, σελ. 163, 2001.

- Pirkis Jane&R. Warwick Blood, «Suicide and the Media, Part I: Reportage in Nonfictional Media», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No. 4, σελ.146, 2001.
- Pirkis Jane&R. Warwick Blood, «Suicide and the Media, Part II: Portrayal in Fictional Media», *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No. 4, σελ. 156, 2001.
- S. Fakete, A. Schmidtke, Y. Takahashi, E. Etzersdorfer, M. Upanne, and P. Osvath, «Mass Media Cultural Attitudes and Suicide»*Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol. 22, No.4,σελ. 170-172, 2001.

INTERNET

- Asya Abdul Hadi, (1997), «Social, Political Factors Driving Up Gaza Suicide Rate», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet : <http://desip. Igc.org/GazaSuicide. html>, 1997). Αθήνα, 2000, σελ.906-908.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Mental Health, Office of the Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Sociology, Annenberg Public Policy Center, «Reporting on Suicide: Recommendation for the Media», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: <http://www.asfp.org/education/recommendations/5/1.htm>, 2004).
- Durkheim E. « Social Facts and Suicide», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: <http://uregina.ca/~gingrich/o26f99.htm>, 1999).
- Suicide Prevention, «Suicide Prevention: annual report», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: suicide.prevention@lanarkshirehb.scot.nhs.uk, 2004).
- The World Health Report, « Social Factors», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>,2001).
- WorldHealthOrganization, δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγήinternet: <http://.www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter1/oo1c3.htm>,2001).

- Psychological Society of Ireland, (1992), «Causes of Suicide», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: http://www.sehb.ie/publications/suicide_info_pack/3%20causes%20of%20suicide.pdf, 1992).
- Medium.gr, «Η ιστορία της αυτοκτονίας», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet : <http://www.medium.gr/articles/103938363898.shtml>, 1999).
- Ministry of Health, « Suicide Prevention: To reuse the rate of suicides and suicide attempts», δημοσίευση αποτελεσμάτων μελέτης (πηγή internet: <http://www.newhealth.govt.nz/toolkits/suicide/risk.htm>, 2003).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

«Δείκτες παρορμητικότητας, αυτοκτονικότητας και βίαιης συμπεριφοράς σε νοσηλευόμενους χρόνιους αλκοολικούς. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων» (Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999).

ΥΠΟΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Σκοπός μελέτης της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί η παρορμητικότητα, ο κίνδυνος αυτοκτονικής και βίαιης συμπεριφοράς σε άτομα εξαρτημένα από το οινόπνευμα. Μελετήθηκε τυχαιοποιημένο δείγμα 105 αλκοολικών (69 άνδρες και 36 γυναίκες, ηλικίας 23-64 ετών, που συμμετείχαν σε πρόγραμμα απεξάρτησης του Τμήματος 18άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής από 1.1.1997 έως 31.6.1998. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν ισάριθμα υγιή άτομα και των δύο φύλων, ίδιας μέσης ηλικίας και παρόμοιου μορφωτικού επιπέδου με το δείγμα των αλκοολικών. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες παρορμητικότητας και ελέγχου των παρορμήσεων (Implusivity Control Scale, ICS) επικινδυνότητας για αυτοκτονική (Suicide Risk Scale, SRS) και βίαιη συμπεριφορά (Past Felings and Acts of Violence, PFAV). Οι αλκοολικοί είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία και στις τρεις κλίμακες σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Οι αλκοολικές γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άνδρες στην κλίμακα αυτοκτονικότητας. Σημαντικές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ των βαθμολογιών των τριών κλιμάκων στο δείγμα των αλκοολικών. Στην ομάδα μαρτύρων, η αυτοκτονικότητα συσχετίστηκε θετικά σε επίπεδο τάσης με την παρορμητικότητα και τη βίαιη συμπεριφορά. Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης της βαθμολογίας της αυτοκτονικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς από κλινικοδημογραφικές παραμέτρους στο δείγμα των αλκοολικών κατέδειξαν σημαντική συσχέτιση της αυτοκτονικότητας με το γυναικείο φύλο και τη μακρά κατάχρηση» (Μούσας, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των μελετηθέντων αλκοολικών (N=105).

Φύλο	
Άρρεν	69
Θήλυ	36
Ηλικία	40,07±9,11
Εκπαίδευση (έτη)	10,87±3,9
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμοι	30
Έγγαμοι	44
Σε διάσταση / διαζευγμένοι	25
Χήροι / ες	6
Συγγενείς α' βαθμού με αλκοολισμό	35 / 70
Βαριά κατάχρηση (έτη)	12,1±6,4

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999

Πίνακας 2. Βαθμολογία αλκοολικών και υγιών μαρτύρων στις Κλίμακες αυτοκτονικότητας, παρορμητικότητας και βίαιης συμπεριφοράς *

	Αλκοολικοί (N = 105)	Υγιείς μάρτυρες (N = 77)	P**
Αυτοκτονικότητα	5,98±3,22	1,79±1,78	0,000
Παρορμητικότητα	22,9±4,98	20,0±4,73	0,008
Βίαιη συμπεριφορά	6,4±4,1	4,73±2,91	0,006

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999.

(*) Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταβλητότητας (MANOVA). Όλα τα αποτελέσματα: Wilks Lambda = 0,646, p= 0,000.

(**) Post hoc συγκρίσεις: Tukey honest significance test for unequal N.

Πίνακας 3

	Αλκοολικοί		Μάρτυρες	
	r	p	r	p
Παρορμητικότητα έναντι αυτοκτονικότητας	0,245	0,012	0,208	0,07
Παρορμητικότητα έναντι βίαιης συμπεριφοράς	0,246	0,011	0,03	0,52
Αυτοκτονικότητα έναντι βίαιης συμπεριφοράς	0,256	0,008	0,221	0,053

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999.

Πίνακας 4. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης της αυτοκτονικότητας στους αλκοολικούς από κλινικοδημογραφικές παραμέτρους. Μερικός συντελεστής παλινδρόμησης (σε παρένθεση το σταθερό λάθος

Παράμετρος	Seb	p
Φύλο	0,29 (0,09)	0,004
1 Άρρεν		
2 Θήλυ		
Ηλικία	-0,08	0,47
Κληρονομικό αλκοολισμό σε συγγενείς α' βαθμού	0,023 (0,09)	0,80
0 Αρνητικό		
1 Θετικό		
Διάρκεια βαριάς κατάχρησης	0,29 (0,11)	0,01

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999.

Πίνακας 5. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης της παρορμητικότητας στους αλκοολικούς από κλινικοδημογραφικές παραμέτρους. Μερικός συντελεστής παλινδρόμησης (σε παρένθεση το σταθερό λάθος)

Παράμετρος	SEb	p
Φύλο	0,12 (0,10)	0,22
1 Άρρεν		
2 Θήλυ		
Ηλικία	-0,1 (0,11)	0,31
Κληρονομικό αλκοολισμού σε συγγενείς α' βαθμού	-0,09 (0,09)	0,36
0 Αρνητικό		
1 Θετικό		
Διάρκεια βαριάς κατάχρησης	0,21 (0,11)	0,06

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999.

Πίνακας 6. Ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης της βίαιης συμπεριφοράς στους αλκοολικούς από κλινικοδημογραφικές παραμέτρους. Μερικός συντελεστής παλινδρόμησης (σε παρένθεση το σταθερό λάθος)

Παράμετρος	SEb	p
Φύλο	0,09 (0,10)	0,34
1 Άρρεν		
2 Θήλυ		
Ηλικία	-0,24 (0,11)	0,037
Κληρονομικό αλκοολισμού σε συγγενείς α' βαθμού	-0,03 (0,09)	0,73
0 Αρνητικό		
1 Θετικό		
Διάρκεια βαριάς κατάχρησης	0,20 (0,12)	0,088

Πηγή: Μουσσάς, Νταντούτης, Μπότσης, Λύκουρας, 1999

«Το καθαρτήριο αποτέλεσμα της απόπειρας αυτοκτονίας. Μελέτη δυο περιπτώσεων» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999)

«Η συσχέτιση μεταξύ απόπειρας αυτοκτονίας και κάθαρσης, δηλαδή βελτίωσης ή υποχώρησης των συμπτωμάτων της υποκείμενης ψυχικής διαταραχής, είναι το θέμα αυτής της εργασίας». Στην προκειμένη περίπτωση θα παρουσιάσουμε την δεύτερη περίπτωση που αφορά άνδρα ασθενή 19 ετών διάγνωση σχιζοφρένεια (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

«Άνδρας 19 ετών, άγαμος, που ζούσε με τους γονείς του σε επαρχιακή πόλη. Εισήχθη σε χειρουργική κλινική του Ευαγγελισμού, μετά από σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας υπό το κράτος ακουστικών ψευδαισθήσεων προτρεπτικού χαρακτήρα. Η απόπειρα ήταν πολύ σοβαρή και ως προς την πρόθεση και ως προς τις πολλαπλές βλάβες. Ο ασθενής περιλούσθηκε, καταρχήν, με μέρος καυστικής ουσίας (θειικό οξύ) στο τριχωτό της κεφαλής του και στο πρόσωπο, αμέσως μετά κατάπιε μεγάλη ποσότητα και, τέλος, έκανε ενδοφλέβια έγχυση θειικού οξέος στα λαγόνια αγγεία. Μεταφέρθηκε σε κωματώδη κατάσταση στη ΜΕΘ του γενικού νοσοκομείου της πόλεως διαμονής του, όπου του έγιναν οι πρώτες πλαστικές επεμβάσεις στο τριχωτό της κεφαλής. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε στον Ευαγγελισμό για να γίνει επεμβατική αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού σωλήνα (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

«Ο ασθενής ήταν σε ψυχιατρική παρακολούθηση από διαιτίας, οπότε και διαγνώσθηκε ότι πάσχει από σχιζοφρένεια και υποβλήθηκε σε αγωγή με αλοπεριδόλη και ολανζαπίνη, 30 mg και 20 mg αντιστοίχως, ημερησίως. Παρά τη συνεχή λήψη των φαρμάκων, δεν βελτιώθηκε η κλινική εικόνα του ασθενούς, στην οποία προεξήρχαν ακουστικές ψευδαισθήσεις προτρεπτικού χαρακτήρα (που τον οδήγησαν και προ διαιτίας σε απόπειρα αυτοκτονίας, πάλι με καυστική ουσία), αλλά και άτυποι ιδεοψυχαναγκασμοί που κατέληγαν σε σημαντικό βαθμό περιορισμό της λειτουργικότητας του» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

«Από τη απόπειρα και μετά δεν εμφανίζει ενεργό ψυχοπαθολογία. Δεν παρουσιάζει διαταραχές αντιληπτικού τύπου, ούτε από τη δομή και την οργάνωση της σκέψης. Είναι συνεργάσιμος και αγωνιά για την έκβαση της σωματικής κατάστασης του. Εκφράζει ανακούφιση που δεν τον βασανίζουν πια ακουστικές ψευδαισθήσεις και εξωπραγματικές ιδέες. Χαρακτηριστικά αναφέρει πως η μόνη περίοδος της ζωής του, την οποία θυμάται να είναι ελεύθερη συμπτωμάτων, είναι η περίοδος αποκατάστασής του επιπέδου συνειδήσεώς του, όταν νοσηλευόταν στη ΜΕΘ» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

«Μετά το πέρας των χειρουργικών επεμβάσεων, ετέθη σε αγωγή

ρισπεριδόνη 6 mg ημερησίως, αγωγή με την οποία εξήλθε, προκειμένου να επιστρέψει στην πόλη του και να συνεχίσει τη θεραπεία με τον γιατρό του» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

«Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος του πατέρα του ασθενούς, ιατροδικαστού στο επάγγελμα, στη διαμόρφωση της όλης κλινικής πορείας του. Ο πατέρας του είναι παρών πριν, κατά και μετά την απόπειρα αυτοκαταστροφής. Είναι εκείνος που αναλαμβάνει τον ρόλο διαμεσολαβήσεως με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, εκείνος που ανακουφίζει το άγχος του ασθενούς γιου του, εκείνος που – μόνος αυτός – μπορεί να επαναφέρει τον γιο του κατά τη διάρκεια των επίμονων και βασανιστικών επεισοδίων παροξυσμού των ιδεοψυχαναγκασμών του, αλλά, ταυτόχρονα, και εκείνος που μετά την απόπειρα κατασκεύασε τον πίνακα με τα γράμματα και τους αριθμούς, μέσω του οποίου ο ασθενής επικοινωνούσε, εκείνος που φροντίζει και επιβλέπει την πορεία της αποκαταστάσεως, εκείνος που- για άλλη μια φορά- αναλαμβάνει να εξηγή με αναλυτικές λεπτομέρειες τις επανορθωτικές επεμβάσεις και αυτό φαίνεται ότι ανακουφίζει τον ασθενή» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

« Δεν μπορεί κανείς να αποφύγει τον συνειρμό με την αποστροφή του J. Lacan: Ο πατέρας, το Όνομα του Πατρός, υποστηρίζει τη δομή της επιθυμίας μαζί με τη δομή του νόμου – αλλά αυτή η κληρονομιά του πατέρα, που μας επισημαίνει ο Κιρκεγκωρ, είναι το αμάρτημα του. Ο ασθενής, πληρώνοντας ακριβώς την αμφιθυμική επιθυμία του πατέρα, γίνεται τελικά το αντικείμενο της» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

« Η περίπτωση του νεαρού άνδρα αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα συσχέτισης σοβαρής απόπειρας και κάθαρσης, δηλαδή θεαματική βελτίωση και ανακούφιση από τα συμπτώματα της υποκείμενης ψυχικής διαταραχής. Η ευνοϊκή επίδραση της βαριάς σωματικής αναστατώσεως είναι ένας από τους πιθανούς παράγοντες που συνέβαλαν στην κάθαρση. Ο ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο επί αρκετές εβδομάδες όπου και του παρείχε αυξημένη φροντίδα και προσοχής. Ένας άλλος παράγων που πιθανόν να συνέβαλε στην κάθαρση είναι ότι ο ασθενής αρνείται ή αποκρύπτει τα συμπτώματα του, προκειμένου να ξεφύγει όσο το δυνατόν νωρίτερα από μια κατάσταση που τους δημιουργεί αίσθημα ντροπής» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

« Ο ασθενής, καθόλου το διάστημα της νοσηλείας του ήταν υπό συνεχή ψυχιατρική παρακολούθηση και η κατάσταση του παρέμεινε σταθερή μέχρι της ημέρας εξόδου από το νοσοκομείο. Η βελτίωση της ψυχοπαθολογίας παρατηρήθηκε μέσα στην πρώτη εβδομάδα από την απόπειρα και ενώ η ανάγκη της άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης ήταν απαγορευτική για την επανεγκατάσταση της θεραπευτικής αγωγής.» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

« Ελπίδα και απελπισία, βασανιστική αγωνία και προσδοκία αναγέννησης συχνά συνυπάρχουν, καθώς τα άτομα σε κρίση αυτοκαταστροφής προσπαθούν να κρατήσουν μια ισορροπία ανάμεσα σε αυτοκαταστροφικές ενορμήσεις και επιθυμία για ζωή. Εδώ ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι σημαντικός και καλείται να συντηρήσει την πεποίθηση ότι η ελπίδα μπορεί να επανενεργοποιηθεί από τα βάθη της απελπισίας» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

« Από τη σκοπιά της βιολογικής προσέγγισης της αυτοκαταστροφικότητας, παρά τις μεθοδολογικές δυσκολίες, αξίζει να μελετηθεί το φαινόμενο της κάθαρσης σε σχέση με την επικρατούσα θεωρία της διαταραχής του νευροδιαβιβαστικού συστήματος της σεροτονίνης. Έχουμε γνώση μόνον μιας ανακοίνωσης στη βιβλιογραφία και αυτή αφορά σε μόνον μια ασθενή με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, στην οποία παρατηρήθηκε, μετά από απόπειρα με πτώση, σημαντική αύξηση σεροτονίνης στο πλάσμα, με παράλληλη σημαντική μείωση κατάθλιψης στην κλίμακα Hamilton, σε σχέση με τις προ της απόπειρας μετρήσεις» (Νικολαΐδης, Τριποδιανάκης, Χριστονάκης, 1999).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σύμφωνα με την Μαλλιώρη (2003), στην Ευρωπαϊκή Ένωση το φαινόμενο της αυτοκτονικότητας αν και βρίσκεται σε κάμψη τα τελευταία είκοσι χρόνια παραμένει μια από τις πρώτες αιτίες θανάτου, ιδίως στις νεαρές ηλικίες και αποτελούν μάλιστα την πρώτη αιτία θανάτου για τους άνδρες στην ηλικία 35-39 και τις γυναίκες από 30-34 (ΜαλλιώρηΜ.,2003,<http://www.malliori.gr/speeches.asp?categ=10&display=38048&pageno=0>).

Ειδικότερα η αυτοκτονική συμπεριφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση παραμένει κυρίως μια ανδρική υπόθεση (καλύπτουν τα 2/3 έως και τα 3/4 των κρουσμάτων). Μεγαλύτερο πρόβλημα παρουσιάζουν οι βόρειες χώρες (με πρώτη τη Φινλανδία) και μικρότερο οι νότιες (με τελευταία την Ελλάδα)(ΜαλλιώρηΜ.,2003,<http://www.malliori.gr/speeches.asp?categ=10&display=38048&pageno=0>).

Τα τελευταία χρόνια υπήρξε εμφανής μείωση, τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση συνολικά όσο και σε χώρες όπως οι Αυστρία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ολλανδία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο. Υπήρξε πάντως και αύξηση του φαινομένου στην Ιρλανδία και την Ισπανία. Τα στατιστικά δεδομένα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με λογική επιφύλαξη. Οι ειδικοί εντοπίζουν προβλήματα σε ότι αφορά τη καταγραφή των αυτοκτονιών. Και αυτό είναι σημαντικό, διότι η ακριβής στατιστική καταγραφή είναι ζωτική, καθώς αποτελεί εκ των ουκ άνευ όρου για την διαχρονική παρακολούθηση του φαινομένου (ΜαλλιώρηΜ.,2003,<http://www.malliori.gr/speeches.asp?categ=10&display=38048&pageno=0>).

Μια ακόμη ενδιαφέρουσα πληροφορία μας δίνει η δημοσίευση του άρθρου περί αυτοκτονίας στην χώρα της Γαλλίας από το περιοδικό ΑΚΤΙΝΕΣ (1999). Σύμφωνα, λοιπόν, με την δημοσίευση μια αυτοκτονία κάθε 40 λεπτά συμβαίνει στη Γαλλία. Με τον αριθμό αυτό η Γαλλία καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην Ευρώπη. Το εντυπωσιακό είναι ότι οι 12.000 περυσινοί αυτόχειρες είναι περισσότεροι και από τους νεκρούς των τροχαίων ατυχημάτων, ενώ η αυτοκτονία έχει καταστεί πρώτη αιτία θανάτου στα άτομα ηλικία 25 εως 34 ετών (ΑΚΤΙΝΕΣ, 1999, <http://www.iak.gr/Greek/Autoktonies.htm>).

ΧΩΡΕΣ	ΕΤΟΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αφρική	M.O	7,6	2,3
Ανατολική Αφρική	M.O	15,1	4,6
Μαυρίκιος 1	1994	19,8	4,1
Ζιμπάμπουε 2	1990	10,5	5,2
Βόρεια Αφρική	M.O	0,1	0
Αίγυπτος	1987	0,1	0
Ασία	M.O	13,9	7
Ανατολική Ασία	M.O	16,4	11,8
Κίνα (διαλεκτές περιοχές) 1	1994	14,3	17,9
Χόνγκ Κόνγκ 1	1994	13,4	11,3
Ιαπωνία	1996	25	12
Δημοκρατία της Κορέας 1	1994	12,8	6,1
Νοτιο-κεντρική Ασία	M.O	20,9	7,3
Καζακστάν 1	1994	39,7	9
Κιρτζικιστάν 1	1994	22,6	3,9
Τατζικιστάν 1	1990	5,4	3,4
Τουρκμενιστάν 1	1994	8,1	3,4
Ουζβεκιστάν 1	1993	9,3	3,2
Σρι Λάνκα 1	1986	46,9	18,9
Σιγκαπούρη 1	1994	14	9,6
Δυτική Ασία	M.O	4,5	1,8
Αρμενία 1	1990	3,9	1,7
Αζερμπαϊτζάν 1	1994	0,8	0,5
Μπαχρέιν 1	1988	4,9	0,5
Γεωργία 1	1990	5,4	2
Ισραήλ	1994	11	4

Κουβέιτ 2	1994	2,1	1,5
Τουρκία	1997	3,8	2,4
Ευρώπη	M.O	38,8	9,4
Λευκορωσία	1995	55,7	9,4
Βουλγαρία 1	1994	25,3	9,7
Δημοκρατία της Τσεχίας 1	1993	28,1	9,5
Ουγγαρία 1	1994	55,5	16,8
Πολωνία 1	1994	24,7	4,5
Δημοκρατία της Μολδαβίας 1	1994	29,5	7,6
Ρουμανία 1	1992	18,5	4,9
Ομοσπονδία της Ρωσίας 1	1994	74,1	13,3
Ουκρανία 1	1992	38,2	9,2
Βόρεια Ευρώπη	M.O	36,7	9,1
Δανία	1995	24,1	11,3
Εσθονία	1996	64,6	14,2
Φιλανδία	1995	43,4	11,8
Ισλανδία 1	1994	15,8	3
Ιρλανδία	1995	17,4	4,1
Λετονία 1	1994	71,4	14,1
Λιθουανία 1	1994	81,9	13,4
Νορβηγία	1994	17,7	6,9
Σουηδία	1996	20	8,5
Ηνωμένο Βασίλειο	1996	11	3,3
Νότια Ευρώπη	M.O	16	4,8
Αλβανία 1	1993	2,9	1,7
Κροατία 1	1994	34,6	11,7
Ελλάδα	1995	5,9	1,2
Ιταλία	1996	9,6	3,2
Μάλτα 1	1994	6,6	1,6
Πορτογαλία 1	1994	12,3	3,4
Σλοβενία	1995	45,1	12,6
Ισπανία	1992	11	3,4

Δυτική Ευρώπη	M.0	28,6	9,6
Αυστρία	1996	34,2	10,7
Βέλγιο	1993	37,3	11,9
Γαλλία	1995	30,4	10,8
Γερμανία	1996	21,8	8,3
Λουξεμβούργο 1	1994	30,8	6,3
Ολλανδία	1995	16,2	8
Ελβετία	1995	29,5	11,1
Αμερική 3			
Λατινική Αμερική & Καραϊβική	M.0	7,7	2
Καραϊβική	M.0	9,4	1,8
Τζαμάικα 1	1985	0,5	0,2
Πουέρτο Ρίκο 1	1991	18,4	2
Τρινιταντ & Ταμπάγκο 1	1991	19	4,8
Κεντρική Αμερική	M.0	5,8	1,7
Μπελίζ 2	1989	1,1	0
Κόστα Ρίκα 1	1991	7,1	1,2
Ελ Σαλβαντόρ 2	1991	13	6
Μεξικό 1	1993	4,5	0,7
Νικαράγουα 2	1991	4,3	1,8
Παναμάς 2	1989	5	0,8
Νότια Αμερική	M.0	7,8	2,5
Αργεντινή 1	1990	9,7	3,7
Μπαχάμες 1	1987	2,4	0
Βραζιλία 2	1989	4,6	1,4
Χιλή 1	1992	8,4	1,4
Κολομβία 1	1991	4,9	1,3
Εκουαντόρ 2	1990	5,7	3
Παραγουάη 2	1987	3,3	2,1
Περού 2	1988	0,7	0,3

Σανταλουσία 1	1986-88	11	3
Ουρουγουάη	1990	16,6	4,2
Βενεζουέλα 1	1989	7,8	1,8
Βόρεια Αμερική	M.O	20,7	4,9
Καναδάς 1	1995	21,5	5,4
Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής		19,8	4,4
Ωκεανία	M.O	21	5,2
Αυστραλία-Νέα Ζηλανδία	M.O	21	5,2
Αυστραλία	1996	21,5	5
Νέα Ζηλανδία 1	1993	20,5	5,4
Όλες οι χώρες από το 1991 και μετά			

1 Πηγή στοιχείων: Παγκόσμια Στατιστική Υγείας

2 Πηγή στοιχείων: Παγκόσμια Στατιστική Υγείας και Παγκόσμιες Πληθυσμιακές Προοπτικές

3 Ταξινομήσεις από τους συντάκτες

